



Beslutsinstans: Socialnämnd

Datum och tid: Onsdagen den 3 februari 2021 ca kl. 13:30-16:00

Plats: Kommunkontoret med ordförande fysiskt
närvarande övriga deltar via länk.

- 1 **Upprop**
- 2 **Val av justerare**
- 3 **Fastställande av dagordning**

Beslutsärenden

- 4 **Vårdnadsöverflyttning enligt 6 kap 8 §
Föräldrabalken (FB)**
Ärende i separat handling på grund av
sekretess, inställelse kl. 15:00

Föredragningar

- 5 **Information Covid-19 situationen**

Beslutsärenden

- 6 **Förslag avseende Förlängning av
Handlingsplan för psykisk hälsa 2018-
2022** 2020/131
- 7 **Nya ekonomiska ramar 2021 efter
justering för lönerrevision 2020** 2020/29
- 8 **Revidering av riktlinjer för färdtjänst och
riksfärdtjänst** 2020/90
- 9 **Patientsäkerhetsberättelse Omsorg 2020** 2021/34
- 10 **Samverkan för barns och ungas hälsa –
överenskommelse mellan Västra
Götalands kommuner och Västra
Götalandsregionen** 2020/134

Informationsärenden

- 11 **Ordföranden informerar**
- 12 **Socialchefen informerar**
- 13 **Arbetsmiljö - Händelserapportering**
- 14 **Synpunkter och klagomål**
- 15 **Statistik och nyckeltal** 2020/9
- 16 **Delegationsanmälan** 2021/11

Håkan Gusteus
Socialnämndens ordförande

Josefine Blid
Sekreterare



Omsorgskontoret
Socialchef
Johan Lundh
0528-567609
0766352602
johan.lundh@fargelanda.se

Socialnämnden

Tjänsteskrivelse Förlängning av handlingsplan psykisk hälsa 2018-2022.

Socialnämnden antar av VästKom rekommenderad förlängning av handlingsplan psykisk hälsa 2018-2022.

Ärendebeskrivning

Sedan 2016 finns i Västra Götaland en strukturerad samverkan mellan huvudmännen på länsövergripande nivå. Detta har varit ett krav och en förutsättning för de statsbidrag som lämnats. 2017 fattade huvudmännen beslut om en gemensam handlingsplan för psykisk hälsa för åren 2018-2020. Handlingsplanen togs fram i samverkan mellan Västra Götalandsregionen, de 49 kommunerna samt Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg och Västra Götaland (NSPHiG) inom ramen för vårdsamverkan.

Syftet med handlingsplanens mål, aktiviteter och indikatorer är att sätta ljus på områden där man i Västra Götaland vill bli bättre. Handlingsplanen skapar en grund för att utveckla gemensamma insatser med tidig samordning och sömlösa vårdövergångar samt god samverkan.

Arbetsutskottet har berett ärendet och föreslog direktionen att besluta att rekommendera kommunerna att anta förslag till förlängning av Handlingsplan psykisk hälsa i Västra Götaland 2018- 2022.

Direktionen beslutar att rekommendera kommunerna att anta förslag till förlängning av Handlingsplan psykisk hälsa i Västra Götaland 2018-2022.

Johan Lundh
Sektorchef omsorg



Beslutet skickas till
VästKom
Diariet
Sektorchef omsorg

§ 113

Handlingsplan för psykisk hälsa 2018 - 2022

Sedan 2016 finns i Västra Götaland en strukturerad samverkan mellan huvudmännen på länsövergripande nivå. Detta har varit ett krav och en förutsättning för de statsbidrag som lämnats. 2017 fattade huvudmännen beslut om en gemensam handlingsplan för psykisk hälsa för åren 2018–2020. Handlingsplanen togs fram i samverkan mellan Västra Götalandsregionen, de 49 kommunerna samt Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg och Västra Götaland (NSPHiG) inom ramen för vårdssamverkan.

Syftet med handlingsplanens mål, aktiviteter och indikatorer är att sätta ljus på områden där man i Västra Götaland vill bli bättre. Handlingsplanen skapar en grund för att utveckla gemensamma insatser med tidig samordning och sömlösa vårdövergångar samt god samverkan.

Ärendet föredras av Titti Andersson, teamchef välfärdsutveckling.

Handlingar till ärendet bifogas kallelsen.

Arbetsutskottet har berett ärendet och föreslog direktionen att besluta att rekommendera kommunerna att anta förslag till förlängning av Handlingsplan psykisk hälsa i Västra Götaland 2018–2022.

Direktionen beslutar

Att rekommendera kommunerna att anta förslag till förlängning av Handlingsplan psykisk hälsa i Västra Götaland 2018–2022.

Beslutet expedieras till:

Medlemskommunerna i Fyrbodal
 Västkom

Justerare:	Utdragsbestyrkande:
------------	---------------------

18

Det goda livet
i Västra Götaland
**Handlingsplan för
psykisk hälsa**
2018-2022

Förlängd!
Med mindre justeringar

22

Innehåll

Förlängd handlingsplan	2
Bakgrund	2
Vi sätter ljus på skavet	3
Syfte med handlingsplanen	3
Fokusområden	3
Process för framtagande	3
Organisation	3
Samverkan för psykisk hälsa i Västra Götaland	4
Genomförande	4
Uppföljning	4
Fokusområden och mål för vuxna	5
Fokusområden och mål för barn och unga	8

Förlängd handlingsplan

Uppföljning av handlingsplanen 2019 visade att målen fortfarande är aktuella. Därför har den länsgemensamma styrgruppen rekommenderat huvudmännen att förlänga handlingsplanen till och med 2022.

Uppdraget för delregional vårdssamverkan att realisera handlingsplanen utifrån delregionala strategier och prioriteringar fortsätter som tidigare.

Förändringarna

Sex indikatorer har tillkommit. De nya indikatorerna är markerade i i dokumentet med **"NY!"**. Några av de länsgemensamma aktiviteterna har slutförts vilket framgår under respektive aktivitet.

Tre indikatorer har utgått: *Antal personer med missbruk och/eller beroende utskrivna enligt LVM, Undvikbara slutenvårdstillfällen och Standardiserade bedömningsmetoder för föräldraförmåga.*

Förlängd!
Med mindre justeringar

Bakgrund

År 2016 slöt regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) överenskommelsen "Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa". Överenskommelsen syftar bland annat till att stärka kommuner och regioner i arbetet med att främja psykisk hälsa och ömsesidigt arbeta för att minska den psykiska ohälsan. Huvudmännen får ekonomiskt stöd för att stärka och utveckla sina insatser inom området och för det gemensamma arbetet att ta fram regionala handlingsplaner.

Denna handlingsplan är gemensam för Västra Götalandsregionen (VGR), de 49 kommunerna via kommunalförbunden och VästKom samt Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg och Västra Götaland (NSPHiG). Den gemensamma arenan är vårdssamverkan regionalt, delregionalt och lokalt.



www.vardsamverkan.se/handlingsplanpsykiskhalsa

Vi sätter ljus på skavet

Den mänskliga rättigheten till bästa uppnåeliga fysiska och psykiska hälsa gäller för alla människor som bor, verkar och vistas i Västra Götaland. Samverkan över organisatoriska gränser med människan i centrum, är en förutsättning för att uppnå detta.

Anställda och politiker inom regionens alla delar och i alla kommuner gör sitt bästa – det tas fram planer, det satsas, det följs upp och det utvecklas. Var och en för sig går det ganska bra, ibland riktigt bra, men i mötet oss emellan skaver det ibland. De organisatoriska gränserna blir hinder och det är svårt att se förbi dem för att istället se till den enskildes behov. Vi vet dessutom ofta väl var det skaver och det skiljer sig inte

Fokusområden

Regeringen har i sin strategi för området psykisk hälsa pekat ut fem fokusområden som särskilt viktiga. Dessa anges även i den nationella överenskommelsen och sammanfattar olika delar inom områden som är viktiga att fokusera på utifrån befolkningens behov för främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa och erbjuda effektiva insatser till de som drabbats.

De fem fokusområdena har legat till grund för arbetet med framtagandet av handlingsplanens mål och målsättningen har varit att formulera minst ett mål för varje fokusområde.

Process för framtagande

Organisation

Att i en handlingsplan formulera sig tillsammans så att alla nivåer – regionalt, delregionalt och lokalt – strävar åt samma håll ställer krav på gemensamma strukturer. På strategisk övergripande nivå mellan de 49 kommunerna och Västra Götalandsregionen finns sedan 2012 en struktur för ledning i samverkan.

År 2017 förändrades sammansättningen och gruppen benämns nu Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG). Deltagare i VVG är en representant från varje huvudman (kommun och region) utsedda via delregional vårdsamverkan. Uppdraget är att identifiera gemensamma behov, utgöra stöd för kunskapsutveckling, stödja samordning och skapa förutsättningar för länets utveckling inom välfärdsområdet.

åt om vi befinner oss i stora Göteborg, i något mindre Skövde eller i lilla Dals-Ed. I arbetet med att ta fram handlingsplanen har vi lagt mycket tid på att identifiera och sätta ljus på områden där det skaver extra mycket, där vi alla vill åt samma håll, där alla måste bidra och göra det samtidigt.

Syfte med handlingsplanen

Med handlingsplanens mål, aktiviteter och indikatorer för uppföljning vill vi sätta ljus på frågor där vi vill bli bättre i hela Västra Götaland. Handlingsplanen skapar en grund för att utveckla våra gemensamma insatser med tidig samordning och sömlösa vårdövergångar samt god samverkan.

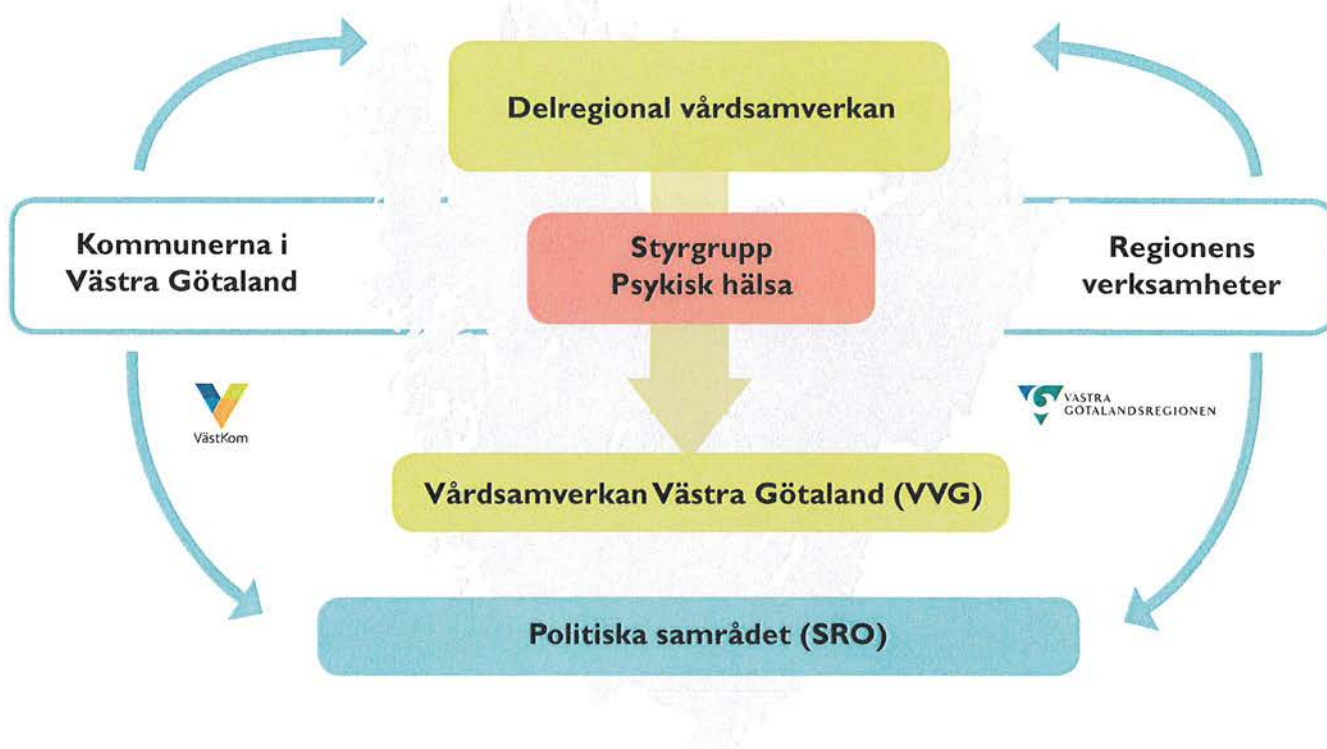


- Förbyggande och främjande arbete
- Tillgängliga tidiga insatser
- Enskildas delaktighet och rättigheter
- Utsatta grupper
- Ledning, styrning och organisation

Sedan hösten 2016 finns en särskild styrgrupp för handlingsplanen för psykisk hälsa. Styrgruppen ska följa utvecklingen och genomförandet av handlingsplanens delar och ansvara för åiterrapportering såväl till VVG som till de delregionala vårdsamverkansorganisationerna. I styrgruppen finns representanter från de sex vårdsamverkansområdena från specialistpsykiatri, primärvård och kommun. I styrgruppen ingår även NSPHiG och representant från VGR:s avdelning Social hållbarhet. Styrgruppen leds av representanter från VästKom och VGR:s koncernstab hälso- och sjukvård.

Arbetet med prioritering av mål har skett på bred front med deltagande tjänstemän från kommun och region från samtliga vårdsamverkansområden i syfte att skapa delaktighet och förankring i det arbete som ska göras. Dialoger har förts med samarbetspartners, brukarföreträdare, representanter från HBTQ-communityt och nationella minoriteter.

Samverkan för psykisk hälsa i Västra Götaland



Genomförande

Delregional vårdssamverkan har ansvar för genomförande av de mål som är definierade i handlingsplanen. Det ska beskrivas i en genomförandeplan med delregionala och/eller lokala aktiviteter för att nå målen. En delregional genomförandeplan möjliggör anpassningar till de geografiska och befolkningsmässiga skillnader som finns i länet och hur arbete ska ske tillsammans med t ex privata vårdgivare, samarbetspartners och brukarföreträdare på lokal nivå.

Länsgemensamma aktiviteter kommer ske inom ramen för några av målen.

Uppföljning

Styrgruppen ansvarar för uppföljning av handlingsplanen. För att följa handlingsplanens 15 mål över tid har uppföljningsindikatorer valts ut. Målsättningen är att indikatorerna ska göra det möjligt att jämföra processer och resultat, och därigenom stimulera och initiera förbättringsarbete.

Till stöd för arbetet med uppföljning finns en användarmanual och ett excel-ark för baslinjemätning. Dessa finns att hämta på www.vardsamverkan.se. Här publiceras också resultatet av de årliga uppföljningarna.

Fokusområden och mål för vuxna



1. Förbyggande och främjande arbete

Mål 1.1

Nollvision om suicid i Västra Götaland

Varje år tar cirka 200 personer i Västra Götaland sitt eget liv. Bakom varje fullbordat suicid går det tio allvarliga försök och bakom statistiken döljer sig psykisk ohälsa som kan förebyggas genom samverkan över verksamhetsgränser. Det kan handla om att tidigt uppmärksamma varningssignaler, identifiera, ge stöd och behandling till grupper i särskilt utsatta situationer och att utbilda personal. Ingen i Västra Götaland ska behöva se suicid som en utväg.

Indikatorer

- Antal suicid i befolkningen.
- Antal suicidförsök i befolkningen.
- Handlingsplan för suicidprevention.

Länsgemensam aktivitet

- Länsgemensam handlingsplan för suicidprevention ska tas fram i enlighet med Folkhälsomyndighetens uppdrag.
- ✓ Framtagen 2020: Det goda livet i Västra Götaland – Handlingsplan för suicidprevention 2020-2025.



2. Tillgängliga tidiga insatser

Mål 2.1 Äldre personer med psykisk ohälsa ska få rätt vård och stöd

Åldrandet i sig innebär en ökad risk för både fysiska och psykiska sjukdomar. Depression och ångest är vanligt hos äldre personer och cirka en femtedel av den äldre befolkningen lider av psykisk ohälsa, vilket gör att vi kan tala om det som ett folkhälsoproblem. Psykisk ohälsa är dock inte en del av det naturliga åldrandet och äldre är i behov av evidensbaserade insatser precis som alla andra åldersgrupper. Social gemenskap, fysisk aktivitet och bra matvanor kan förebygga ohälsa. Psykisk ohälsa bland äldre behöver uppmärksammas för att fler ska få rätt vård, stöd och behandling.

Indikatorer

- Aktuella rutiner för samordning inom äldreomsorgen.
- Föreskrivning av antidepressiva läkemedel i befolkningen.
- **NY!** Andel äldre med äldreomsorg som har besvär av ångslan, oro eller ångest.



3. Enskildas delaktighet och rättigheter

Mål 3.1 Personer som har behov av samordnade insatser ska ha en SIP

Sedan 2010 är det lagstiftat, både i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, att kommun och region ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. En SIP säkerställer att den enskilde får sina behov tillgodosedda när flera aktörer ansvarar för insatser. En SIP gör den enskilde och närstående delaktiga i planeringen av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst och ansvarsfördelningen blir tydlig. SIP är också ett bra verktyg för samordning mellan verksamheter inom en huvudman.

Indikatorer

- Upprättande av SIP i befolkningen.
- Uppföljning av SIP i befolkningen.
- Rutin för information om SIP.

Länsgemensam aktivitet

- Vid behov revidera den länsgemensamma riktlinjen och stödmaterialet för SIP.
 - ✓ Revidering genomförd 2020.
- Från länsgemensam styrgrupp för handlingsplan psykisk hälsa framföra vikten av digitalt stöd för SIP till Styrgrupp IT i Väst (SITIV).
 - ✓ Digital SIP finns i IT-stödet SAMSA.
- Uppdra åt brukarorganisationer att följa arbetet med SIP – hur blir det för den enskilde?
 - ✓ Rapport framtagen: "Jag lever mitt liv mellan stuprören" Brukarrevision av Samordnad Individuell Plan (SIP) i Västra Götaland 2018.

Mål 3.2 Brukarföreträdare ska vara delaktiga i utvecklingsarbete

Den enskildes egna upplevelser behöver tas tillvara för att kunna utveckla ett kunskapsbaserat arbetssätt. Delaktighet i sin egen hälsa och vård är en mänsklig rättighet och en hälsofrämjande faktor. Inflytandet behövs på lokal, delregional, regional och nationell nivå och varje insats behöver betraktas ur den enskildes perspektiv. De som berörs av insatser ska i så hög utsträckning som möjligt kunna påverka verksamhetsutveckling och definiera vad god kvalitet är.

Indikatorer

- Systematiskt samarbete med brukarorganisationer.



Tips!

Informations- och arbetsmaterial för SIP i Västra Götaland finns på www.vardsamverkan.se/sip



4. Utsatta grupper

Mål 4.1

Ingen ska diskrimineras eller uppleva negativt bemötande i kontakterna med kommunerna och regionen

Det finns sju diskrimineringsgrunder som omfattas av lagens diskrimineringsförbud: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Personal ska få ökad kunskap om hur gruppers utsatthet, bl a minoritetsstress och skillnader i psykisk hälsa, kan relateras till att personer bryter mot normer utifrån exempelvis sexuell läggning, könsidentitet och nationellt ursprung. Kunskapen om mänskliga rättigheter, normativt bemötande och hur det påverkar individer i enskilda möten ska också öka.

Mål 4.2

Personer med missbruk, psykisk ohälsa och/eller komplex problematik ska få integrerade insatser

Den enskilde ska få vård, stöd och insatser som upplevs som en väl fungerande helhet. Det är viktigt att personer med två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt (samsjuklighet) får vård och behandling parallellt och samordnat. Vård- och stödinsatser från olika aktörer i kommun och region kan också behöva integreras för att möta den enskildes behov. Insatserna ska syfta till att förhindra utveckling av allvarliga tillstånd och ytterst bidrar till undvika slutenvård.



5. Ledning, styrning och organisation

Mål 5.1

Invånare ska få tillgång till evidensbaserade metoder inom vård, stöd och behandling

Evidens innebär bästa sammantagna vetenskapliga stöd och bevis om insatsers effekt. Det är en utmaning för verksamheterna att dra nytta av vetenskap och kunskap som finns och systematiskt tillämpa den. Samtidigt är det av yttersta vikt att främja spridningen av evidensbaserade metoder och bromsa användningen av ineffektiva metoder och rent av skadliga insatser. Det gäller att hushålla med resurserna genom att satsa på de metoder som gör störst nytta. Det finns nationella riktlinjer för målgrupper som är gemensamma för huvudmännen och som ger rekommendationer om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa på.

Indikator

- Klagomål med avseende på bemötande inom socialtjänst och sjukvård.
- **Ny!** Andel äldre med äldreomsorg som uppger att de brukar bli bra bemötta av personalen.

Länsgemensam aktivitet

- Se över och, vid behov, ta fram länsgemensamt utbildningsmaterial om t ex rättighetslagstiftning och diskrimineringsgrunder.

Indikatorer

- Case management till personer med psykisk sjukdom.
- Aktuella rutiner för samordning inom socialtjänsten.

Länsgemensam aktivitet

- Uppföljning av delregionala/lokala tillämpningar av "Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk".

Indikatorer

- Standardiserade bedömningsmetoder inom missbruk- och beroendeverksamhet.
- Standardiserade bedömningsmetoder för utredning av alkoholmissbruk.
- Standardiserade bedömningsmetoder för utredning av drogmisbruk.
- **Ny!** Rekommenderad behandling vid psykiatriskt tillstånd.

Länsgemensam aktivitet

- Inrättande av regionalt resurscentra för psykisk hälsa.

Fokusområden och mål för barn och unga



1. Förbyggande och främjande arbete

Mål
1.1 Föräldrar ska erbjudas stöd under barnets hela uppväxt

Föräldrar är viktiga i varje barns liv. De påverkar förutsättningarna för barnets fysiska och psykiska hälsa och utveckling i stort. Därför är det viktigt att ge föräldrar och vårdnadshavare stöd utifrån sina och barnens behov när det behövs. Det kan gälla föräldrar till barn med funktionsnedsättning eller föräldrar med psykisk ohälsa och/eller missbruk. Verksamheter som arbetar med barn och som möter föräldrar behöver kunna erbjuda föräldrarna anpassat stöd under barnets hela uppväxt, 0-18 år.

Mål
1.2 Alla elever ska lämna grund- och gymnasieskolan med godkända betyg

Att klara godkänt resultat i skolan är en stark faktor för god hälsa senare i livet. En fjärdedel av varje årskull går inte ut gymnasiet i Västra Götaland idag. Samtidigt är det en viktig förutsättning att ha gymnasiekompetens för att kunna leva ett självständigt liv. Elever med hög frånvaro måste uppmärksammas tidigt och ges det stöd de behöver för att närvara i skolan. Det är viktigt att utveckla närvarofrämjande åtgärder och arbetssätt i samverkan.

Indikatorer

- Manualbaserad insats för föräldrastöd.
- **Ny!** Föräldraprogram om alkohol och droger i grundskolan.

Indikatorer

- Andel elever som fullföljt gymnasieutbildningen inom tre år.
- Andel elever utan godkända betyg från åk 9.
- Andel elever med betydande frånvaro från skolan.



2. Tillgängliga tidiga insatser

Mål 2.1 Barn och unga med psykisk ohälsa ska få rätt insatser i rätt tid

Att tidigt identifiera psykisk ohälsa hos barn och unga kan förhindra utveckling av allvarliga problem. Det som ofta benämns som "första linjen" är de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att första ta emot barn, ungdomar eller familjer som söker hjälp när ett barn har problem eller mår dåligt. Barn och föräldrar ska veta vart de ska vända sig. Därför behöver första linjen för barn och ungas psykiska hälsa vara definierad och känd. En bra första linje är tillgänglig, utgår från barnets bästa och sätter barn och familj i centrum. Den hjälper barn och unga genom att kunna identifiera problem, behandla lindriga problem, remittera vidare när det behövs och säkerställa att alla barn och unga får tidig och högkvalitativ hjälp.

Mål 2.2 Förebygga och uppmärksamma bruk av alkohol och narkotika bland unga

Bruk av alkohol och narkotika kan påverka fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. För att ge goda förutsättningar för ett gott vuxenblivande behöver missbruk tidigt uppmärksammas. Missbruk hos unga samspelar ofta med psykiska och sociala faktorer som påverkar missbruket och samsjukligheten är ofta hög. Det finns samband med individers livsvillkor och sociala sammanhang. Särskilt sårbara och viktiga att uppmärksamma är t ex hbtq-personer, ensamkommande/nyanlända och barn till föräldrar med eget missbruk eller psykisk ohälsa. Det är viktigt att samordna insatser för unga som har kontakt med flera myndigheter och behandlingsverksamheter. I samverkan behöver kommun och hälso- och sjukvård utveckla former för att tidigt identifiera dessa unga.

Indikatorer

- Barn och unga med psykiatrisk diagnos som vårdats i slutenvård.
- Standardiserade bedömningsmetoder för utredning av missbruk.
- **Ny!** Andel barn och unga som får en första bedömning vid BUP inom 30 dagar.
- **Ny!** Andel barn och unga som fått bedömning och vård för psykisk ohälsa/sjukdom på en vårdcentral.

Indikatorer

- Andel elever med riskkonsumtion av alkohol i åk 9.
- Andel elever med riskkonsumtion av alkohol i gymnasiet år 2.
- Andel elever som någon gång använt narkotika i åk 9.
- Andel elever som någon gång använt narkotika i gymnasiet år 2.

Länsgemensam aktivitet

- Sammanställa kunskap och ta fram ett regionalt inriktningsdokument för integrerade verksamheter/mottagningar för unga.
- ✓ Framtaget 2020: Länsgemensamt inriktningsdokument för regionen och kommunerna i Västra Götaland för Organiserat integrerat arbete för personer med psykisk ohälsa, missbruk och beroende.



3. Enskildas delaktighet och rättigheter

Mål 3.1 Barn och unga som har behov av samordnade insatser ska ha en SIP

Sedan 2010 är det lagstiftat, både i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen, att kommun och region ska upprätta en samordnad individuell plan, SIP, när en person har behov av insatser från båda huvudmännen. I Västra Götaland finns från 2020 en överenskommelse om samverkan för barn och ungas hälsa. I den har tidigare Västbus riktlinjer inarbetats. En SIP gör den enskilde och närstående delaktiga i planeringen av insatser från hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola och ansvarsfördelningen blir tydlig. SIP är också ett bra verktyg för samordning mellan verksamheter inom en huvudman.

Mål 3.2 Brukarföreträdare ska erbjudas delaktighet i utvecklingsarbete

Barns och ungas egna upplevelser behöver tas tillvara för att kunna utveckla ett kunskapsbaserat arbetssätt. Barn har rätt till delaktighet i alla frågor som berör dem enligt FN:s konvention om barnets rättigheter. Inflytandet behövs på lokal, delregional, regional och nationell nivå och varje insats behöver betraktas från barnets perspektiv. Barn, unga och deras vårdnadshavare ska i så hög utsträckning som möjligt kunna påverka verksamhetsutveckling och definiera vad god kvalitet är.

Indikatorer

- Upprättande av SIP i befolkningen 0-20 år.
- Uppföljning av SIP i befolkningen 0-20 år.
- Rutin för information om SIP.

Länsgemensam aktivitet

- Revidering av Västbus riktlinjer och stödmaterial.
- ✓ Överenskommelse om samverkan för barn och ungas hälsa fastställs 2020.

Indikator

- Systematiskt samarbete med brukarorganisationer.



Tips!

Informations- och arbetsmaterial för SIP i Västra Götaland finns på www.vardsamverkan.se/sip



4. Utsatta grupper

Mål 4.1

Ingen ska diskrimineras eller uppleva negativt bemötande i kontakterna med kommunerna och regionen

Det finns sju diskrimineringsgrunder som omfattas av lagens diskrimineringsförbud: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Personal ska få ökad kunskap om hur grupper utsätts, bli minoritetsstress och skillnader i psykisk hälsa, kan relateras till att personer bryter mot normer utifrån exempelvis sexuell läggning, könsidentitet och nationellt ursprung. Kunskapen om mänskliga rättigheter, normativt bemötande och hur det påverkar unga i enskilda möten ska också öka.

Indikator

- Klagomål med avseende på bemötande inom socialtjänst och sjukvård.

Länsgemensam aktivitet

- Se över och, vid behov, ta fram länsgemensamt utbildningsmaterial om t ex rättighetslagstiftning och diskrimineringsgrunder.



5. Ledning, styrning och organisation

Mål 5.1

Nollvision om suicid i Västra Götaland

I flera undersökningar uppger upp till åtta procent av flickorna och fyra procent av pojkarna att de någon gång försökt ta sitt liv. I Västra Götaland sker i genomsnitt åtta till nio suicid per år i åldersgruppen 15-19 år. Bakom varje fullbordat suicid går det tio allvarliga försök och bakom statistiken döljer sig psykisk ohälsa som är viktig att uppmärksamma. Unga personer med förhöjd suicidrisk ska identifieras och erbjudas rätt hjälp i tid så att de inte försöker ta sitt liv. Detta sker genom utvecklad samverkan och samsyn mellan olika aktörer. Ingen i Västra Götaland ska behöva se suicid som en utväg.

Indikatorer

- Antal suicid i befolkningen 0-19 år.
- Antal suicidförsök i befolkningen 0-19 år.
- Handlingsplan för suicidprevention.

Länsgemensamma aktiviteter

- Länsgemensam handlingsplan för suicidprevention ska tas fram i enlighet med Folkhälsomyndighetens uppdrag.
 - ✓ Framtagen 2020: Det goda livet i Västra Götaland - Handlingsplan för suicidprevention 2020-2025.
- Tillgängliggöra nationellt webbaserat verktyg (SPISS).



VÄSTSVENSKA KOMMUNALFORBUNDENS SAMORGANISATION



Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg



Ekonomienheten
Ekonomichef
Kristina Olsson
0528-567107
kristina.olsson@fargelanda.se

Socialnämnden

Nya ramar för 2021 efter justering för lönerrevision 2020

Beslutsförslag

Socialnämnden lägger informationen till handlingarna.

Ärendebeskrivning

Kommunfullmäktige fattade beslut om Mål- och resursplan 2021-2023 den 2020-11-25 § 119. Kommunstyrelsens arbetsutskott godkände teknisk ramjustering efter lönerrevision 2020 den 2020-12-08 § 206. Nya ramar för 2021 efter denna ramjustering redovisas nedan.

Nämnd	Tidigare beslutad	Ny ram efter justering	ny ram 2021
KF	2 469		2 469
Kommunstyrelsen	87 006	612	87 618
Utbildningsnämnd	160 128	2 486	162 614
Socialnämnd	138 267	1 826	140 093
Lönerrevision	11 000	-4 924	6 076
Finansen	7 000	0	7 000
Summa kommunbidrag	405 870	0	405 870

Katrin Siverby
Kommunchef

Kristina Olsson
Ekonomichef



Sektor omsorg
Sektorchef omsorg
Johan Lundh
0528-567609
johan.lundh@fargelanda.se

Socialnämnden

Revidering av riktlinje för färdtjänst och riksfärdtjänst

Beslutsförslag

Socialnämnden antar reviderad riktlinje för färdtjänst och riksfärdtjänst med dnr 2020/90. Med detta beslut upphör tidigare fattade beslut att gälla.

Ärendebeskrivning

Lag om färdtjänst ger kommunen de grundläggande kraven som ska uppfyllas men det finns behov av generella bestämmelser om utformningen av färdtjänsten. Detta för att uppnå kommunal likställighet och ge stöd i handläggningen av den individuella prövningen av färdtjänst. Detsamma gäller tillämpningen av lag om riksfärdtjänst.

Färdtjänsthandläggare i Fyrbodal har tillsammans arbetat fram gemensamma bestämmelser i enlighet med avtalsskrivning mellan kommuner och Västtrafik, som anger att parterna ska sträva mot harmoniserade generella bestämmelser om utformningen av färdtjänst och riksfärdtjänst (anropsstyrd trafik)

Det har i arbetet med att revidera nuvarande generella bestämmelser känts nödvändigt att utveckla och förklara specifikt vad som gäller vid ansökan, utredning och utförande av transporter, då det genom åren uppstått frågeställningar som inte har gått att utläsa av nuvarande gällande generella bestämmelser. De förändringar som föreslås är gulmarkerade i bifogat förslag

De generella bestämmelserna för färdtjänst och riksfärdtjänst gynnar kommuninnevanare då var och en sökande skall behandlas rättssäkert i utredningsprocessen och lika i utförande av transporter gällande färdtjänst och riksfärdtjänst (anropsstyrd trafik.).



Beslutsunderlag

Förslag till Riktlinjer för Färdtjänst och Riksfärdtjänst, revidering.

Johan Lundh
Sektorchef omsorg

Beslutet skickas till:
Diariet
Sektorchef omsorg

FÄRGELANDA KOMMUN



Riktlinjer färdtjänst och riksfärdtjänst

Sektor omsorg

Johan Lundh

2021-01-15

Dnr:

SN 2020/90

**Den senaste versionen finns tillgänglig på Färgelandas
webbplats www.fargelanda.se**

Skriv sammanfattningen av dokumentet här. Det är vanligtvis en kort sammanfattning av innehållet i dokumentet



Innehållsförteckning

1	INLEDNING.....	2
2	FÄRDTJÄNST.....	3
2.1	Vad är färdtjänst.....	3
2.2	Vem kan beviljas färdtjänst	4
2.3	Färdtjänst för barn.....	5
2.4	Begränsningar	5
2.5	Färdtjänst till annan kommun, i andra kommuner eller mellan andra kommuner	5
2.6	Ledsagare och medresenär.....	6
2.7	Tillståndets tidsbegränsning-omfattning.....	7
2.8	Åtgärder vid nyttjande av färdtjänst mot gällande regler	8
2.9	Avgifter	9
2.10	Ansökan, utredning och beslut.....	10
2.11	Information kring färdtjänstens utförande.....	10
2.12	Trafikutbud.....	11
2.13	Övriga bestämmelser.....	12
3	RIKSFÄRDTJÄNST.....	13
3.1	Vad är riksfärdtjänst.....	13
3.2	Vem kan beviljas riksfärdtjänst	13
3.3	Ledsagare	14
3.4	Medresenär.....	15
3.5	Trafikutbud	15
3.6	Ansökan, utredning och beslut.....	16
3.7	Antal resor.....	17
3.8	Avgifter	17
3.9	Kostnader för transport av handikapphjälpmedel	18
3.10	Riksfärdtjänstens servicenivå.....	18



1 INLEDNING

Färdtjänst (anropsstyrd trafik) är en särskilt anpassad del av kollektivtrafiken och skall bidra till att de funktionshindrade ges samma förutsättningar som övriga kollektivtrafikresenärer. Det är av vikt att kommunen preciserar vilken målsättning som finns med kollektivtrafiken och hur den skall utvecklas för att vara tillgänglig för flertalet av medborgarna. Genom ökad tillgänglighet i den ordinarie kollektivtrafiken skall möjligheten till normalisering förstärkas och behovet av särlösningar minska.

Lag om färdtjänst ger kommunen de grundläggande kraven som måste uppfyllas. Det finns behov av generella bestämmelser om färdtjänstens utformning, dels för att uppnå kommunal likställighet, dels för att ge ett stöd i handläggningen av den individuella prövningen av färdtjänstillstånd. Detsamma gäller tillämpningen av Lag om riksfärdtjänst.

Färdtjänstens olika delar från själva tillståndsprövningen till utförandet av själva transporten skall präglas av kompetens och säkerhet. Medborgarna skall i sin kontakt med handläggare bemötas med respekt.

I styrdokument för funktionshindrade och äldre betonas rätten att bo kvar hemma, behålla sitt sociala nätverk, kunna leva ett så oberoende liv som möjligt, kunna delta i samhällslivet på lika villkor som andra och utveckla ett aktivt medborgarskap.

Då det gäller funktionshindrade barn och ungdomars behov av särskilt anpassad transport skall detta särskilt beaktas utifrån funktionshindrets begränsningar i jämförelse med icke funktionsnedsattas barn- och ungdomars mognads- och utvecklingsnivå.

Genom att utveckla samordningen av de resor som sker via färdtjänsten bidrar detta till ett bättre utnyttjande av kommunens ekonomiska resurser, en normalisering av färdtjänst med kollektivtrafiken samt bidrar till en god miljö.

Möjligheten till resor genom en kollektivtrafik som är tillgänglig för flertalet av medborgarna eller via särskilt anpassade transporter (färdtjänst) för de kommuninvånare som har speciella behov, blir en viktig del för att kunna förverkliga de mål kommunen antagit.

Genom riktlinjer tar kommunen ett politiskt ansvar för färdtjänstens handläggning och planering och anger hur Lag om färdtjänst och Lag om



riksfärdtjänst skall tolkas, så att en rättvis bedömning av varje enskild ansökan sker.

Kommunstyrelsens ansvar ligger inom de två nämnda lagområdena. Om dessa lagar inte är tillämpliga innebär det, att det åvilar andra nämnder att för sina respektive målgrupper ta ställning till om stöd i resandet skall erbjudas via annat lagområde. Ytterst kan detta även vara en fråga för kommunfullmäktige, vilket stöd i resandet funktionshindrade skall ges som en allmän kommunal service.

2 FÄRDTJÄNST

2.1 Vad är färdtjänst

Den allmänna kollektivtrafiken utgörs av bussar och tåg. I Färgelanda kommun trafikeras tätorten och landsbygden huvudsakligen med bussar. Den regionala trafiken ombesörjs av bussar och tåg. Inom Västtrafik AB pågår ett arbete med att så långt som möjligt utföra trafiken med låggolvsbussar.

Kommunstyrelsen ansvarar ytterst för färdtjänst (= anropsstyrd trafik) inom kommunen.

Kommunen kan efter erforderliga beslut överlåta sina uppgifter till trafikhuvudmannen inom Västra Götalands län och genom avtal har Färgelanda kommun därför uppdragit till Västtrafik AB att upphandla och administrera trafiken och beställningscentralen.

Lag (1997:736) om färdtjänst menar att färdtjänst endast gäller anordnande av transporter för personer med bestående funktionshinder. Är de allmänna kommunikationerna anpassade för funktionshindrade personer föreligger ingen rätt till färdtjänst.

Färdtjänst (anropsstyrd trafik) är en särskilt anpassad del av kollektivtrafiken som är till för personer som till följd av funktionshinder har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationer. I propositionen till lagen slås fast att färdtjänsten betraktas i första hand som en transportform i stället för en form av bistånd. Resor med färdtjänst skall i likhet med den allmänna kollektivtrafiken i största mån samordnas.



2.2 Vem kan beviljas färdtjänst

7 § tillstånd till färdtjänst skall meddelas den som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationer.

Enligt domstolspraxis och som anammats av flertalet av Sveriges kommuner är att funktionshindret skall beräknas bestå minst tre månader för att inte betraktas som tillfälligt.

Detta innebär att funktionsnedsättningar som varar under kortare tid och som för den enskilde kan ge stora svårigheter i upprättande av sociala kontakter eller för att genomföra inköp inte faller inom Lag om färdtjänst.

Vad lagen avser med väsentliga svårigheter är inte definierat. Att ge konkreta exempel på hur stora svårigheterna skall vara för att bedömas vara väsentliga är svårt att göra generellt. Domstolspraxis är här en vägledning i bedömningen. I den kan uttydas att det är svårigheterna i samband med resandet som är grund för färdtjänst och inte svårigheter vid resans mål.

Begreppet förflytta sig på egen hand är kopplat till själva resandet, att ta sig tillbusshållplatsen, att stiga på och av buss och inte förflyttningsmöjligheter i ett vidare perspektiv. Detta innebär att grund för färdtjänst inte är att man har svårighet att bära kassar. Färdtjänst kan inte beviljas till följd av att allmänna kommunikationer saknas eller är dåligt utbyggda, utan grunden för färdtjänst är enbart funktionshinder och dess konsekvenser.

För beviljande av färdtjänst gäller följande i Färgelanda kommun:

- Funktionshindret bedöms **bestå i minst tre månader.**
- Den beräknade tiden utgår om möjligt från ansökningsdagen eller den dag varaktighetens längd bekräftas via utredning eller sakkunnigutlåtande.
- Funktionshindret skall ge väsentliga svårigheter vid förflyttning eller vid resa med allmänna kommunikationer.
- Det skall finnas ett tydligt samband mellan funktionshinder och svårigheterna att förflytta sig själv i anslutning till resan eller att genomföra själva resan.
- Tillstånd till färdtjänst är personligt.



- Tillståndet är tidsbegränsat.
- Beviljande förutsätter att den sökande är folkbokförd i kommunen.

2.3 Färdtjänst för barn

I Lag om färdtjänst betraktas man som barn upp till 18 års ålder då det gäller rätt till färdtjänst. Barnkonventionen som 1 januari 2020 blev svensk lag beskriver i artikel 23.1 att ”ett barn som med psykisk eller fysisk funktionsnedsättning bör åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar tilltron till den egna förmågan och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhällslivet”.

Utgångspunkten vid bedömning av barns behov av färdtjänst är funktionsnedsättningens begränsningar i jämförelse med icke funktionsnedsatta barns utvecklings- och mognadsnivå.

2.4 Begränsningar

7 § tillståndet omfattar inte transporter som av någon anledning bekostas av det allmänna.

Tillstånd till färdtjänst omfattas inte av andra samhällsbetalda resor. Följande begränsningar gäller i Färgelanda kommun:

- Färdtjänst får inte användas för resor inom tjänsten då detta åvilar arbetsgivarens ansvar.
- Färdtjänst får inte användas för resor som av någon anledning bekostas av det allmänna såsom sjuk- och behandlingsresor eller skolskjutsar.

2.5 Färdtjänst till annan kommun, i andra kommuner eller mellan andra kommuner

3 § Varje kommun ansvarar, såvitt gäller kommuninvånarna, för att färdtjänst anordnas inom kommunen och om det finns särskilda skäl mellan kommunen och en annan kommun. En kommun får för sina kommuninvånare anordna färdtjänst också i eller mellan andra kommuner.



Enligt förarbetet till lagen kan särskilda skäl vara, att arbetsplatsen ligger i en grannkommun eller att närmaste serviceort finns i grannkommunen. Om skälen är starka, vilket ej definierats, kan resan ske till en mer avlägsen kommun.

Någon skyldighet för kommunen att ordna färdtjänst helt utanför den egna kommunen föreligger ej. Enligt praxis i kommunen och enligt tidigare rekommendation från Svenska Kommunförbundet har färdtjänst beviljats i annan kommun i samband med kortare besök, då det enbart är folkbokföringskommunen som kan bevilja färdtjänst. Detta för att underlätta besök hos närstående eller vistelse i sommarhus.

Följande tillämpningsområde för färdtjänst gäller i Färgelanda kommun:

- Färdtjänstillstånd gäller för resa från/till Färgelanda till/från samt mellan och inom samtliga kommuner inom Västra Götalands län samt till/från Årjäng och Säffle.
- Tillfälliga färdtjänstresor inom annan kommun, utanför Västra Götalandsregionen, kan beviljas. Ansökan ska ske till handläggaren i hemkommunen innan planerad resa. Den enskilde ersätts, mot uppvisande av kvitto, med summa som överstiger fastställd egenavgift.

2.6 Ledsagare och medresenär

3 § Om den som söker tillstånd till färdtjänst behöver ledsagare under resan, skall tillståndet gälla även ledsagaren.

Utifrån nuvarande lagtext beviljas ledsagare för behov som finns under själva resan. Ledsagare är en person som inte reser av eget intresse, utan endast är med för att stödja färdtjänstresenären för att denna skall kunna genomföra resan och stödet ej kan erhållas via transportören.

Ledsagare enligt denna lag är inte till för stödet efter själva resan. I lagen finns ej angivet om ledsagare skall betala en avgift för resan eller ej utan detta får beslutas av kommunen.

För beviljad ledsagare gäller följande i Färgelanda kommun:

- Tillståndsinnehavaren har behov av stöd under själva resan.
- Ledsagaren skall stiga på och av vid samma plats som färdtjänstresenären.



- Ledsagaren reser gratis.
- Den som själv är färdtjänstberättigad kan inte vara ledsagare.

Många färdtjänstberättigade kan genomföra resan själva eller med det stöd som transportören ger och utifrån detta beviljas inte ledsagare. Behov av stöd vid resans mål kan dock föreligga och utifrån detta har man möjligheten att medföra medresenär.

För medresenär gäller följande i Färgelanda kommun:

- Medresenär är en person som reser samma sträcka som färdtjänstresenären.
- Medresenären skall stiga på och av vid samma plats som färdtjänstresenären.
- Medresenären betalar samma avgift som färdtjänstresenären.
- Den som inte beviljats ledsagare har rätt att medföra en medresenär utan särskild prövning.
- Resenär som är beviljad ledsagare kan ej medföra medresenär.
- Efter individuell prövning kan färdtjänstresenär medges rätt till flera medresenärer. Exempel på grund för detta kan vara om färdtjänstresenären har minderåriga barn eller om minderårig resenär har syskon eller föräldrar som behöver resa med. Även andra situationer kan bedömas som skäliga.
- Antalet medresenärer kan aldrig bli större än sällskapet som ryms i det anvisade fordonet.

2.7 Tillståndets tidsbegränsning-omfattning.

9 § tillståndet till färdtjänst meddelas för viss tid eller tills vidare. Tillstånd får i skälig omfattning förenas med föreskrifter om vilket färdstätt som får användas, hur många resor tillståndet omfattar och inom vilket område resor får göras. Om det finns särskilda skäl får tillståndet även i övrigt förenas med villkor.



Det är kommunen som bedömer vad som är skälig omfattning och särskilda skäl när det gäller begränsningar. Enligt lagens förarbete skall begränsningar inte ske då det gäller antalet resor till eller från arbetet eller andra nödvändiga resor.

I Färgelanda kommun gäller följande:

- Tillstånd meddelas normalt för viss tid.
- Vid tidsbegränsning ges tillstånd **som minst för tre månader och** högst två år, om inte särskilda skäl föreligger. Särskilda skäl kan vara funktionshindrets art som ej möjliggör resa med allmänna kommunikationer oavsett utveckling av kollektivtrafiken. Färdtjänst beviljas tills vidare i dessa fall.

Funktionshindrets svårighetsgrad och förväntade varaktighet avgör tillståndets giltighetstid och omfattning:

- Färdtjänst beviljas för obegränsat antal resor.
- Färdtjänst ersätter inte avsaknad av exempelvis egen bil, vilket innebär att "rundtur" med färdtjänst ej kan ske. Detsamma gäller att skjutsa hem medresenär/ledsagare till dennes bostad.

2.8 Åtgärder vid nyttjande av färdtjänst mot gällande regler

12 § En tillståndsgivare får återkalla ett tillstånd till att anlita färdtjänst, om förutsättningarna för färdtjänsten inte längre finns. Ett tillstånd får också återkallas om tillståndshavaren gjort sig skyldig till allvarliga eller upprepade överträdelse av de föreskrifter och villkor som gäller för färdtjänsten.

- Resa som uppenbart genomförts i strid mot gällande föreskrifter och villkor betraktas ej som färdtjänstresa. Om sådana resor genomförts faktureras färdtjänstresenären hela beloppet för resan. Detsamma gäller för resor där rätten till färdtjänst upphört eller återkallats.
- **Utåtagerande/våldsamt uppträde i fordonet av färdtjänstresenär, hot mot medresenärer och chaufför samt skadegörelse av fordon och fordonsutrustning betraktas som allvarlig överträdelse av föreskrifter**



och villkor för färdtjänsten och föranleder återkallelse av färdtjänsttillståndet. Beslut om återkallelse är överklagningsbart.

2.9 Avgifter

Enligt 10 § Lag om färdtjänst har kommunen rätt att ta ut en avgift för färdtjänsten.

Enligt 11 § skall denna avgift vara skälig och får inte överstiga tillståndsgivarens självkostnader.

Avgifter för färdtjänst varierar mellan landets kommuner. Utgångspunkt för prissättning kan vara:

- Den funktionshindrade saknar valmöjlighet och utifrån rättvise- och jämlikhetssynpunkt skall avgiften för färdtjänst vara densamma som för kollektivtrafiken.
- Funktionshindret kan medföra att behovet av färdmedel varierar över tid.

För att ge ett incitament att använda kollektiva färdmedel när personen klarar detta, bör det vara en skillnad mellan avgift för färdtjänst och avgift för kollektivtrafiken.

- Färdtjänsten ger en högre servicenivå i och med att den erbjuder en transport från dörr till dörr och att utifrån detta kan avgifterna skiljas åt.
- Avgiften bör spegla samhällets kostnader för att tillhandahålla transporten, vilket motiverar en högre avgift för färdtjänsten.

Avgiften för Färgelanda kommun beslutas av kommunfullmäktige. Ingen avgiftsbefrielse eller högkostnadsskydd förekommer. Om sådana resor på något sätt bekostas av det allmänna, kan reduktion av avgift inte beviljas. Egenavgiften erläggs direkt till chauffören i samband med resan. Undantagsvis kan betalning ske med faktura, exempelvis arbetsresor.

För egenavgift för resor med färdtjänst gäller för Färgelanda Kommun:

- Från och med 2021-03-01 gäller avståndsbaserad egenavgift för resor med färdtjänst. Egenavgiften baseras på en startavgift med 50 kr de första 10 kilometrarna och därefter 3 kronor/kilometer.



Avståndsbaserad egenavgift gäller dygnet runt och alla som innehar färdtjänstillstånd i Färgelanda kommun. Egenavgiften gäller för resor till/från Färgelanda kommun samt mellan och inom samtliga kommuner inom Västra Götaland samt till/från Årjäng och Säffle.

- Årlig uppräknning med följsamhet till den allmänna kollektivtrafikens prisjusteringar inom Västra Götaland. Prisjusteringen skall göras på startavgift samt kilometerpris.

För tillfälliga resor inom annan kommun, utanför Västra Götaland, är startavgiften 105 kr de första 10 kilometrarna och därefter 3 kr/kilometer från och med 2021-03-01. Den enskilde ersätts i efterhand, mot uppvisande av kvitto med summa överstigande egenavgiften. Ansökan skall ske till handläggare i hemkommunen före planerad resa.

2.10 Ansökan, utredning och beslut

I Lag om färdtjänst 13-16 §§ regleras hur handläggning av ärenden skall ske. Handläggningen av färdtjänst följer de regler som anges i Förvaltningslagen och personalen lyder under bestämmelserna i Sekretesslagen.

2.11 Information kring färdtjänstens utförande

Nedan beskrivs den servicenivå som erbjuds vid tillstånd till färdtjänst. Funktionshindrets art styr vilket färdmedel som krävs för att ombesörja transporten. När resan genomförs med personbil, storbil eller specialfordon gäller följande:

Färdtjänstens servicenivå

Färdtjänstillståndet innebär alltid att resenären kan få följande service vid färdtjänstresa:

- Hjälpin i och ut ur fordon.
- Hjälpin med förflyttningshjälpmedel och bagage in i och ut ur fordon.
- Bagage får medtas, två matkassar/en resväska eller motsvarande, som kan bäras av resenär på kollektivtrafik.
- Hjälpin med säkerhetsbälte.



På resenärens egen begäran ges även följande service:

- Hjälptill och från entrédörr (hyreshus, egen fastighet samt allmänna lokaler såsom affär, bank, apotek). Denna service utgår inte om ledsagare medföljer under resan.

Efter individuell prövning kan färdtjänsttillståndet även innehålla rätt att:

- Resa med speciellt anpassat fordon. Manuell bärhjälp så kallad bumping samt liggande transport, bårtaxi erbjuds inte.
- Scooter ej tillåten under färd med specialfordon.
- Få annan särskilt anpassad service.

Kommunstyrelsen har tecknat överenskommelse med Västtrafik AB om servicenivåer inom den anropsstyrda trafiken. Här regleras bland annat väntetid, spilltid, omvägstid = extra tid med anledning av samordnad resa i relation till närmaste väg mellan två adresser samt sökfönster = inom vilken tid beställningscentralen kan söka lämplig tidpunkt för resans genomförande i förhållande till resenärens önskade tid för avresan. Enligt överenskommelsen är servicenivån beroende på typ av resa.

2.12 Trafikutbud

Färdtjänsten är en anpassad form av kollektivtrafik och skall därför tidsmässigt genomföras under de tider som den ”vanliga” kollektivtrafiken bedrivs.

I Färgelanda kommun gäller följande:

- Resor i färdtjänsten får genomföras dygnet runt.
- Resan skall beställas hos den beställningscentral kommunen/Västtrafik AB tecknat avtal med.
- Resan skall beställas tidigast 14 dagar och senast kl 22.00 dagen före planerad resa. Resor nattetid bokas med god framförhållning. Eventuell återresa skall beställas samtidigt.
- Avbeställning av bokad resa måste ske senast en timma före tidpunkten för bokad resa.



- Färdtjänstresenär skall resa med det fordon som entreprenören hänvisar till och som är lämpligt utifrån funktionshinder och restillfälle.
- Resor i färdtjänsten samordnas i möjligaste mån. Beställningscentralen utför samordningen i samband med bokningen av resan. Samordningen kan innebära att ett fordon kan ha flera resenärer, där olika huvudmän bekostar resan. Samordningen får dock inte innebära att resans omvägstid förlänger resan med mer tid än vad som anges i avtalet om servicenivåer.
- En resa skall gå från en adress till en annan och uppehåll kan inte göras under resa.

2.13 Övriga bestämmelser

I färdtjänstfordonet finns tillgång till bälteskudde för barn. Om barnet har behov av annan bilsäkerhetsutrustning är resenären ansvarig för att ta med den.

Förskrivningsbara förflyttningshjälpmedel vilket inkluderar ledarhund, får medföras under färdtjänstresa utan kostnad. Ledar- assistans- och servicehundar ska alltid resa i godkänd transportbur som är placerad i bagageutrymmet under färd, enligt Statens och jordbruksverkets föreskrifter och allmänna råd om transport av levande djur. (SJVFS 2019:7)

Egenavgift för medföljande assistans- och servicehundar uttages som för medresenär.

Resa med ovan nämnda djur kan hänvisas till särskilda fordon på grund av att hänsyn skall tas till allergier.

Om det visar sig att en färdtjänstberättigad, efter utredning av färdtjänsthandläggaren, förorsakat en så kallad bomresa och/eller andra inte godkända kostnader, kan kommunen komma att återkräva den uppkomna merkostnaden.



3 RIKSFÄRDTJÄNST

3.1 Vad är riksfärdtjänst

Den allmänna kollektivtrafiken i Sverige utgörs av ett flertal olika transportsätt som är olika väl anpassade för personer med funktionshinder. För dem som till följd av stort och varaktigt funktionshinder måste resa på ett särskilt kostsamt sätt finns riksfärdtjänst. Riksfärdtjänst är en ersättning för extra kostnader som uppstår vid resa mellan olika kommuner i Sverige. De extra kostnaderna skall uppstå till följd av funktionshinder och kan bestå av att resenären behöver ha en ledsagare med sig vid resa med allmänna kommunikationer eller av att ett särskilt fordon måste användas för resan.

3.2 Vem kan beviljas riksfärdtjänst

1 § En kommun skall på de villkor som anges i denna lag lämna ersättning för reskostnad för de personer som till följd av ett stort och varaktigt funktionshinder måste resa på ett särskilt kostsamt sätt.

5 § Tillstånd skall meddelas om:

1. resan till följd av den sökandes funktionshinder inte till normala reskostnader kan göras med allmänna kommunikationer eller inte kan göras utan ledsagare,
2. ändamålet med resan är rekreation eller fritidsverksamhet eller någon annan enskild angelägenhet,
3. resan görs inom Sverige från en kommun till en annan kommun,
4. resan görs med taxi, ett för ändamålet särskilt anpassat fordon eller med allmänna kommunikationer tillsammans med ledsagare, och
5. resan inte av någon annan anledning bekostas av det allmänna.

Lagens formulering innebär, att kraven för tillstånd till riksfärdtjänst är högre än för färdtjänst. Lagen anger ingen skyldighet för kommunen att anordna transporten. Resan skall inte kunna göras till normala kostnader.

För beviljande till tillstånd till riksfärdtjänst gäller i Färgelanda kommun:

- Tillstånd till riksfärdtjänst kan meddelas personer som till följd av stort och varaktigt funktionshinder måste resa på ett särskilt kostsamt sätt.



- Funktionshindret skall förväntas bestå i minst sex månader för att betraktas som varaktigt.
- Den sökande skall vara folkbokförd i kommunen.
- Barn över 10 år beviljas riksfärdtjänst på samma grunder som vuxna.

3.3 Ledsagare

6 § Om den som söker tillstånd till riksfärdtjänst behöver ledsagare under resan, skall tillståndet gälla även ledsagare

Avgift får inte tas ut för ledsagare som behövs för att genomföra resan. Att kommunen har beviljat ett tillstånd med ledsagare innebär enligt lagen ingen skyldighet för kommunen att anskaffa ledsagare. Behovet av ledsagare skall vara knutet till själva resan och inte behov vid resmålet.

För beviljad ledsagare gäller följande i Färgelanda kommun:

- Ledsagare är en person som inte reser av eget intresse utan måste medfölja för att kunna stödja riksfärdtjänstresenären för att denne skall kunna genomföra resan.
- Ledsagare beviljas den resenär som behöver mer hjälp än trafikföretagets personal kan ge.
- Om en tillståndshavare inte kan genomföra en resa med ledsagare och med stöd av trafikföretaget kan tillstånd till ytterligare ledsagare beviljas.
- Att trafikföretaget inte uppfyller sina åtaganden är inte en grund för att bevilja ledsagare.
- Ledsagare skall stiga på och av vid samma plats som riksfärdtjänstresenären.
- Ledsagare reser gratis.
- Den som själv är färdtjänstberättigad kan inte var ledsagare.
- Vid resa med personbil och specialfordon beviljas ledsagare endast vid behov av kvalificerat stöd under resan.



3.4 Medresenär

Detta begrepp finns inte omnämnt i lagen men tillämpas av flertalet kommuner. I Färgelanda kommun gäller inte begreppet medresenär i Riksfärdtjänsten.

3.5 Trafikutbud

7 § Tillstånd till riksfärdtjänst får förenas med föreskrifter om färdstätt.

Med färdmedel menas vilket färdstätt som får användas men också regler för samåkning. Det är alltid funktionshindret som styr vilket färdstätt som erbjuds, när beslut om riksfärdtjänsten fattas.

I Färgelanda kommun gäller följande:

- I första hand beviljas resa med allmänna kommunikationer med ledsagare.
- I andra hand beviljas resa med allmänna kommunikationer i kombination med resa med personbil eller specialfordon. Denna resform beviljas förutsatt att det medför att resan annars blir särskilt kostsam.
- I tredje hand beviljas resa med allmänna kommunikationer i kombination med personbil eller specialfordon tillsammans med ledsagare.
- I sista hand beviljas resa med personbil eller specialfordon med eller utan ledsagare.
- *Liggande transport/bårtaxi medges ej.*
- Resan skall genomföras på billigaste sätt, vilket innebär att rangordningen ovan i enstaka fall kan frångås.
- Tillstånd till dyrare färdstätt än allmänna kommunikationer medges inte endast med motivering att ledsagare saknas för resan, att biljett inte finns att tillgå vid önskad avresetid eller att man inte litar på att trafikföretaget uppfyller sitt åtagande om stöd.
- Resor med personbil och specialfordon skall samordnas.



- Resor med allmänna kommunikationer skall genomföras på billigast möjliga avgångstid.
- Önskad avresetid kan förskjutas inom samma dag.
- Uppehåll under resan medges ej.
- Det åvilar resenären att själv ordna med ledsagare, när tillstånd till sådan är beviljad.

3.6 Ansökan, utredning och beslut

I 10-13 §§ Lag om riksfärdtjänst behandlas frågor kring handläggning utifrån Förvaltningslagen.

Handläggningen av riksfärdtjänst följer de regler som anges i Förvaltningslagen.
Personalen lyder under bestämmelserna i Sekretesslagen.

I Färgelanda kommun gäller följande:

- Vid ansökan om riksfärdtjänst skall ansökan inkomma till färdtjänsthandläggaren senast 14 dagar innan önskad avresa.
- I samband med storhelger skall ansökan vara inkommen tidigare än en månad före önskad avresa för att säkerställa resan.
- Ansökan om riksfärdtjänst skall snabbbehandlas om resan är av akut karaktär och om resbehovet ej har kunnat förutses, till exempel i samband med begravning eller nära anhörigs sjukdom.
- Beslut om riksfärdtjänst fattas av färdtjänsthandläggare på delegation och omfattar vilka föreskrifter om vilket färd sätt som får användas. Beslut om riksfärdtjänst kan överklagas till förvaltningsdomstol.

3.7 Antal resor

Tillstånd till riksfärdtjänst meddelas i normalfallet för en resa i taget. En resa är lika med en resa tur och retur.



Riksfärdtjänst kan meddelas för återkommande resor till ett speciellt resmål eller inom ett speciellt resområde. Tillstånd till återkommande resor gäller för en viss tid och för visst antal resor. Tillstånd för återkommande resor medges för högst två år.

3.8 Avgifter

8 § Vid resa med riksfärdtjänst skall tillståndshavaren betala en avgift (egenavgift) som motsvarar normala reskostnader med allmänna färdmedel. Regeringen meddelar närmare föreskrifter om dessa avgifter.

Regeringen meddelar föreskrifter om dessa avgifter via Förordningen om egenavgifter vid resor med riksfärdtjänst (Förordning 1997:782). Vid resa med allmänna kommunikationer betalar medresenär den faktiska kostnaden för biljetten samt i förekommande fall en bokningsavgift. Avgiften är baserad på hela resan inklusive anslutningsresor. Ledsagarens egenavgift ersätts enligt Lag om riksfärdtjänst av kommunen.

3.9 Kostnader för transport av handikapphjälpmedel

Om kostnader uppkommer för transport av handikapphjälpmedel, till exempel om en elrullstol måste transporteras separat med tåg eller dylikt samtidigt som resenären reser med flyg, ersätts dessa kostnader av kommunen.

3.10 Riksfärdtjänstens servicenivå

Tillstånd till riksfärdtjänst med allmänna kommunikationer innebär att service ges i enlighet med respektive transportbolags service till resenärer med funktionshinder.

Tillstånd till riksfärdtjänst med personbil och specialfordon innebär alltid att resenären kan få följande service:

- Hjälp in i och ut ur fordon.
- Hjälp med **förflyttnings**hjälpmedel och bagage in i och ut ur fordon.
- Hjälp med säkerhetsbälte.



- Resenär kan ha med två resväskor samt hjälpmedel enligt hjälpmedelsförteckningen.

På resenärens begäran ges även följande service vid resa med taxi och specialfordon:

- Hjälp till och från port eller dörr, ledsagning, bagage och förflyttningshjälpmedel.
- Stöd vid förflyttning till och från bostad och besöksplats.

Om tillståndet omfattar ledsagare skall det stöd och den hjälp som resenären behöver ombesörjas via medföljande ledsagare.



Omsorg/omsorgskontoret
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Anna Johansson
0528-567 629
anna.johansson1@fargelanda.se

Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelse Omsorg 2020

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar att anta ”Patientsäkerhetsberättelse 2020” och hålla den tillgänglig för den som önskar ta del av den.

Ärendebeskrivning:

MAS har i sektorns kvalitetsledningssystem STRATSYS, sammanställt Patientsäkerhetsberättelse 2018 för Färgelanda kommun, Sektor Omsorg.

Enligt 3 Kap. §10 i Patientsäkerhetslagen är Vårdgivaren (kommunen som juridisk person) skyldig att senast den 1/3 varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken ska framgå;

1. Hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår
2. Vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. Vilka resultat som har uppnåtts.

Patientsäkerhetsberättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den. Färgelanda kommuns patientsäkerhetsberättelser finns sedan 2011 tillgängliga på kommunens hemsida.

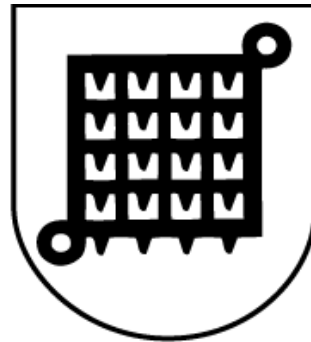
Johan Lundh
Socialchef

Anna Johansson
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Beslutet skickas till:
Diariet
Publiceras på kommunens hemsida



2020



Patientsäkerhetsberättelse

Socialnämnden

Patientsäkerhetsberättelse Sektor Omsorg

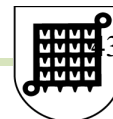
Sammanställd av Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska Anna Johansson



Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) ska vårdgivaren senast 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Den ska innehålla uppgifter om hur man det gångna året arbetat med patientsäkerhetsarbetet och hur man samverkat för att förebygga risker och vilka egenkontroller man gjort för att mäta vårdkvalitén.

I berättelsen ska vårdgivaren redovisa avvikelser, inkomna klagomål och synpunkter samt om händelser utretts enligt patientsäkerhetslagen och hur många vårdskador som bedömts som allvarliga.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur det systematiska patientsäkerhetsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.



Innehållsförteckning

Sammanfattning	5
Övergripande mål och strategier	7
Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet	8
Struktur för uppföljning/utvärdering	10
Uppföljning genom egenkontroll	11
Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet	13
Samverkan för att förebygga vårdskador	15
Risikanalys	16
Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet	17
Klagomål och synpunkter	18
Sammanställning och analys	19
Samverkan med patienter och närstående	21
Resultat	22
Övergripande mål och strategier från föregående år	28
Övergripande mål och strategier för kommande år	29



Sammanfattning

Anvisning

Sammanfattning av patientsäkerhetsberättelsen bör inte överskrida en sida.

Sammanfattningen bör innehålla:

- De viktigaste åtgärderna som vidtagits för att öka patientsäkerheten
- Hur patientsäkerheten har följts upp genom egenkontroll
- Hur risker för vårdskador identifierats och hanterats
- Hur hälso- och sjukvårdspersonalen bidragit till ökad patientsäkerhet genom att rapportera risker, tillbud och negativa händelser
- Hur patienter och närståendes synpunkter och klagomål som har betydelse för patientsäkerheten har hanterats
- Hur patienter och närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet

De viktigaste resultaten som uppnåtts

Digitalisering Externa avvikelser har digitaliserats och hanteras från mitten av 2020 enbart i systemet MedControl. Användandet av digitala möten har ökat på flera områden, exempel på är våra teamträffar. Vi har under året implementerat och breddat digitala avstämningsmöten kring personer vi väntar hem från sjukhus. I dessa möten ingår sjuksköterskor, rehabpersonal och biståndsbedömare från kommunen samt sjuksköterska och rehabpersonal från primärvården.

Dokumentation Nytt journal- och avvikelse system har implementerats och dokumentation enligt ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) är breddinfört.

Läkemedelshantering En oberoende granskning av vår läkemedelshantering är utförd av leg. farmaceut.

Vårdhygien Stort fokus har i under året lagts på vårdhygien. Digitala utbildningar kring ämnet har genomförts, filmer har visats och hygienombud har haft kontinuerliga avstämningar med MAS. Veckovisa möten har genomförts mellan MAS och vårdhygien. Detta utifrån arbetet med att förhindra smittspridning av covid-19.

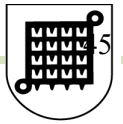
Demensvård Ny personal går webbutbildning i demensvård. De får även delta i intern utbildning i demensvård innan de börjar arbeta. Kommunen har certifierade utbildare i BPSD.

Utbildningsinsatser

- **Utbildning för Samverkande sjukvårdsuppdrag. D-HLR, RETTS, behandlingsriktlinjer** - Sjuksköterskor.
- **KVÅ-koder och ICF kodning**- Samtliga sjuksköterskor
- **Utbildning kring madrasser**- sjuksköterskor
- **Digital sårutbildning**- sårombud
- **Basal hygien utbildning** -samtlig personal inom vård och omsorg
- **Digital utbildning kring covid-19, hur sprids smittan, hur förhindrar vi spridning**- samtlig personal inom vård och omsorg
- **BPSD-utbildning**- Nyanställd personal inom demensvården
- **Delegeringsutbildningar**-omsorgspersonal
- **Handledarutbildning**- sjuksköterskor

Pandemiarbete

Pandemin har utmanat oss på flera sätt och gjort att vi på flera områden fått tänka om och hittat andra lösningar för utbildning och kvalitetskontroller. Vissa delar har vi fått välja att pausa för att lägga mer fokus på hygien och kompetensökning kring covid-19. Trots detta har vi ändå lyckats genomföra mycket genom nytänk och digitala lösningar.



- Veckovis avstämning med smittskydd och vårdhygien
- Veckovis avstämning med MAS-nätverket
- Veckovis avstämning med Vårdsamverkan Fyrbodal
- Veckovis lägesuppdatering från Länsstyrelsen och smittskydd Västra Götaland.
- Hygienombudsmöten har genomförts digitalt med 14 dagars intervall.
- Digitala utbildningsinsatser till samtlig personal inom vård och omsorg kring sjukdomen covid-19, hur den sprids och hur vi förebygger smittspridning.
- Informationsträffar med sanitetstekniker kring hur vi städar för att förebygga smittspridning på våra särskilda boenden.
- Avstämningsmöten med uppdaterad lägesbild för enhetschefer har genomförts veckovis.
- Utbildning till samtlig personal kring hur skyddsutrustning hanteras i form av visir och munskydd.
- Vaccinationssamordning som på årets sista dag genomfördes med sammanlagt 120 utdelade doser.



Övergripande mål och strategier

Anvisning

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1§

Beskriv övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet.

I kommunens övergripande verksamhetsplan finns inga specifika mål för den kommunala hälso- och sjukvården. Men några mål påverkar patientsäkerheten i rätt riktning. Tex.

- God och vällagad mat i egna kök. När maten smakar bra äter man bättre och risken för undernäring minskar.
- att få bo tillsammans på äldreboendet även om bara den ena parten har omsorgsbehov ökar trygghet och nöjdhet och bidrar till en god psykisk hälsa.
- heltidstjänster inom äldreomsorgen ökar kontinuiteten i personalgrupperna vilket är positivt ur patientsäkerhetssynpunkt.

Äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården har fortsatt arbetat i linje med regeringens mål och Västra Götalandsregionens satsning på "Bättre liv för sjuka äldre".

Fokusområden är:

- SIP, Samordnad Individuell Plan där kommunen jobbar efter rutiner framtagna av regionen och använder regionens webbutbildning om SIP.

- Mobil närsjukvård, Målet är att erbjuda de mest sjuka äldre primärvård/specialistvård via hembesök.

- Kunskapsbaserad vård. Vi arbetar enligt nationella och regionala riktlinjer och använder oss av kvalitetsregister för att kunna leverera en patientsäker vård av hög kvalitet.

- God och säker läkemedelsbehandling. Läkemedelsgenomgångar ska genomföras enl. regionens medicinska riktlinje. Olämpliga läkemedel ska om möjligt undvikas. Patienterna ska få rätt medicin, i rätt dos, vid rätt tid! Hanteringen ska vara säker. Digitala signeringslistor implementerades under 2019. Loggbara läkemedelsskåp finns på i stort sett samtliga SÄBO-platser.

- Trygg och säker vårdövergång. Nationella riktlinjer för utskrivning från sjukhus kräver bra rutiner för informationsöverföring och planering inför hemgång. Detta innebär ett nytt arbetssätt som jobbats vidare med i samverkan med Närhälsan under 2021.

Dessutom ska vi i arbetet med äldre;

- Arbeta hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande.



Organisatoriskt ansvar för patientsäkerhetsarbetet

Anvisning

SFS 2010:659,3 kap. 9 § och SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 §, p 1

Beskriv kortfattat roller och ansvarsfördelning för planering, ledning och egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet på olika nivåer, utifrån ledningssystemet.

Förutom linjeorganisationen kan det vara bra att även beskriva högsta ledningens stödfunktioner inom patientsäkerhetsområdet t. ex vårdhygien, smittskydd, Strama, Patientnämnden, patientsäkerhetsenhet eller motsvarande.

Socialnämnden ansvarar för att;

- den hälso- och sjukvård som kommunen erbjuder uppfyller hälso- och sjukvårdslagets krav på god vård
- kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras
- det finns ett kvalitetsledningssystem inom sektor omsorg i Färgelanda kommun samt att sätta övergripande mål för verksamheten.

Socialchef/Verksamhetschef för hälso- och sjukvård ansvarar för att;

- verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet
- rutiner för riskanalys, avvikelshantering, klagomålshantering, samverkan och egenkontroller finns

MAS ansvarar för att;

- rutiner för hälso- och sjukvårdsarbete finns och är kända av personalen
- behovet av läkarkontakt tillgodoses
- att delegeringar utförs så att patientsäkerheten bibehålls
- rutiner finns för säker läkemedelshantering
- anmälningar till IVO enl. Lex Maria görs vid vårdskada eller risk för vårdskada
- kontrollera att krav och mål uppnås

Enhetschefer ansvarar för att;

- se de olika processerna i verksamheten
- att personalen känner till och arbetar efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner samt deltar i egenkontroll av verksamhetens kvalitet

Övrig personal inom sektor omsorg ansvarar för att;

- jobba efter kommunens policy, riktlinjer och rutiner
- medverka vid egenkontroller och kvalitetsutveckling av verksamheten

Stödfunktioner;

Vårdhygien - hygienköterska med kommunalt ansvar inom NU-sjukvården

- utarbetar kommunala rutiner för det vårdhygieniska arbetet
- erbjuder regelbunden utbildning och rådgivning
- skapar verktyg för egenkontroll av verksamheten för att säkerställa en god hygienisk standard

Tandvårdsenheten

- erbjuder årliga munhälsobedömningar till vårdtagare som har intyg om nödvändig tandvård



Patientnämnden

- Klagomål och synpunkter ska i första hand hanteras av kommunens verksamheter. Patientnämnden kan stötta patienter som ändå inte känner att de fått klarhet i en negativ händelse.



Struktur för uppföljning/utvärdering

Anvisning

SOSFS 2011:9 3 kap. 2 §

Beskriv hur ni systematiskt följer upp patientsäkerhetsarbetet. Beskriv era rutiner för att analysera och återkoppla resultat till högsta ledningen från lokala, regionala och nationella mätningar samt hur ni initiera förbättringar som krävs utifrån resultaten.

Ex.

Ledningen följer upp alla verksamheters patientsäkerhetsarbete via patientsäkerhetsronder. *Beskriv hur patientsäkerhetsronderna går till och hur återkopplingen sker till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Smittskyddsenheten analyserar resultat från lokala, regionala och nationella mätningar två gånger om året. *Beskriv hur smittskydd återkopplar analysen till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Vårdskador följs upp via strukturerad journalgranskning. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Trycksår, fall och undernäring följs upp via Senior alert och punktprevalensmätningar. *Beskriv hur resultaten analyseras och återkopplas till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Strama analyserar antibiotikaförskrivningar månatligt. *Beskriv hur Strama återkopplar resultaten till högsta ledningen och hur förbättringar initieras.*

Resultat av egenkontroller och uppföljningar sammanställs fortlöpande och läggs in i kvalitetsledningssystemet.

MAS och enhetschefer analyserar först var för sig, och sedan tillsammans resultaten och presenterar på ledningsgrupp, äldrechefsmöten och APT. Personalens delaktighet med erfarenheter och förslag är viktig för att driva kvalitetsarbetet framåt.

Vid dessa möten på både lednings- och verksamhetsnivå, utvärderas resultaten och man tar ställning till hur det fortsatta arbetet skall bedrivas, om insatser behövs och vilka delar man ska satsa på.

På ledningsgruppsmöten deltar socialchef/verksamhetschef samt utvecklingschef och görs då uppmärksamma och delaktiga i verksamheternas resultat och planering av åtgärder.

Åtgärder planeras och läggs in i kvalitetsledningssystemet där tidsplan och resultat visas.

Enhetscheferna ansvarar för att föra ut informationen till vård- och omsorgspersonalen.

En övergripande presentation av patientsäkerhetsberättelsen görs för nämnden. Då redovisas det viktigaste och ev. nytt innehåll.



Uppföljning genom egenkontroll

Anvisning

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2§, 7 kap. 2 § p2

Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Beskriv vilka källor som ni har använt i er egenkontroll för ökad patientsäkerhet, omfattning och frekvens samt vad analysen kom fram till.

Beskriv gärna hur resultaten kommuniceras till olika nivåer i verksamheten.

Exempel på källor som ni kan ha följt upp och analyserat:

PPM-VRI

PPM-BHK

Infektionsverktyget

Strukturerad journalgranskning

PPM-trycksår

Antibiotikaförskrivning

Patientkultutmätning

Senior alert

Avvikelse rapporter

Egenkontroller i kommunal hälso- och sjukvård.

Regelbundna loggkontroller i verksamhetens dokumentationssystem Magna Cura och Lifecare.

Journalgranskning av leg. personals journalföring.

Riskbedömningar i Senior Alert (nationellt kvalitetsregister) av fall-trycksår-nutrition-munhälsa och blåsdysfunktion

Mätning av nattfasta på SÄBO

Månadsvis uppföljning av fallrapporter/statistik i vårt dokumentationssystem Life Care.

Punktprevalensmätning av trycksår-frekvens enl. Senior Alert. (nationellt kvalitets register)

Registrering i Palliativregistret (nationellt kvalitetsregister)

Registrering i BPSD (nationellt kvalitets register)

Uppföljning av läkemedelsavvikelser.

Kvalitetsgranskning av KAF (kommunalt akutläkemedelsförråd) utförs av VG-Regionen.

Årlig kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen. Utförs av leg. farmaceut



"Egenkontroll - vårdhygienisk standard inom kommunal vård och omsorg. "Utarbetad av Vårdhygien, NU-sjukvården.

Självskattning av följsamhet till basala hygienrutiner. 4ggr/år

HALT, Folkhälsomyndighetens mätning av VRI (vårdrelaterade infektioner) och antibiotika behandlingar.

Loggkontroller i SAMSA (system att följa vårdprocessen vid in och utskrivning från slutenvård)

Loggkontroll signeringssystem Appva

Loggkontroll i NPÖ (nationell patientöversikt)



Hur patientsäkerhetsarbete har bedrivits samt vilka åtgärder som genomförts för ökad patientsäkerhet

Anvisning

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1-2

Beskrivs hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår och vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten kopplat till era mål och strategier. Tex nya arbetssätt som haft betydelse för patientsäkerheten.

Stratsys

- I kvalitetsledningssystemet Stratsys finns den kommunala hälso- och sjukvårdens rutiner och andra dokument. Även egenkontroller, uppföljningar, åtgärder och resultat redovisas i detta system.

Dokumentation

- All leg. personal har tillgång till NPÖ, Nationell Patient Översikt.
- All leg. Personal arbetar med att registrera KVÅ-koder (kvalitet- och vårdåtgärder)
- All leg. personal har från december börjat arbeta med IFC-kodning (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa).
- Nytt journalsystem har implementerats under december.

BPSD (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens)

- Arbetsverktyget används inom demensvården. Syftet är att hitta omvårdnadsinsatser som lindrar beteendemässiga och psykiska symtom vid demens och minska behovet av läkemedelsbehandling vid tex. oro.
- Ny personal på demensenheter har fått utbildning för att jobba med registret och metoden.
- Kommunen har två utbildare inom systemet och blir på så vis självförsörjande vad gäller fortbildning inom BPSD för nyanställd personal. Det planeras in utbildningar i ett årshjul.

Fallprevention

- Ett aktivt arbete med att identifiera risker för fall i Senior Alert.
- Erbjuder höftskyddsbyxor för de vårdtagare med identifierad fallrisk för att undvika höftfrakturer.
- Erbjuder halkskyddssockor för de vårdtagare med identifierad fallrisk.
- Det finns ett plexiglasskydd, halvskydd, till säng att erbjuda i de fall där vårdtagare är benägna att rulla ur sängen.
- Det finns tryckfördelande matta bredvid sängen i de fall vårdtagare har benägenhet att rulla ur sängen.
- Två mobila liftar finns där vårdtagaren reses upp till sittande ställning efter fall. Den här typen av lift är lättare att använda i trånga utrymmen och patienten behöver inte flyttas på golvet i samma utsträckning för att få plats att komma upp. Den är även lättare för personalen att hantera mobilt.

Nattfasta

- Fortsatta egenkontroller för att minska nattfastan för boende på SÄBO

Palliativ vård

- En struktur finns som stöd för sjuksköterskorna vid efterlevandesamtal.
- Regelbundna nätverksträffar för sjuksköterskor kring palliativ vård, anordnas av palliativa teamet.



- Statistik följs regelbundet från palliativregistret och diskuteras med legitimerad personal.

Läkemedelshantering

- Extern granskning av kommunens läkemedelshantering har genomförts av leg. farmaceut.
- Det hålls årliga utbildningar i läkemedelshantering för omsorgspersonal som är delegerad enligt årshjul.
- Loggbara läkemedelsskåp på i stort sett alla SÄBO
- Digital signering i hela kommunen.

SIP

- Ett arbetssätt utifrån lagstiftning (Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården).
- SIP genomförs av områdesansvarig sjuksköterska

Avstämningsmöten efter sjukhusvård

- Avstämningar sker kontinuerligt efter att en patient vårdats på sjukhuset tillsammans med patienten.
- Dagliga avstämningar sker inom kommunen tillsammans med sjuksköterska, rehabpersonal, biståndsbedömare inom kommunen samt sjuksköterska och rehabpersonal inom primärvården för att kunna tillgodose alla behov innan hemgång sker.

SBAR (Situation Bakgrund Aktuellt tillstånd Rekommendation)

- Ett strukturerat sätt att kommunicera på som följer ovan nämnda beskrivning. Det delas ut kort i fickformat till baspersonal för att underlätta vid rapport mellan egen yrkeskategori och mellan olika yrkeskategorier.

Sårvård

- Rutin har skapats för att säkerställa hantering av antidecubitusmadrasser (madrasser som motverkar trycksår).
- Två sjuksköterskor har gått högskoleutbildning i sårvård.
- Regelbundna nätverksträffar med sårombud i kommunen. Utbildning med olika teman vid träffarna. Under 2020 har nätverksträffarna övergått till digital sårvårdsutbildning pga pandemin.

Nätverk

- Kommunen har sjuksköterskerekörepresentanter i nätverk om palliativ vård, vårdhygien, demens och samverkande sjukvård för att få till sig det senaste inom dessa områden.
- Kommunen har rehabrepresentanter i nätverk kring hjälpmedelsforum, dialogmöten och Dalslandsgemensamt nätverk kring samarbetsfrågor

Delegerade uppgifter

- Rutin och struktur finns för hur delegerade uppgifter beställs från hemsjukvård till hemtjänst.



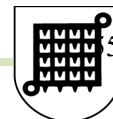
Samverkan för att förebygga vårdskador

Lokalt

- Gruppmöten på enheterna där omsorgspersonal och legitimerad personal deltar i uppföljning, utvärdering och planering. Under pandemin har dessa möten skett digitalt.
- MAS-möten med legitimerad personal 1 gång/ månad.
- Avtal med primärvården om läkarinsatser för patienter i hemsjukvården och boende på SÄBO. Dessutom viss handledning och utbildning för personalen.
- Möte med lokala IT-enheten 1 gång/ månad
- Verksamhetsmöte äldreomsorgen 1 gång/ månad
- Årliga möten med hälso- och sjukvårdsnämnden

Regionalt

- Representanter från regionen bjuds in till lokala närsjukvårdsmöten. Inbjudan görs till den verksamhet där frågor behöver diskuteras. Regionen kan från sitt håll bjuda in sig till dessa möten för information och diskussion.
- Nätverk för;
 - legitimerad personal (rehab, palliativvård, vårdhygien, demens, samverkande sjukvård, dialogmöten hjälpmedelsforum och Dalslandsgemensamt nätverk för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.)
 - MAS:ar i Fyrbodal och VG-regionen träffas 1 gång/ månad. Under pandemin har detta utökats 1 gång/ vecka.
 - enhetschefer för legitimerad personal
 - socialchefer och verksamhetschefer för hälso- och sjukvård
 - Avtal med regionen för upphandling av Nutritions-produkter samt tillgång till dietist för specialistkunskap
 - Förband- och sjukvårdsmaterial upphandlat i samverkan Dalslands kommunalförbund
 - Regionen tillhandahåller specialistkunskap inom vårdhygien i form av hygiensköterska (utbildning, rutiner och rådgivning)
 - Vård & Omsorgscollege i Fyrbodal. Dess syfte är att kvalitetssäkra vård- och omsorgsutbildningar samt att öka intresset för att jobba inom vård- och omsorg.
 - Samarbete med samverkande sjukvård
 - Vårdsamverkan i arbetsgrupper kring säker hemtagning från slutenvården psykiatri



Risikanalyser

Anvisning

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

Beskriv er rutin för riskanalyser dvs. hur ni fortlöpande bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamheten. Beskriv gärna inom vilka områden som riskanalyser har genomförts samt omfattning.

Vår rutin följer rekommendationerna i Socialstyrelsens Handbok för patientsäkerhetsarbete; Risk & händelseanalys. Rutinen är en kort beskrivning av hur riskanalys skall utföras. Handboken används som stöd vid genomförande av riskanalyser.

Syftet med en riskanalys är att identifiera och värdera risker, identifiera orsaker till dessa och ta fram åtgärder som eliminerar eller minskar riskerna, eller mildrar konsekvenserna av negativa händelser. Att analysera risker är ett framåtsyftande arbete, som ska leda till att förebyggande åtgärder vidtas innan något har hänt.

Risikanalyser är en kraftfull metod att använda i ett systematiskt förbättringsarbete. En riskanalys resulterar i ett flertal förbättringsförslag som syftar till att höja säkerheten i den processen som analyseras.

Det är önskvärt att arbetet med riskanalyser påbörjas i samband med planering eller utveckling av en process, finns med under hela processens livscykel och justeras successivt när ny kunskap eller avvikelser kommer fram.

Alla processer i verksamheten som är kritiska för vårdtagarens/brukarens/klientens säkerhet bör analyseras och det visionära målet är att alla dessa processer ska genomgå grundläggande riskanalyser.

En riskanalys kan utföras både på lokal verksamhetsnivå och på övergripande organisatorisk nivå. Den kan avse en befintlig arbetsprocess eller göras inför en förändring.

En analys på lokal nivå utförs på enhetens egna processer eller i samarbete med närliggande enheter på gemensamma processer. Lättast att påverka är de egna, lokala processerna.

En analys på övergripande organisatorisk nivå kan göras inför större förändringar som påverkar flera verksamheter. Riskanalys på övergripande nivå är ofta mer komplex och tidskrävande än en analys på lokal nivå.



Hälso- och sjukvårdspersonalens rapporteringsskyldighet

Anvisning

SFS 2010:659, 6 kap. 4 § och SOSFS 7 kap. 2 § p 5

Avvikelser

Beskriv hur hälso- och sjukvårdspersonalen rapporterar risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

Beskriv hur rapporterade risker och händelser utreds, sammanställs, analyseras och återkopplas.

Beskriv vilka mönster eller trender ni ser utifrån den samlade analysen av hälso- och sjukvårdspersonalens rapporterade risker och händelser.

Risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada rapporteras i avvikelsemodulen i Lifecare.

I rapporten beskrivs hur händelsen tas om hand, omedelbart samt på lång sikt. Här finns även möjlighet att kort beskriva orsak till händelsen om man vet detta.

Samtliga rapporter skall hanteras av leg. personal, enhetschef samt MAS i nämnd ordning. Vid allvarliga händelser informeras MAS direkt som utreder och tar ställning till om en anmälan om vårdskada eller risk för vårdskada enl. Lex Maria skall göras.

Avvikelser med medicintekniska produkter kan även bli aktuella för anmälan till IVO, Läkemedelsverket och tillverkare.

Enhetscheferna skall vid varje APT diskutera de rapporter som varit, hur de tagits om hand och vad man ev. skall åtgärda för att det inte skall inträffa igen.

De avvikelser som dominerar är läkemedelsavvikelser om osignerad dos samt fallrapporter.



Klagomål och synpunkter

Anvisning

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 7 kap 2 § p 6

Beskriv hur klagomål och synpunkter, som kommer direkt till verksamheterna eller via Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har betydelse för patientsäkerheten, tas emot och utreds.

Beskriv hur inkomna klagomål och synpunkter analyseras och hur resultaten återkopplas till verksamheten.

Rutin för hantering av klagomål och synpunkter finns. Dessa kan mottas både skriftligt och muntligt. Även anonymt, med då kan man inte få någon återkoppling. Blankett för klagomålshantering finns i kommunens växel, på kommunens hemsida, samt ute på boendeenheterna. Ärenden kan även inkomma via patientnämnden.

Inkomna ärenden, klagomål och synpunkter diarieförs och tas om hand av respektive enhetschef som utreder, vidtar ev. åtgärder och återkopplar till den som lämnat klagomål eller synpunkt.

Ärendena tas upp på APT och ev. ledningsgrupp eller enhetschefsmöten om de berör flera enheter eller hela verksamheten. Vid behov revideras rutiner och/eller arbetsätt som en del i verksamhetens förbättringsarbete.

Under 2020 inkom inget klagomål på hälso- och sjukvården.



Sammanställning och analys

Anvisning

SOSFS 2011:9, 5 kap. 6 §, 7 kap.2 §

Beskriv vilka mönster eller trender ni ser utifrån den samlade analysen av klagomål och synpunkter.

Beskriv också hur många händelser som har utretts under föregående kalenderår och hur många vårdskador som har bedömts som allvarliga.

Tips! Gör en samlad analys av Lex Maria, ärenden från IVO, Patientnämnden och Nationellt IT-stöd för HändelseAnalyser (NITHA).

Inga ärenden har inkommit från Patientnämnden.

Ett ärende är anmält till IVO där det fanns risk för att allvarlig vårdskada skulle kunnat ske.

Vårt eget system för avvikelshantering visar att;

Det sker ett aktivt arbete genom kvalitetsregister och omvårdnadsplaner med fallförebyggande åtgärder.

I 40% av alla dokumenterade fall bar vårdtagaren höftskyddsbyxa. Det är en ökning totalt sett från förra året då höftskyddsbyxa användes i 32% av fallen. Vid risk för fall erbjuds den enskilde höftskyddsbyxor som fraktureförebyggande åtgärd. Halksockar används framför allt på natten. Fortfarande sker det flest fall under natten. Fraktureförebyggande mattor finns att lägga bredvid sängen.

Totalt har 420 fallskador rapporterats, 10 av fallen har resulterat i allvarlig konsekvens så som blödning eller fraktur.

Antalet läkemedelsavvikelser är jämförbart med 2019. Vanligaste avvikelserna handlar fortfarande om osignerad given dos och utgör 73% av inkomna avvikelser.

1 avvikelser med medicintekniska produkter som rör trasig dosett, detta är en minskning från föregående år då 8 avvikelser inkom.

Vi har skickat

- 3 avvikelser till NU-sjukvården. Samtliga gällde felaktiga läkemedelslistor när patienterna kom hem från sjukhuset.

- 10 avvikelser till Närhälsan Färgelanda. De flesta rör felaktigt utförande vid ordination av läkemedel.

Vi har mottagit

1 avvikelser från NU-sjukvården. Denna handlar om felaktigt utförande vid bokning av transport.

Analys

Under 2020 har vi skickat fler externa avvikelser än förra året. Det externa avvikelssystemet är ändrat och avvikelserna går nu elektroniskt.

Vi har arbetat aktivt med att erbjuda höftskyddsbyxor (kostnadsfritt), halksockar, fallskyddsmattor och träning. Många nekar till fraktureförebyggande åtgärder i form av höftskyddsbyxa, vilket är frivilligt. Samtliga patienter inskrivna i hemsjukvård får minst årligen en läkemedelsgenomgång av distriktsläkare.



Efter riskbedömningar i Senior Alert tar sjukgymnast fram individuella övningar till vårdtagarna som omsorgspersonalen eller rehabiliteringsassistenter stöttar patient att utföra.

Regelbundet återkommande gruppgymnastik som vanligtvis arrangeras på SÄBO har pausats under pandemin för att minska risk att sprida smitta.

På demensenheterna jobbar man med BPSD och den genomsnittliga NPI-poängen är lägre på våra boenden jämfört med både VGR och riket. Rörelsefriheten är stor för personer med demenssjukdom då skyddsåtgärder i form av bälten och grindar används sällan eller aldrig. Det gör att många fallrapporter handlar om att personer "rullat ur sängen", "kanat ur fåtöljen" eller går iväg och glömmet rollator eller att man faktiskt inte kan gå längre. Dessa incidenter genererar många fallrapporter men sällan skador. Med BPSD arbetar vi även aktivt med bemötandeplaner.



Samverkan med patienter och närstående

Anvisning

SFS 2010:659 3 kap. 4 §

Beskriv hur patienterna och deras närstående har erbjudits möjlighet att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Beskriv hur samverkan sker med patienter och närstående för att förebygga vårdskador.

Vårdtagare får upprepade erbjudande om riskbedömningar och förebyggande insatser i form av bl.a. besök av tandhygienist, riskbedömningar av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion enligt Senior Alert.

Under våren 2020 har folktandvården endast kommit på besök när behov funnits. Detta i ett led att minska risk för att sprida in smitta på boendena. Under hösten när tydliga rutiner fanns på plats genomfördes besök som vanligt. Detta är ett beslut som tagits regionalt av folktandvården.

Inom demensvården används vårdtagarens och närståendes kunskap och erfarenhet som ett komplement i planeringen av vården. Svårigheter har uppstått när fysiska träffar inte kunnat genomförts på samma sätt som vanligt och telefonkontakt med många anhöriga har varit ett alternativ.

Vid läkemedelsgenomgång skall vårdtagarens och ev. närståendes synpunkter och önskemål efterfrågas. Dessa har i år erbjudits att delta via digital länk eller telefon.

Vård- och omsorgspersonal upprättar vård- rehab- och genomförandeplaner tillsammans med vårdtagare, och om vårdtagaren så önskar, även med närståendes deltagande . Här fångas resurser och behov upp och man tar beslut om insatser som på bästa sätt skall bidra till vårdtagarens välbefinnande.

Möjlighet finns alltid att både skriftligt och muntlig framföra ris och ros för att bidra till kvalitetsutveckling av verksamheten.

Anhörigstödjare finns som kan hjälpa till med kontakter och information så att vårdtagare och närstående hittar rätt och känner sig trygga.



Resultat

Redovisning av kvalitetsarbete

Anvisning

Nedan rubriker är upplagda i rapportmallen. Behöver de justeras görs detta av en superadministratör i **rapportmallen**.

För att klistra in bilder från ex Senior Alert klicka på ikonen **Infoga Bild** och ladda upp på bläddra. JPEG format rekommenderas.



Läkemedel och äldre

Konsumtion av olämpliga läkemedel är relativt stor i kommunen. Ett långsiktigt förebyggande arbete med tex omvårdnadsåtgärder som BPSD-åtgärd är att föredra. Enligt läkemedelsverkets statistik kring läkemedel som bör undvikas av äldre har Färgelände gått från 2019 8,4% till år 2020 ligga på 7,6%. Det är en liten men betydande minskning som går åt rätt håll.

Dock finns det situationer då det inte fungerar med enbart omvårdnadsåtgärder och då måste läkemedel sättas in. Detta ansvarar läkare för.

Kommunen har önskat öka kompetensen inom BPSD som metod och har 2 utbildade sjuksköterskor för att hålla kunskapen levande både inom sjuksköterskegruppen och hos baspersonalen. Utbildningar är inplanerade i årshjul.

Dokumentation/ kommunikation

Medicinsk sekreterare finns anställd i hemsjukvården för att i första hand dokumentera för legitimerad personal. Detta förväntas frigöra tid för legitimerade till att kunna utföra sådana uppgifter som endast legitimerade kan utföra. Det innebär en kvalitetshöjning att rätt person gör rätt sak samt att leg. personal dikterar direkt efter ett utfört besök, när händelsen är nära i minnet.

Fallpreventivt arbete

Rehabiliteringsassistenter avlastar fysioterapeuter och arbetsterapeuter med ex genomförande av träningsprogram hos patient. De håller även i grupp gymnastik på SÄBO som under stora delar av 2020 varit pausad relaterad till den rådande pandemin.

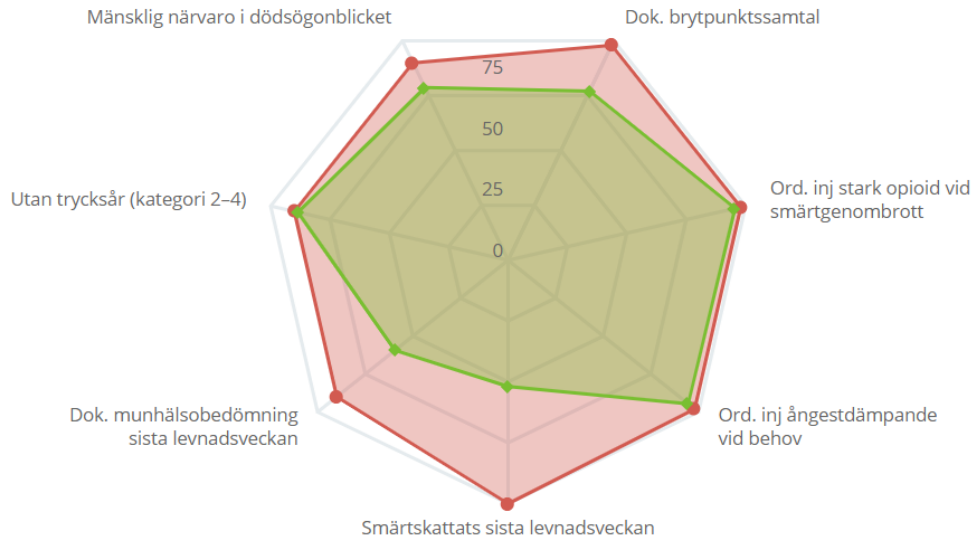
Palliativt arbete

Resultatet visar att vi har hög mänsklig närvaro i dödsögonblicket och att ingen har avlidit med trycksår. Vi behöver arbeta vidare med att göra munhälsobedömningar och använda validerade instrument för smärtskattning sista levnadsveckan.



Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2020-01 - 2020-12



Vårdhygien

Hygienombuden har haft en viktig roll under 2020. Träffar har skett i olika intervaller men med max 14 dagars mellanrum. Hygienombuden har varit en förlängd arm ut i verksamheten och hjälpt till och förmedla information och kunskap om covid-19, smittspridning och nya rutiner som under våren kom med kortvarsel och behövde implementeras snabbt ute i verksamheterna.

Redovisning av genomförda egenkontroller

Anvisning

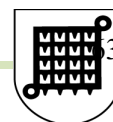
Förtydliga för läsaren vad färgerna innebär?

Grön/Röd = bedömning av genomförd egenkontroll...

[Skulle då kunna läggas in som fast text i avsnittet]

Läkemedelshantering

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
■ Kvalitetskontroll av KAF	År	Svaren som mailas in bedöms av en apotekare och MAS får kommentarer om vad som ev. behöver förbättras.	VGR har under 2020 inte genomfört någon granskning av KAF i Färgelanda kommun.
● Kvalitetsgranskning av läkemedelshantering enl. gällande föreskrifter	År	Efter granskningen kommer en åtgärdsplan/rapport med kommentarer och förbättringsförslag. Uppföljning sker vid nästa granskning.	Granskning genomförd med godkänt resultat. Åtgärdsplanerna går igenom på mas-möte 16/10 med samtliga sjuksköterskor tillsammans med enhetschef. Fler av åtgärderna avser behandlande läkare vilket kommer lyftas med



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			medicinsk ansvarig läkare på Färgelanda vårdcentral under November månad.
Kontroll av följsamhet till rutinen för städning av patientbundna läkemedelsskåp	Halvår	MAS samlar in signeringslistorna för städning av läkemedelsskåp 2ggr/år för att granska följsamhet till rutinen.	På grund av ökad andel läkemedelsavvikelse görs stickprovskontroll avseende följsamhet till städning av patientburna skåp på samtliga områden. Stickprovskontroll kommer att fortsätta genomföras under 2021.
Olämpliga läkemedel till äldre - Öppna jämförelser	År	Utifrån resultat kan åtgärder bli aktuella, ev i samverkan med ansvarig läkare.	Enligt statistik hämtat från socialstyrelsen har Färgelanda kommun gått ner i användandet av olämpliga läkemedel till äldre som är 75 år och uppåt. 2019 låg färgelanda på 8,4% och under 2020 7,6%. Siffrorna är bra jämfört med både regionen och riket. Även när vi tittar på olämpliga läkemedel till äldre med demensproblematik ligger färgelanda under både regionen och riket på alla utom ett läkemedel. Detta läkemedel används oftast som vidbehovsläkemedel.

Avvikelsehantering, Vårdskada, Lex Sarah


Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Årlig information av enhetschef.	År	Alla enheter inom Sektor Omsorg skall senast sista februari maila APT protokoll från årets första APT till MAS där det framgår att information om Lex Sarah lämnats.	

Senior Alert




Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
Mätning av nattfasta	Halvår	Målet är att nattfastan inte ska överstiga 11h hos minst 80% av boende på SÄBO.	Nattfastan har gått ner i kommunen från förra årets 11 h och 40 min i genomsnitt till 10.5 h vilket ses som positivt. Variationerna mellan nattfastan är mellan 15,5h till 9h. Målvärde är att inte överstiga 11h nattfasta.
Trycksårsmätning (PPM trycksår och fall, Senior Alert)	År	Antalet och allvarlighetsgraden av trycksår skall minska.	Antalet mätningar och antal trycksår är i stort sett samma som vid förra årets mätning. Trycksårshänsynen i demensvården har ökat och det är fler trycksår av allvarligare kategori vid denna mätning. Dock är andelen trycksår inom vård och omsorg minskade från 19%- 12% Andelen riskbedömningar äldre än 180 dagar har minskat från 41 till 26%, vilket tyder på att vi jobbar mer aktivt med systemet.
"Svenska HALT", mätning av VRI och antibiotikabehandling på SÄBO	År	Infektionsförekomst och antibiotikabehandling på SÄBO i Färgelanda ska ligga på samma, eller bättre frekvens än riket.	Socialnämnden Totalt inkluderades 24 vårdtagare i mätningen. Under mätningen stod 12% på antibiotikabehandling, vilket är högt jämfört med rikets som låg på 2,3%. Dock stod ingen på förebyggande antibiotikabehandling, jämfört med riket där 0,4% av de antibiotikabehandlade stod på de i förebyggande.




VG-regionens munhälsobedömning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Tanvårdens munhälsobedömningar och personalutbildningar	År	Utifrån rapporten bedöma om åtgärder behövs, t.ex. fler utbildningstillfällen.	Under 2020 har statistiken för munhälsobedömning utgått, detta med anledning av covid-19. Tandvården kommer att återkomma under Januari 2021.


Kommunala riktlinjer för vårdhygien


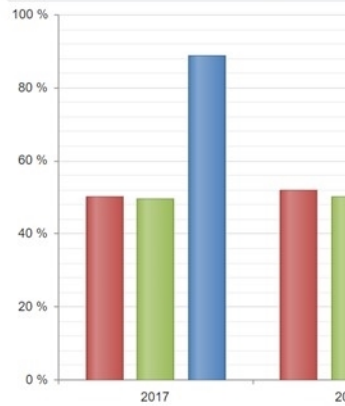
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 BHK - mätning av basal hygienrutiner och klädregler	År	Följsamheten till de basala hygienrutinerna skall vara 100%. Sannolikheten att nå detta mål är liten. Därför eftersträvas en succesiv förbättring vid varje mätning.	Mätningen VT-20 utgick på grund av covid-19. Mätning HT- 20 visar att 69,4 % har arbetat rätt enligt alla 8 aspekt som kontrolleras. Resultatet är svårt att värdera då mätningen inte är genomförd på länge. Dock finns utrymme för förbättringspotential.
 Självskattning av basala hygienrutiner	Kvartal	Enhetschef lägger in resultaten i checklista i STRATSYS. Målet är 100% följsamhet till de basala hygienrutinerna. Enhetschef och MAS redovisar resultat i kvalitets- resp. patientsäkerhetsberättelse.	Med anledning av covid-19 har självskattning ej utförts. SKR:s mätning kring följsamhet av hygien och klädregler har istället genomförts.
 Vårdhygienisk egenkontroll	År	Enhetschef ansvarar för att identifierade förbättringsområden åtgärdas utifrån handlingsplan.	Utgått 2020

Teoretisk utbildning

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Kunskapstest	År	Kvalitén på den teoretiska undervisningen och kunskapstestet kan utvärderas på olika sätt tex utifrån resultat på kunskapstesterna eller enkäter.	

BPSD - Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
 Registrerade skattningar i BPSD-registret	År	Målet är att samtliga boende ska erbjudas en skattning var 6:e mån.	Totalt har 78 personer registrerats i BPSD-registret, och det har genomförts totalt 83 skattningar under året. Det är en minskning från föregående år då 98 skattningar genomfördes. Genomsnittligt NPI ligger i Färgelanda på 15,9 vilket är en liten höjning från 2019. Dock fortsatt gott resultat i jämförelse med riket som ligger på 20,9.

 Symtomlindrande demensläkemedel	År	Jämförelse av andel med demensläkemedel i kommunen, regionen och riket.	<div data-bbox="1098 1554 1449 1585" data-label="Caption"> <p>Andel personer med Alzheimers sjukdom sc</p> </div>  <table border="1"> <caption>Andel personer med Alzheimers sjukdom</caption> <thead> <tr> <th>År</th> <th>Kommun</th> <th>Region</th> <th>Riket</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2017</td> <td>~50%</td> <td>~50%</td> <td>~88%</td> </tr> <tr> <td>2020</td> <td>~52%</td> <td>~50%</td> <td>~88%</td> </tr> </tbody> </table>	År	Kommun	Region	Riket	2017	~50%	~50%	~88%	2020	~52%	~50%	~88%
År	Kommun	Region	Riket												
2017	~50%	~50%	~88%												
2020	~52%	~50%	~88%												



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			Andelen personer med Alzheimers sjukdom (på demensboende) som har symtomlindrande demensläkemedel är högre i Färgelanda än i Regionen och Riket.

Palliativ vård och Palliativregistret

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Resultat i Palliativregistret	År	Socialstyrelsen har tagit fram kvalitetsindikatorer med målvärden för palliativ vård vilka mäts via registrering i Svenska Palliativregistret.	<p>Spindeldiagram över k Period 2019-01</p> <p>Färgelanda kommun har bättre resultat än riket på sex av sju kvalitetsindikatorer! Förbättringsområden är munhälsobedömningar och smärtskattning. Kommunen uppnår ändå ett bättre resultat inom områden jämfört med tidigare år.</p>

Hälsa- och sjukvårdsdokumentation

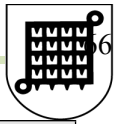
Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Journalgranskning	År	Resultatet sammanställs av MAS och presenteras på t.ex. MAS-möte/utvecklingsdag. Resultatet skall ligga till grund för information/utveckling och förbättringsåtgärder.	Kvaliteten på journaler är varierande. Vissa som granskats uppfyller alla krav och vissa saknar stora delar. Mer utbildning inom dokumentation behövs fortfarande. Utbildning har genomförts inför inför implementering av nytt journalsystem 2020/2021 och en nytt sätt att dokumentera på vilket borde ge ett bättre resultat.

SAMSA -SVPL

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll SAMSA	Kvartal	Loggar läst, justering, uppdaterad/skickad och utskrift	Kontroll av Läst, uppdaterat/skickat och utskrift. Inga överträdelser funna. Systemet har i första hand använts till att läsa, skicka administrativa meddelande och skicka vårdbegäran.

MTP-medicintekniska produkter - Sjuksköterskeenheten

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Uppföljning av avvikelser i Lifecare	År	Antalet och typen av avvikelser följs. Dokumenteras orsaker och åtgärder?	Sammanlagt har 1 incidenter rapporterats kring medicintekniska produkter. Ingen allvarlig vårdskada har



Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
			inträffat.

NPÖ - Sammanhållen journalföring

Egenkontroll	Periodicitet	Bedömning av egenkontrollen	Kommentar
● Loggkontroll NPÖ	Kvartal		Loggkontroll av Legitimerade sjuksköterskor i hemsjukvården. Använder alla läs nivåer vilket tyder på adekvat användning av systemet. Inga överträdelser funna. Resultat överlämnas till enhetschef i pappersform.



Övergripande mål och strategier från föregående år

- Fortsatt arbete med nytt arbetssätt enligt Lagen om samverkan vid utskrivning från sjukhus, somatik och psykiatri.
- Fortsatt arbete med ökad kompetens psykiatri
- Implementera nytt verksamhetssystem och starta dokumentation enligt ICF.
- Fortsatt fallpreventivt arbete
- Fortsatt arbete med digital signering
- Lokalt vårdprogram för nya nationella riktlinjer för strokevård

Välfärdsteknologi

- Arbeta för att kunna genomföra SIP i hemmet
- Implementera app med SBAR i hemtjänstens telefoner

Måluppfyllelse

- Nytt arbetssätt med samverkan vid utskrivning är infört
- Nytt verksamhetssystem med dokumentation enl. ICF har tagits i bruk
- Digital signering görs nu i systemet Appva
- Fallprevention pågår löpande



Övergripande mål och strategier för kommande år

- Breddinföra nytt verksamhetssystem med ICF som dokumentationsmodell
- Färdigställa pandemiplan
- Fortsatt arbete med ökad kompetens psykiatri
- Följsamheten till digital signering

Välfärdsteknologi

- Fortsätta arbeta på möjligheten till bättre möjligheter för digitala ronder
- Fortsätta arbeta på möjligheten med digitala teamträffar
- Fortsätta arbeta med digitala avstämningar i samsa med legitimerad personal från kommunen, primärvården samt kommunens biståndsbedömare.

§ 112

Överenskommelse om barn och ungas hälsa

Västkomms styrelse beslutar i ärendet den 24 november att ställa sig bakom överenskommelsen om barns och ungas hälsa. Syftet med denna överenskommelse är att främja och tydliggöra struktur och ansvar för samverkan, samarbete och samordning mellan berörda verksamheter. Målgruppen är barn och unga t o m 20 år som behöver samordnade insatser och tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter inom Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna.

Under 2018 inleddes två uppdrag om att ta fram förslag till överenskommelse om samverkan mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR för barn och unga. Dels *Överenskommelse om Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför hemmet*, dels *Västbus – Samverkan för barn och ungas bästa*. I samband med beredningen av de båda förslagen blev det allt tydligare att beröringspunkterna mellan uppdragen var många och att överenskommelserna skulle vinna på att slås samman till en.

Ärendet föredras av Titti Andersson, teamchef välfärdsutveckling.

Handlingar till ärendet bifogas kallelsen.

Arbetsutskottet har berett ärendet och föreslog direktionen att besluta att rekommendera kommunerna att anta förslag till Samverkan för barns och ungas hälsa – överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen.

Direktionen beslutar

Att rekommendera kommunerna att anta förslag till Samverkan för barns och ungas hälsa – överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen.

Beslutet expedieras till:

Medlemskommunerna i Fyrbodals
Västkom

Justerare:

Utdragsbestyrkande:

Samverkan för barns och ungas hälsa - överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen

Innehållsförteckning

1 Utgångspunkter.....	3
1.1 Bakgrund.....	3
1.2 Syfte och mål.....	3
1.3 Parter.....	4
1.4 Målgrupp.....	4
1.5 Omfattning och avgränsning.....	4
1.6 Giltighetstid.....	5
2 Ansvar för samverkan.....	5
2.1 Huvudmännens ansvar.....	5
2.2 Struktur för samverkan.....	5
3 Samverkan för att säkerställa hälso- och sjukvård för barn och unga placerade utanför det egna hemmet.....	8
3.3 Inför placering.....	9
3.4 I samband med placering.....	10
3.5 I samband med avslut av placering.....	12
4 Genomförande.....	13
4.1 Tillämpning och implementering.....	13
4.2 Avvikelser och kvalitetsutveckling.....	13
4.3 Tvister.....	13
4.4 Uppföljning.....	13
5 Gemensamma utvecklingsområden.....	14

1 Utgångspunkter

1.1 Bakgrund

Rätten till bästa möjliga hälsa är en av de grundläggande rättigheterna för barn enligt FN:s barnkonvention. Många barn och unga med sammansatta och/eller komplexa behov får inte sina behov av stöd, vård och behandling tillgodosedda fullt ut. De faller inte sällan mellan stolarna, då många verksamheter är involverade och har olika ansvar. Detta gäller särskilt barn som är placerade i samhällets vård, så som familjehem, HVB (hem för vård och boende) m.fl. Ofta har dessa barn inte heller tagit del av samhällets generella och förebyggande hälsovård och har, som grupp, sämre fysisk och psykisk hälsa än barn i allmänhet.

2020 blev FN:s konvention om barnets rättigheter svensk lag. Det innebär ett förtydligande av att domstolar och rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen. Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn. En inkorporering av barnkonventionen bidrar till att synliggöra barnets rättigheter. Det är ett sätt att skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet.

Västbus riktlinjer för barn och unga med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik antogs i Västra Götaland 2005. Riktlinjerna reglerar samarbete mellan de 49 kommunerna och Västra Götalandsregionen. Västbus reviderades 2012. Sedan dess har nya regelverk tillkommit i form av lagstiftning, Socialstyrelsens och Skolverkets anvisningar samt regionala avtal och överenskommelser. Detta medför att det inte längre finns behov av separat reglering genom Västbus riktlinjer.

I [Socialtjänstlagen](#), SoL, och [Hälso- och sjukvårdslagen](#), HSL, finns en generell skyldighet att samverka kring barn och unga på individnivå när behov finns av insatser från både kommun och region.

Alla barn har rätt att få sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda. Både Västra Götalandsregionens (VGR) hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst har här ett långtgående ansvar. Barn och unga som är placerade i samhällsvård har ofta särskilt stora behov av hälso- och sjukvård. Därför infördes nya bestämmelser 2017, i både SoL och HSL, om att kommuner och regioner ska ingå överenskommelser om samarbetet kring barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

En ny lag, [Lag om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet](#), anger att regionen på initiativ av socialnämnden ska erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till en placering av barn och unga. Detta ska göras utöver bestämmelserna i HSL och Tandvårdslagen. I SoL anges en motsvarande skyldighet för socialnämnden att underrätta landstinget om placeringen, om det inte är uppenbart onödigt. Vidare ska överenskommelse ingås mellan landsting och kommuner om samarbetet gällande hälsoundersökningarna.

1.2 Syfte och mål

Överenskommelsen ska främja och tydliggöra struktur och ansvar för samverkan, samarbete och samordning mellan berörda verksamheter.

2020-09-07

Behov av stöd, vård och behandling för barn och unga ska fångas upp och tillgodoses. Tidiga, samordnade, och vid behov, integrerade insatser ska motverka svåra och komplexa problem senare i livet. Inga barn eller ungdomar ska falla mellan stolarna.

Barnet, den unge, och i förekommande fall, vårdnadshavare, ska i möjligaste mån ges tillfälle att påverka stöd- och vårdinsatserna.

Barn och unga som är placerade i samhällsvård har samma rätt till tandvård och hälso- och sjukvård samt kontinuerlig skolgång som alla andra barn. Detsamma gäller för stöd i den dagliga livsföringen och skolarbetet samt miljöanpassningar i hem och skola.

1.3 Parter

Västra Götalandsregionen (VGR) och samtliga 49 kommuner i Västra Götalands län.

1.4 Målgrupp

Alla barn och unga t.o.m. 20 år som behöver samordnade insatser och tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter inom VGR och kommunerna.

Avsnitt 3 behandlar särskilt barn och unga som placerats i samhällsvård; i familjehem, på HVB (hem för vård och boende), SiS (Statens institutionsstyrelse) särskilda ungdomshem, jourboenden och stödboenden, med stöd av [SoL](#), [LVU](#) (Lag med särskilda bestämmelser om vård av barn och unga) eller [LVM](#) (Lag om vård av missbrukare i vissa fall).

Asylsökande och papperslösa omfattas av överenskommelsen i den mån de har rätt till insatserna enligt lag och anvisningar för målgruppen.

1.5 Omfattning och avgränsning

Överenskommelsen förtydligar verksamheternas ansvar för samverkan samt anger struktur och form för samarbete kring barn och unga med behov av insatser från både kommun och region, i den mån det inte regleras i andra avtal och överenskommelser. Placeringar utanför hemmet behandlas särskilt. Överenskommelsen omfattar då reglering av samverkan, av lagstadgade läkarundersökningar, hälsoundersökningar och undersökningar av tandhälsa i samband med placering i samhällsvård.

Överenskommelsen reglerar i första hand respektive huvudmans åtaganden (kommun-region) och inte intern organisering och ansvarsfördelning.

De privata utförare som har avtal med regionen eller en kommun omfattas av denna överenskommelse.

Denna överenskommelse reglerar, tillsammans med länsgemensamma riktlinjer för samordnad individuella plan (SIP), Västbus tidigare riktlinjer. Den tydliggör förskola/skolans roll i samverkan samt fullgör, i Västra Götaland, lagstiftningens krav på överenskommelser om samverkan kring placerade barn respektive hälsoundersökningar (se avsnitt 1.1 Bakgrund).

I Västra Götaland utgör [Hälso- och sjukvårdsavtalet](#) grunden för samverkan och ansvarsfördelning mellan VGR:s hälso- och sjukvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Till Hälso- och sjukvårdsavtalet är underavtal och överenskommelser kopplade, varav nedanstående är särskilt relevanta för denna överenskommelse.

[Överenskommelse om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer](#)

2020-09-07

[med missbruk av alkohol och droger och spel om pengar](#) är ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet och reglerar ansvar och samverkan för omnämnda målgrupper. I överenskommelsens avsnitt 3.4 och 3.5 finns särskilt angivet vad som gäller för barn och unga samt placeringar utanför det egna hemmet. Det finns också en överenskommelse för [Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård](#) som omfattar regler och rutiner för in- och utskrivning vid somatisk och psykiatrisk sjukhusvård. Riktlinje för [Samordnad individuell plan, SIP](#) omfattar vägledning, stödmaterial och regler för hur samordnad individuell planering ska genomföras.

1.6 Giltighetstid

2021-01-01 – 2023-12-31.

En uppföljning ska genomföras efter ett år. Om ingen part skriftligen sagt upp överenskommelsen senast 9 månader innan giltighetstiden går ut, förlängs överenskommelsen med ytterligare två år.

Om förutsättningarna väsentligen förändras under avtalstiden i form av nya lagar eller andra regelverk, får parterna i samförstånd vidta erforderliga justeringar av överenskommelsen.

2 Ansvar för samverkan

2.1 Huvudmännens ansvar

Respektive huvudmans ansvar bestäms av gällande lagstiftning. Preciseringar och förtydliganden har gjorts i avtal och överenskommelser på länsnivå, vilka reglerar ansvarsfördelning mellan VGR:s hälso- och sjukvård och de 49 kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detaljer i dessa avtal och överenskommelser upprepas inte i denna överenskommelse.

Denna överenskommelse anger skolan/förskolan som en likställd samverkanspart i alla sammanhang. Orsaken är att ett barns eller ungdoms förskoletid/skolgång och hälsa påverkar varandra ömsesidigt. En fungerande och fullföljd skolgång ger förutsättningar för god hälsa hos barn och unga samt förebygger problem senare i livet. Förskolan och skolan är viktiga framgångsfaktorer när det gäller psykisk, fysisk och social hälsa hos barn och ungdomar.

Barn och unga i samhällets vård tillhör de mest utsatta. Därför har Socialstyrelsen och Skolverket tillsammans utarbetat en [vägledning om placerade barns skolgång och hälsa](#) i syfte att ge ett praktiskt kunskapsstöd till socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård. Samma myndigheter har tillsammans med Specialpedagogiska skolmyndigheten tagit fram en modell, [SAMS](#), för hur skola och socialtjänst kan samverka med syfte att kunna ge placerade barn och unga kontinuitet i skolgången och en bättre skolförankring.

En kommun eller region får enligt lag inte överskrida sina befogenheter och utföra uppgifter som ligger utanför sitt kompetensområde. Det är därför viktigt att personalen har god kunskap om sitt eget och sina samverkanspartners ansvarsområden.

2.2 Struktur för samverkan

Barnets/den unges ansvariga kontakter inom förskola/skola, socialtjänst och regionen ska samarbeta kring insatser inom sina respektive uppdrag i syfte att säkerställa att barn och unga i behov av samordnade insatser får tillgång till tvärprofessionell hjälp. Samverkan ska ske på alla nivåer, från förebyggande och hälsofrämjande arbete till specialistvård. Skyldigheten att samarbeta omfattar alla berörda verksamheter som möter barn och unga.

2.2.1 Strukturell samverkan - Ledningsstruktur för styrning av samverkan

Praktisk samverkan för barns och ungas hälsa kräver styrning på regional, delregional och lokal nivå. Det är viktigt att chefer och verksamhetsföreträdare träffas för att säkerställa ett gott samarbetsklimat och samsyn. Samverkan mellan huvudmännen ska präglas av öppenhet, relevant ömsesidig information och ett lösningsfokuserat synsätt. I styrningen ingår att följa upp och efterfråga resultat av följsamheten till aktuella regelverk samt avvikelser och tvister.

Samverkan förutsätter god kännedom om både den egna och samverkansparternas uppdrag och ska kännetecknas av respekt för varandra. Ett medel för att uppnå detta är gemensam kompetensutveckling över huvudmannagränserna.

Styrningen av samverkan enligt denna överenskommelse följer den fastställda ledningsstrukturen för samverkan inom vård och omsorg i länet. På regional nivå finns Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG). På delregional nivå finns sex vårdsamverkansområden med var sin ledningsgrupp. På motsvarande sätt finns lokala ledningsgrupper i varje kommun. I de olika ledningsgrupperna sitter företrädare för kommunerna, primärvården och sjukhusen. På delregional och lokal nivå ska ledningsgruppen, eller en särskild temagrupp, ha ett uttalat ansvar för att driva samverkan kring barn och unga. Uppdraget är att främja kunskap och kompetens hos berörda verksamheters personal och ska vid behov genomföra gemensam, verksamhetsöverskridande, kompetensutveckling. Både den delregionala och lokala nivån har ett ansvar för att tillskapa rutiner för samverkan kring barn och unga, i de fall det behövs.

2.2.2 Samverkan kring den enskilde - Samordnad individuell planering, SIP

I både SoL och HSL finns regler om att enskilda som har behov av insatser från både kommun och region har rätt att bli erbjuden en samordnad individuell plan, SIP. SIP ska erbjudas om kommunen eller regionen bedömer att insatser kring barnet/den unge behöver samordnas för att hen ska få sina behov tillgodosedda, eller då barnets/ungdomens eller dess närstående begär det. Vårdnadshavare eller barnet/den unge ska ge samtycke (se vidare avsnitt 2.2.4) och vara delaktiga i upprättandet av SIP. I Västra Götaland finns gemensamma riktlinjer för regionen och kommunerna om hur [SIP](#) ska upprättas.

Parterna ska i samverkan säkerställa att barn och unga ges möjlighet att vara delaktiga i planering och beslut och att de får utöva sin rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som rör hen. Barnet/den unga/vårdnadshavares delaktighet och inflytande är centrala i allt arbete med SIP. Det är den barnets/unges behov och önskemål som utgör utgångspunkt för planeringen. För minderåriga kan det krävas samtycke av vårdnadshavare.

SIP är det verktyg som anger vilka hälso-, vård- och omsorgsinsatser som ska genomföras och vilken huvudman och verksamhet som har ansvar för respektive insats.

- I Västra Götaland ingår skolan (samtliga förskole- och skolformer) i SIP-processen på samma villkor som socialtjänsten och verksamheter inom VGR, när det gäller barn och unga.
- Skolan (samtliga förskole- och skolformer, elevhälsan), socialtjänst och hälso- och sjukvård är i Västra Götaland jämbördiga parter när det gäller att upptäcka behov av SIP
- Åtagandet innebär samma skyldighet att vid behov initiera och kalla till SIP-möte samt skyldighet att medverka i SIP-möten och uppföljningsmöten.
- Skyldigheten att medverka i SIP gäller huvudmännen - inte en enskild verksamhet. Om en verksamhet fått en kallelse och bedömer att man inte är rätt instans så åligger det

2020-09-07

verksamheten att inom huvudmannen, eller eventuell privat utförare, hitta rätt instans/verksamhet. Den kallade verksamheten kontakter då den sammankallande parten för att klargöra behovet, för att avgöra vem/vilken instans/verksamhet inom huvudmannen som ska ha kallelsen och meddelar därefter vem/vilken instans/verksamhet som är lämplig deltagare på mötet.

- I de fall barnet/den unge inte är känd hos huvudmannen avgör huvudmannen vem/vilka som ska delta på SIP-mötet. Om den som mottagit kallelsen till SIP-möte inte hittar någon annan som ska delta åligger det mottagaren av kallelsen att delta på mötet. *Om barnet/den unge/familjen inte har någon pågående vårdkontakt inom regional hälso- och sjukvård är det primärvården som kallas till mötet.*
- Utgångspunkten är att barnet/vårdnadshavare/den unge är delaktig i hela processen. Att hen deltar i planeringen och har inflytande över insatserna utifrån sina upplevda behov
- Det finns inget som hindrar att andra berörda aktörer är med på SIP-mötet, även om de inte omnämns i lagstiftningen. Det kan gälla andra närstående, föreningar, familjehem, HVB-hem och SIS-hem som är involverade och den enskilde önskar ha med.
- SIP-möte ska hållas inom 3 veckor efter det att behovet av samordning uppmärksammas och en *kontakt* bör tas med involverade verksamheter så att dessa ges möjlighet att prioritera närvaro.
- Vid förändringar och övergångar mellan verksamheter, som tex byte av skola eller vårdgivare, ska tidigare SIP följas upp eller en nytt SIP-möte upprättas.

Av SIP ska framgå

- Vilka behov den barnet/den unge har
- Vilka insatser som ska genomföras
- De inblandade huvudmännens ansvar för respektive insats, angivet på verksamhetsnivå
- Vilka insatser som ev, ska utföras av tredje part, närstående eller den enskilde själv
- Vem som har huvudansvar för planen
- När planen ska följas upp

Planeringen ska dokumenteras skriftligt.

Deltagande i SIP ersätter inte skyldigheten att göra orosanmälan (se avsnitt 2.2.3).

2.2.3 Anmälningsplikt

Enligt SoL är alla myndigheter och yrkesverksamma vars verksamhet berör *barn och unga* skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa. Anmälningsplikten omfattar även annan personal (än de som direkt arbetar med barn) inom statliga myndigheter och personal inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet och socialtjänsten, vuxenutbildning samt statliga myndigheter. Anmälningsplikten gäller också enskild verksamhet som rör barn och unga samt all annan verksamhet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialtjänsten bör erbjuda barnet, vårdnadshavaren och den som gjort anmälan ett möte om det med hänsyn till barnets bästa är lämpligt. Socialnämnden får också informera den som gjort anmälan om att utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår. Sådan information ska ges på begäran, om det med hänsyn till omständigheterna inte är olämpligt.

Enligt LVM är en läkare som i sin verksamhet kommer i kontakt med en *missbrukare* som kan antas vara i behov av vård för sitt missbruk eller dess medicinska konsekvenser eller har behov av

2020-09-07

omedelbart omhändertagande, skyldig att anmäla det till socialtjänsten. Anmälningsplikten gäller för läkare i både offentlig och privat regi under förutsättning att missbrukaren inte kan beredas vård genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården. Läkaren har med andra ord anmälningsplikt om patienten inte vill vårdas för sitt missbruk eller för allvarliga komplikationer av missbruket eller om det uppstår allvarlig fara för patientens hälsa om vård inte kan genomföras.

2.2.4 Sekretess och samtycke

Generellt råder sekretess mellan myndigheter. Det betyder att samtycke måste inhämtas från vårdnadshavare och/eller barnet/den unge själv och olika verksamheter behöver samverka kring barnet/ungdomen, t.ex. vid informationsöverföring och upprättande av en [Samordnad individuell plan, SIP](#). Om barnet har två vårdnadshavare ska båda samtycka.

Barn under 18 år ska informeras och ges möjlighet att lämna sina synpunkter på informationsöverföring och samverkan mellan myndigheter. Barnets inställning ska beaktas och tillmätas betydelse i förhållande till ålder och mognad. När det gäller barn under 18 år är huvudregel att vårdnadshavaren som, i egenskap av den unges ställföreträdare i personliga angelägenheter, utövar barnets befogenheter t.ex. när det gäller att hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser.

Vårdnadshavaren ska enligt [Föräldrabalken](#) i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets egna synpunkter och önskemål. Det innebär att vårdnadshavarens bestämmanderätt över barnet tunnans ut ju äldre barnet blir och ju mognare det därmed blir för att successivt flyttas över från vårdnadshavaren till barnet själv. När ett barn har uppnått en viss mognad och utveckling kan alltså vårdnadshavarna inte alltid längre göra gällande att de har rätt att få veta vad barnet har berättat för exempelvis en läkare eller en socialsekreterare.

Samtycket bör ske skriftligt (samtyckesblankett finns i [SIP-riktlinjen](#)), men kan även vara muntligt. Samtycket ska dokumenteras i journal/akt. Samtycke får bara avse särskilt angivna situationer och kan därför behöva inhämtas vid upprepade tillfällen före och under en placering. Samtycket kan när som helst återkallas av den enskilde.

Samtycke krävs inte vid barnavårdsutredningar eller utredning om tvångsvård och motsvarande har hälso- och sjukvården uppgiftsskyldighet i dessa fall. Det finns alltså inga sekretesshinder så länge uppgifterna lämnas inom ramen för en utredning enligt 11 kap. 2 § SoL.

3 Samverkan för att säkerställa hälso- och sjukvård för barn och unga placerade utanför det egna hemmet

Detta avsnitt ska säkerställa att barn och unga som är placerade utanför hemmet får tillgång till adekvat hälso- och sjukvård, såväl somatisk som psykiatrisk, och tandvård samt att hälsoundersökningar, läkarundersökningar och tandhälsoundersökningar genomförs systematiskt vid placeringar i samhällets vård. Dessa riktlinjer berör i första hand regionen och kommunernas socialtjänst samtidigt bör skolan involveras och framförallt informeras, så att skolgången för barnet/den unge blir så bra som möjligt.

3.1 Samordningsansvar

Socialtjänsten i barnets/den unges hemkommun har huvudansvaret för samordning och planering av vården och för att tillse att insatser från olika aktörer genomförs enligt planeringen. Samordningen genomförs och dokumenteras i en [Samordnad individuell plan, SIP](#), se avsnitt 2.2.2. Socialtjänstens ansvar för placerade barn och unga är tydligt och SoL anger att socialtjänsten ska verka för att barn

får den hälso- och sjukvård som de behöver. Den vårdplan respektive genomförandeplan, som socialtjänsten ska upprätta enligt SoL vid en placering av barn och unga, ska omfatta insatser och åtgärder som andra huvudmän ansvarar för där ibland hälso- och sjukvårdens planerade insatser.

I samband med utredning eller före planerad placering ska SIP-möte ske. Vid akut placering ska SIP upprättas så snart som möjligt efter placeringen. Socialtjänsten är normalt sammankallande till SIP-möte i anslutning till placeringar av barn och unga. Vid [utskrivning från slutenvård](#) är det dock primärvården, alternativt specialiserad öppenvård, som ansvarar för att kalla till SIP-möte.

SIP är det verktyg som anger vilka insatser som ska ske före och under en placering och vilken verksamhet som har ansvaret för respektive insats. I anslutning till en placering ska i tillämpliga fall en överenskommelse göras om kostnadsfördelning enligt [Överenskommelsen om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk av alkohol och droger och spel om pengar](#).

Uppföljning av SIP ska ske med jämna mellanrum och allra senast vid förändringar som byte eller avslut av placeringen.

3.2 Kommunikation mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård

Socialtjänsten behöver vid upprepade tillfällen kontakta hälso- och sjukvården i samband med placeringar av barn och unga i. Det gäller under utredningen, vid konsultationer, inför läkarundersökning i samband med LVU- och LVM ansökningar, hälsoundersökningar, SIP-möten, uppföljning av planerad vård och avslut av placeringen. Hälso- och sjukvården kan behöva kontakta socialtjänsten under pågående vård t.ex. i samband med förändrade behov hos barnet/den unge eller att vården inte fullföljs från patientens sida. Därför behöver kontaktvägarna mellan verksamheterna vara smidiga.

Socialtjänsten ska inför och under placeringen till aktuella vårdgivare lämna, och ajourhålla, kontaktuppgifter om ansvarig tjänsteman inom socialtjänsten. Motsvarande ska hälso- och sjukvården fortlöpande meddela socialtjänsten om förändringar av vården och aktuella kontaktuppgifter till aktuella vårdgivare.

3.3 Inför placering

3.3.1 Socialtjänstens utredning

Socialnämnden i barnets/den unges hemkommun är den myndighet som utreder och fattar beslut om placering utanför barnets/ungdomens egna hem. Socialtjänsten ska utan dröjsmål inleda utredning efter att den genom ansökan, anmälan eller på annat vis fått uppgifter som kan föranleda någon åtgärd. Beslut om att inleda eller inte inleda utredning ska ske inom 2 veckor efter att en anmälan kommit in. Utredningen ska i normalfallet vara klar senast fyra månader efter att den inletts. Lagens tidsramar innebär att hälso- och sjukvården måste agera skyndsamt vid socialtjänstens konsultationer.

För att utreda barnets/ungdomens behov av hjälp, stöd och behandling använder socialtjänsten sig av oftast av Socialstyrelsens heltäckande utredningsmodell [Barns behov i centrum, BBIC](#). BBIC syftar till att stärka barnperspektivet och delaktigheten för barn och unga. Materialet utgår från barnets behov och ger den sociala barn- och ungdomsvården en enhetlig och evidensbaserad struktur för handläggning, genomförande och uppföljning.

Socialtjänsten ska eftersträva att placeringar planeras i samråd med barnet, ungdomen och vårdnadshavare, men när frivilliga insatser inte är möjliga enligt SoL, kan socialtjänsten, om behövt, ansöka om tvångsvård enligt LVU eller LVM hos förvaltningsrätten.

3.3.2 Konsultation

I samband med utredning har socialtjänsten ofta behov av att hämta in uppgifter från andra myndigheter som t.ex. hälso- och sjukvården. Samtycke från vårdnadshavare eller ungdomen själv ska eftersträvas, men socialtjänsten har befogenheter att ta nödvändiga kontakter även utan samtycke om det finns oro för barnets situation (se avsnittet 2.2.4).

➤ Rutin för konsultation och utlåtande

BBIC:s stödmaterial används för socialtjänstens konsultation respektive hälso- och sjukvårdens skriftliga utlåtanden.

Konsultationsstödet består av frågor som är tänkta att ställas muntligt av den utredande handläggaren till den personal som har kontakt med barnet:

- [Konsultation BVC, elevhälsa](#)
- [Konsultation tandvården](#)
- [Konsultation pågående vårdkontakter](#)

Om skriftligt utlåtande behövs finns mallar för hälso- och sjukvårdens respektive tandvårdens utlåtande till socialtjänsten. Dessa mallar kan också användas som dokumentation av hälso- respektive tandhälsoundersökningar. Om det redan finns ett skriftligt underlag hos sjukvårds- /tandvårdsenheten, som motsvarar utlåtandet kan det användas i stället.

- [Utlåtande från hälso- och sjukvården](#)
- [Utlåtande från tandvården](#)

3.4 I samband med placering

3.4.1 Överföring av information och ansvar

Följande gäller vid överföring av information i samband med en placering:

Socialtjänsten i den placerande kommunen ansvarar för att information om placeringen lämnas till ansvariga, aktuella verksamheter inom VGR:s hälso- och sjukvård respektive tandvård (även privata vårdgivare).

VGR ansvarar för att barnhälsovård, primärvård samt specialistsjukvård (vid pågående behandling) efter socialtjänstens information om barnets placering, i sin tur underrättar aktuella vårdenheter på den nya orten. Aktuella uppgifter och vårdplanering överlämnas till berörd vårdenhet på placeringsorten. Om det inte finns en pågående behandling, men ett behov har identifierats, ansvarar vårdcentralen för att remiss utfärdas.

Barnets/den unges valda tandvårdsklinik ska efter socialtjänstens information om placeringen, underrätta vistelsekommunens folktandvård för att göra en omlistning av barnet. För uppgifter om var barnet är listat kan närmsta hälso- och sjukvårdsnämnds kansli i Västra Götalandsregionen kontaktas.

All informationsöverföring ska ske skyndsamt. Vid omplaceringar eller hemgång ska samma rutiner

för informationsöverföring genomförs.

3.4.2 Läkarundersökning i samband med LVU- eller LVM-placeringar

Vid ansökan om tvångsvård ska socialtjänsten till sin utredning, lämna med ett läkarintyg till rätten som redogör för eventuella medicinska risker eller hinder för placeringen. Det framgår inte av lag eller föreskrifter hur omfattande läkarundersökningen ska vara, men den är vanligtvis inte lika heltäckande som en hälsoundersökning enligt den nya lagen. Barn och unga kan därför även ha behov av en hälsoundersökning.

VGR har kostnadsansvaret för undersökning och intyg. Ingen avgift tas ut av kommun eller patienten.

➤ Rutin för läkarundersökning

Socialtjänsten ska i samband med tvångsvård enligt LVU eller LVM vända sig till den *vårdcentral* som den unge är listad på, i annat fall närmaste *vårdcentral*, för genomföra läkarundersökningen. [BBIC:s information vid LVU](#) används av socialtjänsten och lämnas till berörd personal inom hälso- och sjukvård. Det åligger *vårdcentralen* att skyndsamt utfärda läkarintyget. Vid behov ska den *vårdcentral* som lämnat uppgifterna bistå socialtjänsten med tolkning av uppgifterna i intyget.

3.4.3 Hälsoundersökning och undersökning av tandhälsa

Socialtjänsten ska, om det inte är uppenbart onödigt, initiera en hälsoundersökning omfattande fysisk och psykisk hälsa samt tandhälsa enligt rutiner nedan. Syftet är att hälsoundersökningen ska ge underlag för en medicinsk bedömning av barnet eller den unges behov av hälso- och sjukvård och tandvård. Bedömningen kan komma att föranleda fortsatt vård och behandling under placeringen. Hälso- och tandhälsoundersökningen kan också vara en del av underlaget till den *vårdplan* eller den genomförandeplan som socialnämnden är skyldig att upprätta. Se [socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökningar](#). Vid akuta placeringar får undersökningarna utföras efter placeringen på den nya orten.

VGR har kostnadsansvaret för undersökning och intyg. Ingen avgift tas ut av kommunen eller patienten.

➤ Rutin för hälsoundersökning

Socialtjänsten ska i samband med en placering erbjuda barnet/den unge en hälsoundersökning om det inte är uppenbart onödigt. Socialtjänsten ska aktivt motivera till att en hälsoundersökning genomförs. Undersökningen kan anses uppenbart onödig om barnhälsovårdens och elevhälsans hälsobesök genomförts enligt plan; om skolgången skett utan anmärkning; om elevhälsa eller aktuella vårdgivare har färskta uppgifter om ett gott allmänhälsotillstånd eller om barnet/den unge det senaste året genomgått en hälsoundersökning (inklusive Migrationsverkets hälsoundersökning av asylsökande).

Socialtjänsten kontaktar den *vårdcentral* som den unge är listad på, i annat fall närmaste *vårdcentral*, för att genomföra hälsoundersökningen. Inför undersökningen ansvarar socialtjänsten för att *vårdcentralen* får tillgång till relevant information som kommit fram i utredningen. Tid för hälsoundersökning ska erbjudas skyndsamt. [BBIC:s mall för hälsoundersökning](#) ska användas. Om skriftligt utlåtande behövs används BBIC-mallen [Utlåtande från hälso- och sjukvården](#), *vårdcentralen* ska vid behov bistå socialtjänsten med konsultation och tolkning av uppgifterna. Hälsoundersökningen ska mynna ut i en medicinsk bedömning av barnets behov. Där ingår åtgärd och förslag till uppföljning på *vårdcentralen* eller specialistmottagning, inklusive eventuella undersökningar och remisser (barn- och ungdomspsykiatri, barn-och ungdomsmedicin, tandvård (om inte särskild tandvårdsundersökning genomförs), röntgenundersökningar, uppföljning på *vårdcentral* mm).

Om hälsoundersökning inte gjorts före en placering, ska socialtjänsten kontakta regionen på placeringsorten för att genomföra hälsoundersökningen. Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, har en [förteckning med landstingens kontaktuppgifter](#) för hälsoundersökningar i samband med placeringar av barn och unga.

➤ Rutin för undersökning av tandhälsa

Socialtjänsten ska i samband med en placering ta kontakt med tandläkare på den klinik där den unge är listad och efterfråga när senaste besöket var, vilka behov som finns och om det pågår någon behandling. Om en ingen tandundersökning genomförts under det senaste året ska den unge erbjudas en tandundersökning. Om tandhälsan är eftersatt finns möjligheten att få ett tandvårdsutlåtande. [BBICs konsultationsmaterial för tandvården](#) samt [blanketten Utlåtande från tandvården](#) ska användas.

3.4.4 Akutplaceringar

Vid akuta placeringar får hälsoundersökning, undersökning av tandhälsa och planering av ansvar och insatser (SIP) genomföras efter placeringen, i den nya vistelsekommunen. Detta ska ske snarast möjligt. Vid pågående vård och behandling på hemorten, behöver ansvarig vårdgivare medverka vid planeringen av vårdinsatser på den nya orten.

3.4.5 Fast vårdkontakt

Barn och unga, som placeras i familjehem och hem för vård och boende (HVB, inklusive SiS-institutioner), har ofta förbisedda hälso- och sjukvårdsbehov. Därför bedöms i Västra Götaland, alla placerade barn och unga vara i behov av en fast vårdkontakt. Denne kan finnas på barnets/ungdomens listade vårdcentral eller om så bedöms lämpligt, inom specialistvården. Kontakten ska vara namngiven och kan vara behandlande läkare, annan i vården involverad legitimerad vårdpersonal eller i vissa fall en person med mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård tex rehabkoordinator. Hen utses i samband med upprättandet av SIP.

3.4.6 Mandat att påkalla sjukvård och närvara vid vårdtillfället

Vid en placering enligt LVU av minderåriga (under 18 år) utfärdar placerande socialtjänst en fullmakt till familjehemmet eller HVB, inkl. SIS. Fullmakten beskriver det mandat, familjehemmet eller institutionen har att påkalla vård och/eller närvara vid undersökningar eller behandlingstillfällen. När det gäller frivilliga placeringar krävs vårdnadshavarens samtycke. Vid placering enligt LVU avgör socialtjänsten om barnets vårdnadshavare/föräldrar får påkalla vård eller närvara vid undersökning/behandling och ska informera den fasta vårdkontakten och annan stadigvarande vårdgivare om beslutet.

3.4.7 Uppföljning av placeringen

Socialtjänsten ska noga följa vården för de barn och unga som är placerade utanför det egna hemmet. Vården ska följas upp kontinuerligt och barns hälsa pekas i SoL ut som ett särskilt angeläget uppföljningsområde. Socialtjänsten ansvarar också för att insatser som planerats i den SIP följs upp och att SIP vid behov revideras. Övriga aktörer har en skyldighet att medverka i uppföljningen.

3.5 I samband med avslut av placering

3.5.1 Planering för hemgång eller byte av placeringsort

Vid hemgång eller omplacering ansvarar socialtjänsten för att nytt SIP-möte genomförs och att ny SIP upprättas - givet att det fortfarande finns behov av insatser från båda huvudmännen. De riktlinjer och rutiner som beskrivits ovan ska då följas.

3.5.2 Uppföljning efter hemgång/omplacering

Socialtjänsten ska, om ny SIP upprättats inför hemgång/byte av placering, följa upp planeringen efter flytten. Socialtjänsten kan också, även utan samtycke, besluta om uppföljning av ett barns situation efter det att en placering i ett familjehem eller i HVB har upphört. Detta om barnet bedöms vara i särskilt behov av stöd eller skydd. Uppföljningen ska i sådana fall avslutas inom två månader.

4 Genomförande

4.1 Tillämpning och implementering

Överenskommelsen ska verkställas på lokal nivå, nära den enskilde. Detta förutsätter en organiserad delregional och lokal samverkan mellan huvudmännen så att överenskommelsen kan tillämpas lokalt.

Varje huvudman har att upprätta såväl egna som gemensamma lokala föreskrifter och rutiner, så att intentionerna och riktlinjerna i denna överenskommelse kan verkställas. De gemensamma delarna bör tas fram inom vårdsamverkan delregionalt och/eller lokalt. De lokala rutinerna behöver vara tydliga och detaljerade för att säkerställa att syftet med överenskommelsen uppnås.

För att implementera innehållet i denna överenskommelse bör information och utbildning för huvudmännens personal genomföras gemensamt i delregional vårdsamverkans regi.

4.2 Avvikelse och kvalitetsutveckling

Varje verksamhet ska ha ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Avvikelse som uppstår i samverkan mellan huvudmännens verksamheter ska rapporteras enligt [länsgemensam rutin](#). Detaljerade rutiner bör tas fram kring hur avvikelser hanteras och analyseras så att det som framkommer i avvikelserna tas tillvara på vid utvecklings- och förbättringsarbeten. Delregional vårdsamverkan följer regelbundet upp avvikelser i samverkan i syfte att utveckla och säkra kvaliteten. Avvikelse på systemnivå identifieras och rapporteras till vårdsamverkan VG (VVG).

Delregional vårdsamverkan ska årligen lämna rapport till vårdsamverkan VG (VVG) med sammanställning och analys av avvikelser som hanterats av vårdsamverkansorganisationen.

4.3 Tvister

Tvister mellan verksamheter i kommun och region ska i första hand lösas lokalt, av närmaste chef med mandat att fatta beslut i aktuell fråga. Om tvisten inte kan lösas lyfts frågan skyndsamt vidare inom respektive huvudmans linjeorganisation. Verksamheterna har ett gemensamt ansvar för att komma fram till en gemensam lösning där barnets/den unges behov sätts i första rummet. Om parterna ändå inte kan komma överens om en lösning, ska tvisten hanteras enligt rutiner i de delregionala vårdsamverkansområdena.

Under tiden parterna löser tvisten har de ett gemensamt ansvar att omgående komma överens om en tillfällig ansvarsfördelning. Vård och omsorg ska alltid säkerställas så att barnet/den unge inte kommer i kläm.

4.4 Uppföljning

Denna överenskommelse ska följas upp årligen i samband med att de delregionala vårdsamverkansgrupperna lämnar uppföljningsrapport till VVG om Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Uppföljningen ska redovisa genomförda implementeringsåtgärder, följsamhet till överenskommelsen och sammanställning av antal SIP och rapporterade avvikelser och tvister. Vid förlängning av överenskommelsen ska en mer ingående översyn av överenskommelsen ske 2023, inför att ny överenskommelse ska ingås.

5 Gemensamma utvecklingsområden

- Säkrare och bättre kommunikationsvägar mellan förskola/skola, socialtjänsten och VGR:s vårdenheter när det gäller barn och unga som vårdas utanför hemmet. Möjligheten att använda SAMSA bör fortsätta utvecklas för att alla parter ska ha tillgång till systemet, även skolan. SAMSA är ett IT-stöd för att stödja kommunikationen mellan sjukhus, primärvård och kommuner i Västra Götaland.
- Se över och vid behov öka möjligheterna till ytterligare regional samordning samt stärka samverkan på en strukturell nivå mellan förskola/skola, socialtjänst och regionen på delregional/regional nivå.
- Utreda förutsättningarna för samverkan kring upphandling av HVB-platser enligt Överenskommelsen om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk, avsnitt 5, och i samband därmed tydliggöra parternas ansvar för HSL-insatser i samband med placeringar.
- Utarbeta en standard för läkarundersökning inför LVU.
- Utarbeta rutiner för SiS, VGR och kommunerna för att klargöra ansvaret för hälsoundersökningar och hälso- och sjukvårdsinsatser samt samverkan för obruten skolgång för ungdomar som är placerade på SiS- institutioner.



Omsorgskontoret

Titel

Johan Lundh

0528-567609

0766352602

johan.lundh@fargelanda.se

Mottagare

Samverkan för barn och ungas hälsa

Beslutsförslag

Socialnämnden beslutar att anta förslag till Samverkan för barn och ungas hälsa.

Ärendebeskrivning

Överenskommelse om barn och ungas hälsa

Västkom's styrelse beslutar i ärendet den 24 november att ställa sig bakom överenskommelsen om barns och ungas hälsa. Syftet med denna överenskommelse är att främja och tydliggöra struktur och ansvar för samverkan, samarbete och samordning mellan berörda verksamheter. Målgruppen är barn och unga tom 20 år som behöver samordnade insatser och tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter inom Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna.

Under 2018 inleddes två uppdrag om att ta fram förslag till överenskommelse om samverkan mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR för barn och unga. Dels *Överenskommelse om Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför hemmet*, dels *Västbus - Samverkan för barn och ungas bästa*. I samband med beredningen av de båda förslagen blev det allt tydligare att berör ingångspunkterna mellan uppdragen var många och att överenskommelserna skulle vinna på att slås samman till en.

Arbetsutskottet har berett ärendet och föreslog direktionen att besluta att rekommendera kommunerna att anta förslag till Samverkan för barns och ungas hälsa - överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen.



Direktionen beslutar att rekommendera kommunerna att anta förslag till Samverkan för barns och ungas hälsa - överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen.

Beslutet expedieras till:

Medlemskommunerna i Fyrbodalen

Johan Lundh
Sektorchef omsorg

Ansvarig titel

Beslutet skickas till:
Medlemskommunerna
Diariet
Sektorchef omsorg

Verksamhet	Ansvarig för rapportering	Beräkningsgrund	Dec fg år	Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec
Omsorgs- och utvecklingskontoret															
Betalansvars dagar	EC Bist handl						0			0			0		0
Äldreomsorg															
Demens antal platser	EC Demens	Exkl korttidsplatser					39			39			39		39
Demens antal belagda platser	EC Demens	Exkl korttidsplatser					36			37			39		37
Demensplatser kö	EC bisthandl	Exkl korttidsplatser					0			1			1		0
Somatik antal platser	EC Somatik	Exkl korttidsplatser					31			31			31		31
Somatik antal belagda platser	EC Somatik	Exkl korttidsplatser					31			31			31		31
Somatiska platser kö	EC Bist handl	Exkl korttidsplatser					0			4			3		2
Korttid totalt antal platser, somatik	EC Somatik	Korttidsplatser					5			5			5		5
Korttid totalt antal platser, demens	EC Somatik	Korttidsplatser					2			2			2		2
Korttid antal belagda platser, somatik	EC Somatik	Korttidsplatser					15			13			8		9
Korttid antal belagda platser, demens	EC Demens	Korttidsplatser													3
Beviljade hemtjänsttimmar	Ek Omsorg	Hemtjänstdokument, 3:e kol					2703			2746			2544		3341
Antal personer som är beviljade hemtjänst	Ek Omsorg	Hemtjänstdokument, 2:a kol					203			205			213		205
Antal personer inskrivna i hemsjukvården	EC Hemsjukv						165			177			156		152
Individ- och familjeomsorgen															
Institution vuxna, antal	EC Ifo						1			2			3		3
Institution barn och unga, antal	EC Ifo						0			2			0		0
Institution barn och unga BUV*, antal	EC Ifo						1			1			1		1
Externa familjehemsplaceringar barn och unga, antal	EC Ifo						2			1			2		4
Externa familjehemsplaceringar barn och unga BUV, antal	EC Ifo						1			0			0		0
Familjehem i kommunens regi, antal	EC Ifo						13			12			14		10
Familjehem i kommunens regi BUV, antal	EC Ifo						9			7			7		8
Närstående placeringar, antal	EC Ifo									2			2		2
Uslusslägenhet i kommunens regi, antal	EC Ifo									10			10		10
Ekonomiskt bistånd, tkr	EC Ifo	Ansvar 5*, konto 4511+4512					787			876			837		912
Antal hushåll	EC Ifo						96			99			130		91
Enheten för stöd och service															
Antal vuxna med boendebeslut egen regi	EC Ess									14			13		13
Antal placeringar externt**	EC ESS									7			7		7

*) BUV "Barn utan vårdnadshavare"

**) Exkl korttidsverksamhet

Statistiken avser den siste i varje månad, om inget annat anges

Ekonomiskt bistånd, tkr	Ek Omsorg	Ansvar 5*, konto 4511+4512	912	985	826	1 117	892	1 163	992	1 061	939	848	1 219		
Antal hushåll	EC Ifo		91	105	98	110	116	133	142	152	137	137	135	138	134
Enheten för stöd och service															
Antal vuxna med boendebeslut egen regi	EC Ess		13	14	14	14	15	15	15	15	15	15	15	16	16
Antal placeringar externt**	EC ESS		7	7	7	7	7	7	5	1	4	4	4	4	5

*) BUV "Barn utan vårdnadshavare"

***) Exkl korttidsverksamhet

Statistiken avser den siste i varje månad, om inget annat anges

Verksamhet	Ansvarig för rapportering	Beräkningsgrund	Dec fg år	Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Juni	Juli	Augusti	Sept	Okt	Nov	Dec
Omsorgs- och utvecklingskontoret															
Betalansvarsdagar	EC Bist handl		0					0	0	0	0	0	0	0	0
Äldreomsorg															
Demens antal platser	EC Demens	Exkl korttidsplatser	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
Demens antal belagda platser	EC Demens	Exkl korttidsplatser	40	38	37	34	36	37	37	36	36	35	37	39	37
Demensplatser kö	EC bisthandl	Exkl korttidsplatser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Somatik antal platser	EC Somatik	Exkl korttidsplatser	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Somatik antal belagda platser	EC Somatik	Exkl korttidsplatser	29	31	31	29	29	27	27	29	29	28	28	29	28
Somatiska platser kö	EC Bist handl	Exkl korttidsplatser	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Korttid totalt antal platser, somatik	EC Somatik	Antal platser	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Korttid totalt antal platser, demens	EC Somatik	Antal platser	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Korttid antal belagda platser, somatik	EC Somatik	Antal platser	5	6	6	4	3	3	5	3	4	5	6	5	5
Korttid antal belagda platser, demens	EC Somatik	Antal platser	2	2	2	3	4	1	2	0	1	2	2	2	3
Beviljade hemtjänsttimmar (ej tot)	Ek Omsorg	Hemtjänstdokument, 3:e kol	0	2 782	2 692	2 991	3 277	2 809	2 647	3 038	3 438	3 136	2 658	2 390	2 356
Antal personer som är beviljade hemtjänst	Ek Omsorg	Hemtjänstdokument, 2:a kol	0	196	196	197	201	200	199	201	200	199	197	210	206
Antal personer inskrivna i hemsjukvården	EC Hemsjukv		0	183	173	177	178	167	172	170	170	166	167	167	167
Individ- och familjeomsorgen															
Institution vuxna, antal	EC Ifo		3	3	4	4	4	3	4	5	5	4		3	4
Institution barn och unga, antal	EC Ifo		1	1	1	1	0	0	0	0	0	0		0	0
Institution barn och unga BUV*, antal	EC Ifo		1	1	1	1	0	0	0	1	0	0		0	0
Externa familjehemsplaceringar barn och unga, antal	EC Ifo		2	2	2	2	3	3	4	4	5	4		4	4
Externa familjehemsplaceringar barn och unga BUV, antal	EC Ifo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Familjehem i kommunens regi, antal	EC Ifo		19	19	19	19	19	19	19	19	15	15		15	17
Familjehem i kommunens regi BUV, antal	EC Ifo		9	9	9	9	10	10	9	9	7	7		6	5
Närstående placeringar, antal	EC Ifo		2	2	2	1	1	1	1	1	2	2		1	1
Uslusslägenhet i kommunens regi, antal	EC Ifo		9	9	9	9	9	9	9	9	9	7		6	6
Ekonomiskt bistånd, tkr	Ek Omsorg	5410; 5750+5751; 4511+4512	0	1 179	958	1 269	1 041	1 173	1 258 872	1 180	1 143 580	985		901	1 219 000
Antal hushåll	EC Ifo		134	140	136	144	137	140	164	148	135	144		118	133
Enheten för stöd och service															
Antal vuxna med boendebeslut egen regi	EC Ess		16	16	16	16	16	17	17	18	16	16		16	16
Antal placeringar externt**	EC ESS		5	6	6	6	5	5	7	4	7	10		10	10

*) BUV "Barn utan vårdnadshavare"

**) Exkl korttidsverksamhet

Statistiken avser den siste i varje månad, om inget annat anges

Verksamhet	Ansvarig för rapportering	Beräkningsgrund	Dec fg år	Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Juni	Juli	Augusti	Sept	Okt	Nov	Dec
Omsorgs- och utvecklingskontoret															
Betalansvarsdagar	EC Bist handl		0												
Äldreomsorg															
Demens antal platser	EC Demens	Exkl korttidsplatser	41												
Demens antal belagda platser	EC Demens	Exkl korttidsplatser	37												
Demensplatser kö	EC bisthandl	Exkl korttidsplatser	0												
Somatik antal platser	EC Somatik	Exkl korttidsplatser	31												
Somatik antal belagda platser	EC Somatik	Exkl korttidsplatser	28												
Somatiska platser kö	EC Bist handl	Exkl korttidsplatser	0												
Korttid totalt antal platser, somatik	EC Somatik	Antal platser	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Korttid totalt antal platser, demens	EC Somatik	Antal platser	2												
Korttid antal belagda platser, somatik	EC Somatik	Antal platser	5												
Korttid antal belagda platser, demens	EC Somatik	Antal platser	3												
Beviljade hemtjänsttimmar (ej tot)	Ek Omsorg	Hemtjänstdokument, 3:e kol	2 356												
Antal personer som är beviljade hemtjänst	Ek Omsorg	Hemtjänstdokument, 2:a kol	206												
Antal personer inskrivna i hemsjukvården	EC Hemsjukv		167												
Individ- och familjeomsorgen															
Institution vuxna, antal	EC Ifo		4												
Institution barn och unga, antal	EC Ifo		0												
Institution barn och unga BUV*, antal	EC Ifo		0												
Externa familjehemsplaceringar barn och unga, antal	EC Ifo		4												
Externa familjehemsplaceringar barn och unga BUV, antal	EC Ifo		0												
Familjehem i kommunens regi, antal	EC Ifo		17												
Familjehem i kommunens regi BUV, antal	EC Ifo		5												
Närstående placeringar, antal	EC Ifo		1												
Uslusslägenhet i kommunens regi, antal	EC Ifo		6												
Ekonomiskt bistånd, tkr	Ek Omsorg	5410; 5750+5751; 4511+4512	1.219 000												
Antal hushåll	EC Ifo		133												
Enheten för stöd och service															
Antal vuxna med boendebeslut egen regi	EC Ess		16												
Antal placeringar externt**	EC ESS		10												

*) BUV "Barn utan vårdnadshavare"

**) Exkl korttidsverksamhet

Statistiken avser den siste i varje månad, om inget annat anges

Delegeringsbeslut

91

Utskriftsdatum: 2021-01-26

Utskriven av: Josefine Blid

Diarienummer:	Socialnämnden
Beslutsfattare:	Alla
Kategori:	Alla
Beslutsinstans:	Socialnämnd
Sammanträdesdatum:	2021-02-03
Sekretess:	Visas

Id	Beskrivning	Paragraf
Datum	Avsändare/Mottagare	Beslutsfattare
Ärendenummer	Ärendemening	Kategori
		Ansvarig
2020.971	Ordförandebeslut; Tillägg i socialnämndens delegationsordning avseende beslut om framställning om ändring av betalningsmottagare för studiebidrag; delegat socialsekreterare	Håkan Gusteus §
2020-12-23		Håkan Gusteus
SN 2020/17	Anmälan av ordförandebeslut Socialnämnden 2020	Maria Andersson
2021.29	Samverkansavtal avseende Gemensam gruppverksamhet för barn och ungdomar från 7 år med mammor och pappor som har eller har haft alkohol- och drogproblem eller psykisk sjukdom, Tellus, 2021 och 2022	Maria Andersson §
2020-12-09	Svenska kyrkan i Färgelanda	Maria Andersson
SN 2020/135	Samverkansavtal avseende Gemensam gruppverksamhet för barn och ungdomar från 7 år med mammor och pappor som har eller har haft alkohol- och drogproblem eller psykisk sjukdom, Tellus	Maria Andersson