

Delgivingar 2022

14

2022VFN20

Nyhetsbrev/informationspunkt Kultur och fritid 220406

Vid varje nämndmöte kommer någon del av Kultur och Fritidsverksamheten att presenteras. Underlaget kommer att biläggas till handlingarna inför mötet.

För att skapa ökad inblick i verksamheten och lyfta fram särskilda satsningar, projekt eller delar av Kultur och fritidsverksamheten så kommer ett underlag att finnas tillgängligt för välfärdsnämnden. Innehållet har till syfte att skapa en fördjupad kunskap eller skapa en medvetenhet om någon del eller process.

I det här nyhetsbrevet för april månad är fokus på ungas fritid.

Gå in på länken och lär känna UngkulturStab.

https://www.youtube.com/watch?v=PiF8_fgtRic&list=PLD3GtRbbY751TAtywvOOvKIdAP_Q-RzGH

Verksamheten runt UngkulturStab bygger på de ungas egna idéer och de får coaching och stöttning i arbetet med att skapa aktiviteter och arrangemang. De har sökt sig till uppdraget och har det som ett extra arbete som erfarenhet och ett led i yrkeslivet.

Den 23 april kommer musikfestivalen Imagine att äga rum på Landvetter Kulturhus. Det är regionfinal och del av ett nationellt och internationellt nätverk. Deltagarna är mellan 13 och 21 år. <https://imaginesweden.se/>

Fritid ungdom utökat vårt utbud på samtliga mötesplatser, vi erbjuder numera utöver öppen verksamhet mer gruppverksamhet och riktad verksamhet där unga kan vara med och påverka innehållet.

För att nå fler unga i kommunen så har vi öppnat upp en ny mötesplats i Hindås på Fagerhultskolan. Verksamheten kommer bedrivas på eftermiddagar och kvällar med fokus på ungas delaktighet och inflytande. Vi hade premiär och öppet hus den 16/3, det var en väldigt trevlig kväll med

Läs mer på harryda.se
För mer information, kontakta:

många glada besökare som var positiva till att kunna få en mötesplats i närområdet.

För att skapa bra förutsättningar för trygga miljöer för unga att vistas i hela den vakna tiden så samarbetar vi inom förvaltningen och med civilsamhälle och föreningsliv för att hela kommunen ska upplevas trygg och utvecklande.

Sanna Eskilsson Juhlin

Verksamhetschef Kultur och fritid

Läs mer på harryda.se
För mer information, kontakta:



Skriftlig återkoppling Sektorn för utbildning, kultur och fritid Härryda kommun

Dataskyddsbuden har den 18 november besökt sektorn för utbildning, kultur och fritid i Härryda kommun för att under en hel dag föra dialog och kontrollera hur verksamheten arbetar och följer EU:s dataskyddsförordningen.

Dataskyddsbuden har i slutet av dagen den 18 november lämnat en del muntlig återkoppling på det som kommit upp under dagen. Här kommer den skriftliga återkopplingen.

Videomöten & Schrems

Deltagare: Elin Rosén, Christina Alström, Thomas Byström samt dataskyddsbuden

Underlag och iakttagelser

Under punkten diskuterade vi hur Sektorn använder videomöten och hur man har arbetat efter Schrems II domen och problematiken med tredjelandsöverföringar.

Sektorn anger att videomöten förekommer i alla varianter. Detta då kommunen under två års tid likt alla andra drabbats av pandemin och tvingats ställa om verksamheten i den mån det är möjligt. De har i huvudsak använt Teams och Google Hangouts.

I förskolans verksamhet har sektorn använt videomöten till APT och utvecklingssamtal. Grundskola har använt det i skola från i vissa fall åk 5. Gymnasiet har använt det under pandemi för distansundervisning. Kulturskola och bibliotek För evenemang

Elevhälsan har i viss utsträckning också tvingats använda videomöten.

Sektorn anger att man genomfört vissa överväganden för användandet av Office 365. Kommunen har Genomfört en riskanalys utifrån ett underlag både från dataskyddsbuden och sektorn. De har också tagit fram en rapport som grundas på riskanalysen. Kommunen har startat en handlingsplan som samtliga sektorer har jobbar med.

Syftet är att identifiera eventuella tredjelandsöverföringar tidigt. Vid ny upphandling försöker man undvika att godkänna leverantörer som har tredjelandsöverföringar. Representanterna anger det är svårt beroende på marknaden och att det är så vanligt förekommande och ibland kan det vara

nödväntigt för att överhuvudtaget få in anbud. Handlingsplanen säger dock att inga nya system ska inskaffas med överföringar till tredjeländ.

Sektorn anger vidare att man också har gjort en bred inventering av kommunens samtliga system om det sker någon tredjeländsöverföring. Man har kommit långt i inventeringen och på centralnivå ska kommunen kolla på det material som tagits fram och säkerställa att respektive sektor har fyllt i och kontrollerat tillräckligt.

Dataskyddsbudens bedömning och rekommendationer

Dataskyddsbuden kan konstatera inledningsvis att verksamheterna under våren 2020 fram till hösten 2021 har haft ett extra ordinärt läge i skolan som i det omgivande samhället att förhålla sig till och hantera de beslut som kommit med anledning av pandemin. Dataskyddsbuden har en förståelse att det i en sådan situation finns bedömningar och analyser som inte har hunnits med fullt ut och har fått stå tillbaka för att i praktiken lösa mer akuta frågeställningar. Däremot innebär inte pandemin att kraven som finns i de olika dataskyddsregelverk kan åsidosättas vilket IMY varit tydliga i en skrivelse till Sveriges kommuner och regioner i april 2020¹ som gällde möjligheten att få undantag inom socialtjänsten för videomöten.

IMY betonar i sin sammanfattning till SKR att det är av vikt att det finns ett strukturerat arbetssätt kring dataskyddsförågorna för att kunna tillgodose de krav som ansvarsskyldigheten i art. 5.2. GDPR innebär för den personuppgiftsansvarige, dvs att det är myndigheten som ska kunna visa varför den får behandla personuppgifter på ett visst sätt. Ansvarsprincipen innebär också att skolan ska ha bedömt vilken nivå av skydd som krävs för att behandlingen ska kunna säkerställa integritet och konfidentialitet och ytterst bedöma om behandlingen kräver en konsekvensbedömning. Nedan framgår hela sammanfattningen från IMY till SKR.

Ett strukturerat arbetssätt för att analysera både risker med behandlingen av personuppgifter och vad som kännetecknar behandlingen (art, sammanhang osv.) är viktiga beståndsdelar för att den personuppgiftsansvarige ska kunna avgöra vilka säkerhetsåtgärder (organisatoriska och tekniska) som behövs.

Analysarbete, slutsatser och vidtagna säkerhetsåtgärder behöver den personuppgiftsansvarige dokumentera som ett led i ansvarsskyldigheten för att kunna visa att dataskyddsreglerna efterlevs.

¹ Integritetsskyddsmyndighetens skrivelse den 21 april 2021, till Sveriges kommuner och regioner, dnr DI-2020-4038.
<https://www.imy.se/contentassets/obdc8f74aa434f398fd54b08b89322f2/svar-till-sveriges-kommuner-och-regioner-om-skydd-av-personuppgifter-och-videomoten.pdf>

Datainspektionen kan lagligen varken efterge ansvarsskyldigheten eller till socialtjänsten rekommendera att den använder sig av något visst slag av itstöd.

Dataskyddsbuden kan konstatera att frågan om användandet av IT-stöd till skolan har varit föremål för beslut och utredning av andra tillsynsmyndigheter, t.ex. den danska och nederländska tillsynsmyndigheten.

Den danska datatillsynet beslutade under hösten 2021 att Helsingörs kommun skulle inom sju veckor redogöra för om behandlingarna som skedde i Google Workspace innebar att det fanns grund för en konsekvensbedömning och att kommunen inte efter den 1 november fick lov att använda systemet om det fanns höga risker för elevernas och andras integritet.²

På motsvarande har flera nederländska skolmyndigheter gjort bedömningen att samma system innebar att det fanns 11 höga risker efter en genomförd konsekvensbedömning. Efter genomfört förhandssamråd avrådd tillsynsmyndigheten skolorna att fortsatt använda systemet från höstterminen 2021. I skrivande stund har omförhandlingar med Google inneburit att 8 av de höga riskerna är omhändertagna och kvarvarande bedöms av skolorna och tillsynsmyndigheten.³

Av redogörelsen som representanterna från verksamheterna gjorde framgår att det saknas bedömningar om vilka krav på skydd som uppgifterna som hanteras i videotjänsten teams som ska finnas för olika typer av samtal. Teams som är ett generellt samarbetsverktyg kan såldes omfatta ett flertal av de behandlingsprocesser som finns inom sektorns verksamhet – undervisning, arbetsplatsträffar, utvecklingssamtal m.m.

Dataskyddsbuden ser att det är nödvändigt att sektorn i en mindre pressad situation gör de bedömningar och det dokumenterande som krävs för att systemen för att uppfylla ansvarsprincipen. En del i det ligger även att bedöma om de aktuella behandlingarna som använder Teams som informationsbärare ska konsekvensbedömas enligt kraven i art. 35.3 GDPR eller det nationella beslut som IMY har tagit om när det ska genomföras konsekvensbedömningar. IMY skriver som exempel när det kan finnas en skyldighet att genomföra en

² Danska datatillsynets pressmeddelande <https://www.datatilsynet.dk/presse-og-nyheder/nyhedsarkiv/2021/sep/ny-afgoerelse-alvorlig-kritik-af-helsingoer-kommune-i-chromebooks-sag>

³ Beskrivning av den nederländska processen av bolaget - Privacy Company. <https://www.privacycompany.eu/blogpost-en/google-mitigates-8-high-privacy-risks-for-workspace-for-education>



konsekvensbedömning - behandling av barns personuppgifter i skolverksamhet, om det är ett större antal registrerade (kriterium 5 och 7)⁴

I sammanhanget önskar även dataskyddsbuden lyfta fram ett JO-beslut som kom under hösten 2020, dnr [3224-2019](#), om vilka kraven är på en myndighet som ska använda digitalteknik i sin verksamhet i beslutet rörde det socialtjänsten men bör vara tillämpligt även på skolans område:

JO uttalar att det är socialtjänstens ansvar att i varje enskilt fall säkerställa att en digital kommunikationstjänst används på ett sådant sätt att det inte står i strid med de bestämmelser som reglerar hanteringen av uppgifter. Eftersom sektorn i det här fallet inte hade utrett de rättsliga förutsättningarna för att använda den digitala kommunikationstjänsten Snapchat uttalar JO att sektorn borde ha avstått från att använda tjänsten. Trots det användes tjänsten vid flera tillfällen i kontakterna med den aktuella flickan och bl.a. för att förmedla uppgifter som omfattas av sekretess enligt 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. JO uttalar att det inte är acceptabelt och att omsorgsstyrelsen förtjänar kritik för hanteringen.

Rekommendationer

Dataskyddsbuden anser att det är nödvändigt att sektorn påbörjar ett arbete med att säkerställa att de bedömningar som borde ha gjorts under pandemin kring ändringar i personuppgiftsbehandlingar, och ändringar i vilka informationsbärare som används genomförs för att säkerställa ansvarsprincipen.

Dataskyddsbuden ser att sektorn om de inte gjorts tidigare går igenom samtliga behandlingar inom verksamheten för att bedöma om det finns grund för att genomföra konsekvensbedömningar för att fastställa vilket skydd som krävs för att behandlingen ska vara förenligt med GDPR:s principer om personuppgiftshantering.

När det gäller videosamtalen som sker inom ramen för SAMSA utbytet gäller det även där för sektorn att göra bedömningen dels om sektorn är personuppgiftsansvarig och om den bedöms vara det, hur förhåller sig den tjänsten till kraven i föreskrifterna som finns på patientdataområdet.

När skyddsnivåerna är satta för behandlingen är det viktigt att sektorn säkerställer att tjänsten kan leverera de skyddsåtgärder som är satta, t.ex. finns det förnärvarande utmaningar kring kryptering i teams när det är mer än två deltagare.

⁴ IMY, Förteckning över när en konsekvensbedömning ska göras, hämtad den 28 oktober 2021, <https://www.imy.se/verksamhet/dataskydd/det-har-galler-enligt-gdpr/konsekvensbedomningar-och-forhandssamrad/forteckning-over-nar-en-konsekvensbedomning-ska-goras/>

Det bör övervägas att ta fram en rutin som beskriver vilka typer av information som får lov att användas i teams, och vilken typ av information som ska hanteras i andra verksamhetssystem.

Verksamheten har gjort flertalet kartläggningar och påbörjat en handlingsplan vilket är positivt. Dessa behöver även kompletteras med eventuella konsekvensbedömningar och bedömningar av förutsättningar att genomföra de tredjelandsöverföringar som blir realitet i nyttjandet av molntjänsterna i de fall man känner sig tvingad att ha kvar tredjelandsöverföringar. Kommunen behöver komplettera sin dataskyddsstrategi så även dessa bedömningar blir en naturlig del i det löpande utvecklingsarbetet för en hållbar digitalisering. Att sektorn tittar närmare på säkra videolösningar och alternativ till nuvarande lösningar är ett sätt att ta sig an frågan och uppmuntras av dataskyddsbuden.

Sektorn redovisar det arbete som har gjorts med att identifiera vilka behandlingar som har överföringar till tredjeland vilket är bra och även hanterat de behandlingar och system där det kommit upp frågetecken vilket är bra.

När det gäller Schrems problematiken behöver kommunen börja göra bedömningar enligt 46.2 GDPR för att kunna leva upp till förordningens krav om ansvarsprincipen i art 5.2 GDPR. Innan en bedömning har gjorts går det inte att säga att behandlingarna som sker till tredje land är lagliga.

Vidare har flera tillsynsmyndigheter i Europa börjat göra tillsyner kring EU-domstolens dom. I Sverige pågår sex granskningar avseende Google Analytisk, i Hamburg har man börjat ställa frågor om Office365,

Den holländska regeringen tagit fram konsekvensbedömningar på Office365 och Google-G suites som visar på att det finns höga risker för de registrerade vid användandet av respektive bolags kontrostsöd som ligger i s.k. molntjänster.

1. DPIA Microsoft Office 365 Online and mobile Office apps. Data protection impact assessment on the processing of diagnostic data.

<https://www.government.nl/documents/publications/2019/07/23/dpia-microsoft-office-365-online-and-mobile-slm-rijk-23-july>

2. DPIA Office 365 for the Web and mobile Office apps,

<https://www.lawinsider.com/documents/7lgjwHRzs7k>

3. DPIA Google G Suite Enterprise



<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2021/03/01/tk-voorafgaande-raadpleging-inzake-google/Google+Workspace+DPIA+for+Dutch+DPA+v18+Feb+2021.pdf>

Läsa mer

Rekommendationer 02/2020 om europeiska nödvändiga garantier för övervakningsåtgärder,

https://edpb.europa.eu/sites/edpb/files/files/file1/edpb_recommendations_202002_europeannessessentialguaranteessurveillance_sv.pdf

Rekommendationer 01/2020 om åtgärder som komplement till överföringsverktyg för att säkerställa överensstämmelsen med EU-nivån för skydd av personuppgifter

https://edpb.europa.eu/sites/edpb/files/consultation/edpb_recommendations_202001_supplementarymeasurestransferstools_sv.pdf

Integritetsskyddsmyndighetens svar till Sveriges kommuner och regioner om vilka krav som ställs på en videotjänst utifrån GDPR m.m.

<https://www.imy.se/contentassets/b95f2593793e4f4abf7ec33a4ed17a7e/svar-till-sveriges-kommuner-och-regioner-om-skydd-av-personuppgifter-och-videomoten.pdf>

E-samverkans promemoria januari 2021, om molntjänster och beskrivning av de vanligaste videotjänsterna

<https://www.esamverka.se/download/18.2592ea441774291f4c756db/1611825241932/PM%20Teknik%20och%20molntj%C3%A4nster%201.0%202021.pdf>

Kamerabevakning

Deltagare: Nicklas Svensson samt dataskyddsbuden

Underlag och iakttagelser

Under punkten talade vi om sektorns kamerabevakning representanten beskriver att det idag finns 7st kameror uppsatta men alla är inte aktiva.

Sektorn anger att det finns ett högt tryck på att kamerabevaka mer från politikernas sida. Vid granskningstillfället fanns 5 pågående ansökningar. Samtliga ansökningar gäller skolor utvändigt då det är där kommunen har flest skadegörelseärenden. Den upplevda tryggheten är ett av de övergripande målen för kommunen. För att motverka skadegörelse och narkotikahandling och som en trygghetssökande insats.

Vid kamerabevakningen har kommunen bedömt utefter kriterierna och bevakningen sker tidsbegränsat utefter behov. sektorn har inte bedömt om de behöver göra konsekvensbedömningar.



Dataskyddsbudens bedömning och rekommendationer

Dataskyddsbuden bedömer att det finns en bra diskussion hos tjänstemännen i kommunen om förutsättningarna för att använda kamerabevakning. Dataskyddsbuden vill trots detta föra fram att oavsett om kameran är tillståndspliktig eller inte att det är viktigt att nämnden dokumenterar sina överväganden när det kommer till nödvändighet, proportionalitet och den intresseavvägning som ska göras enligt lagen.

Integritetsskyddsmyndigheten har under 2021 kommit ut med en vägledning kring kamerabevakning som beskriver deras syn på rättsläget kring kamerabevakning.⁵ När det gäller intresseavvägningen har även Högsta förvaltningsdomstolen den 10 februari 2022 i mål nr 5358-20⁶ kommit med en dom som behandlar den aktuella intresseavvägningen som ska göras.

Av domen framkommer att det är viktigt att den mest integritetsvänliga tekniken används och att det även har påverkan på domstolens bedömning. Även när det kommer till skolorna att det finns tydliga rutiner för vem som har rätt att ta del av materialet om det spelas in och att det finns framtagna gallringsföreskrifter för när materialet ska gallras. Dataskyddsbuden vill även påminna om att vid användande av kameror även fortsätta arbetet med andra trygghetskapande åtgärder och inte att kamerabevakningen blir en enkel åtgärd.

IMY har också i juni 2021 påbörjat en tillsyn mot en grundskola i Stockholm där det påstås att skolan är kameraövervakad dygnet runt och att ingen information har lämnats till elever och föräldrar. Av den tillsynsskrivelse som har skickats till Stockholm Stad visar på de överväganden som skolan behöver bedöma och dokumentera innan kameran börjar användas. Kraven gäller oavsett om kameran kräver tillstånd eller inte.⁷

⁵ IMY:s rapport 2021:2, Vägledning vid kamerabevakning, Tillstånd till kamerabevakning 2018-2020 – en praxissammanställning, <https://www.imy.se/globalassets/dokument/rapporter/vagledning-vid-kamerabevakning-imy-2021.pdf>

⁶

<https://www.domstol.se/globalassets/filer/domstol/hogstaforvaltningsdomstolen/2022/domar-och-beslut/5358-20.pdf>

⁷ IMY:s tillsynsskrivelse den 29 juni 2021, Tillsyn enligt dataskyddsförordningen, Utbildningsnämnden Stockholm stad, dnr DI-2021-5774.

<https://www.imy.se/globalassets/dokument/tillsynsskrivelse-grundskola-stockholm.pdf>

Träff med sektorsledningen

Deltagare: Sektorns ledningsgrupp samt dataskyddsbuden

Underlag och iakttagelser

Under dagen träffade dataskyddsbuden ledningsgruppen och beskrev dels rollen dataskyddsbuden har, samt syftet med dagens insats. Vidare fick ledningsgruppen en övergripande beskrivning om förväntningar och krav på dataskyddsarbetet och tankeväckande frågor att bära med sig för framtida utveckling.

Hantering av utdrag ur belastningsregister

Deltagare: Sofia Götberg amt dataskyddsbuden

Underlag och iakttagelser

Under punkten talade vi om hur sektorn arbetar vid rekrytering och utdrag ur polisens belastningsregister som förutsättning för anställning. Representanten anger att de har uppdaterat utefter lagtexten efter halvårsskiftet med de aktuella uppdateringarna kopplat till de aktuella handlingarna.

I rutinen framgår att man endast ska visa upp om man träffar barn regelbundet. Kommunen har fattat beslut att ta in vidare registerutdrag i vissa fall för speciella situationer.

Vi gjorde 3 stickprovskontroller. I winlas finns inte någon i bockad att utdrag är taget. Vid de tre stickprovskontrollerna så fanns inte något belastningsregister uttaget.

Dataskyddsbudens bedömning och rekommendationer

Inom skolområdet har det under 2021 skett förändringar i lagstiftningen om hur registerkontrollen ska genomföras inom skolans område. Från och med den 1 juli 2021 har riksdagen beslutat att utöka att det är obligatorisk att genomföra registerkontroll före beslut om anställning och beredande av praktikplats även för gymnasieskolan och gymnasieskolan. Tidigare har detta gällt även för de tidigare skolformerna.

En annan ändring är hanteringen av utdragen där lagstiftaren har beslutat att ändra hanteringen av registerutdragen från att det före halvårsskiftet skulle lämnas till skolan, till att endast visas upp. Den förändringen gäller för samtliga skolformer som har den obligatoriska skyldigheten till registerkontroll. Den

nya ordningen är den som tidigare har gällt enligt lag (2013:852) om registerkontroll av personer som ska arbeta med barn.

Dataskyddsbudens rekommendation är att HR tillsammans med verksamheten tar fram en rutin om hur genomförandet av registerkontroller ska genomföras och notera att den nya regleringen gör det svårt att hantera utdragen genom e-tjänster.

Dataskyddsbuden rekommenderar även att sektorn ser över sin dokumenthanteringsplan så att det tydligt framgår att inga registerutdrag från belastningsregistret får hanteras efter den 1 juli 2021. Om dokumenthanteringsplanen är ett stöddokument till verksamheten i sin hantering av information behöver den följa verksamheten och lagstiftningen som påverkar den information som får hanteras.

Vidare är det viktigt att nämnden i framtagandet av sin rutin noga funderar över vad just uttrycket att anteckna att ett registerutdrag har uppvisats innebär och där har dataskyddsbudet Johan Borre särskilt lämnat ett PM och en analysartikel i frågan för att stödja i det fortsatta arbetet.

Avslutningsvis vill dataskyddsbuden uppmana verksamheten att fundera hur rutinen kring studenter som gör VFU eller arbetsplatsförlagt lärande ska hanteras.

Dataskyddsbud Johan Borre har tidigare i ett PM formulerat sin syn på hanteringen av belastningsregister och att det är tveksamt om en kommun kan motivera att ta ut belastningsutdrag utöver det som är reglerat i lag. Denna skrivelse ska vara delat i ett chefsnätverk och kommit kommunen till känna. Detta dokument kan med fördel användas som underlag för att bedöma lämpligheten i att utöka inhämtandet av utdrag i belastningsregister för tjänster utanför det som är lagstyrt.

Registerförteckning och information till de registrerade

Deltagare: Elin Rosén, Agnesa Kasapolli, Christina Alström samt dataskyddsbuden.

Underlag och iakttagelser

Under denna punkt talade vi om hur sektorn arbetat med sitt behandlingsregister och hur de har arbetat med information till de registrerade. Sektorn anger att de har en instruktion i hur man fyller i behandlingar i sitt register. Kommunen använder DraftIT som systemleverantör för

behandlingsregister. Registret är idag tämligen detaljerat och innehåller 276 behandlingar för sektorn.

Kommunen har byggt in en riskvärdering i registret. DraftIT riskskattar behandlingen utifrån ett antal kriterier i de uppgifter som ingår i behandlingen.

Vi kikade på behandlingsregistret för gymnasiet som sektorn nyligen reviderat. Sektorn har valt att lägga sig på en detaljerad nivå med sina behandlingar vilket kan vara problematiskt när man kommer till informationsskyldigheten då varje ändamål ska redogöras för.

I regel hänvisar sektorn till en allmän integritetspolicy som ligger publicerad på kommunens hemsida.

Dataskyddsbudens bedömning och rekommendationer

I samband med genomgång av registerförteckningen fördes en diskussion om att behandlingsregistret bör utgå från de personuppgiftsbehandlingar som sker i sektorns verksamhet eller utifrån de system som används. En vidare diskussion bör föras kring vad som bäst stödjer sektorn i sitt arbete.

Under punkten diskuterades även särskilt vilka ändamål som anges och ändamålets funktion som en yttre ram för hur en personuppgift får lov att användas utifrån finalitetsprincipen (5.1.b GDPR). Här bör sektorn genomföra en revidering och gå igenom de identifierade behandlingarna och säkerställa så man angett rätt rättslig grund. Sektorn bör också se över om de har behandlingar som styrs av speciella författningar och använda de ändamål som finns angivna specifikt i de olika registerförfattningarna som lag och förordning om behandling om personuppgifter anger.

Den övergripande rekommendationen till sektorn, är att se över hur registret för personuppgifterna ska vara organiserat och överväga att utgå från behandlingarna och koppla dem till de verksamhetsprocesser som finns inom sektorn. I detta arbete är det bra om sektorn kan hitta en metod som tillgodoser fler perspektiv, dataskydd, informationssäkerhet och arkiv.

Mer om kraven på registerförteckning och vad man mer kan ha med i sin förteckning har beskrivits på ett bra sätt av Advokatbyrån Kahn Pederson, i deras rapport Juridisk informationssäkerhet, s. 49-50.⁸

Informationsskyldigheten blev förstärkt genom införandet av GDPR i förhållandet till personuppgiftslagens bestämmelser. Kommunens skyldighet att informera medborgarna om hur ni hanterar deras personuppgifter har sin

⁸ Advokatfirman Kahn Pedersens skriftserie 2020:1, https://kahnpedersen.se/wp-content/uploads/2020/03/KahnPedersen_rapport_Juridisk_informationss%C3%A4kerhet_2020-1.pdf

grund i EU:s stadga om grundläggande friheter. EU:s stadgan är en del av EU:s grundlag. Av art. 8.2 EU-stadgan framgår följande:

“Dessa uppgifter ska behandlas lagenligt för bestämda ändamål och på grundval av den berörda personens samtycke eller någon annan legitim och lagenlig grund. Var och en har rätt att få tillgång till insamlade uppgifter som rör honom eller henne och att få rättelse av dem”

Rätten att få information om vilka uppgifter en kommun samlar inom en förtydligas vidare i GDPR genom den s.k. öppenhetsprincipen som finns i art. 5.1.a GDPR. Rent materialet finns rättigheterna och skyldigheterna närmare beskrivna i art. 13 och 14 GDPR. Av följande matris framgår kraven på den information som ska lämnas enligt art. 13-15 GDPR.

	När personuppgifter samlas in från den registrerade (art. 13)	När personuppgifter samlas in från annan (art. 14)	Den registrerade s rätt till tillgång (registerutdrag) (art. 15)
Personuppgiftsansvarig. ⁹	Ja	Ja	Nej
Dataskyddsombud	Ja	Ja	Nej
Ändamål	Ja	Ja	Ja
Rättslig grund	Ja	Ja	Nej
Kategorier av personuppgifter	Nej	Ja	Ja
Intresse vid intresseavvägning	Ja	Ja	Nej
Mottagare av uppgifter	Ja	Ja	Ja

⁹ Integritetsskyddsmyndigheten, Under rubriken rätt till registerutdrag, hämtad 2021-03-12, <https://www.imy.se/lagar--regler/dataskyddsforordningen/de-registrerades-rattigheter/>

Överföring av uppgifter till tredje land	Ja	Ja	Ja
Lagringstid	Ja	Ja	Ja
De registrerades rättigheter	Ja	Ja	Ja
Rätten att dra tillbaka ett samtycke	Ja	Ja	Nej
Rätten att lämna klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten	Ja	Ja	Ja
Uppgiftsskyldighet enligt avtal eller lag	Ja	Nej	Nej
Automatiserat beslutsfattande	Ja	Ja	Ja
Källa varifrån uppgifterna har hämtats	Nej	Ja	Ja
Säkerhetsåtgärder	Nej	Nej	Nej
Behandling för annat ändamål	Ja	Ja	Nej

Av det underlag som dataskyddsombuden tagit del av framgår att den information som lämnas till de registrerade ibland är av generell natur och t.ex. inte anger vilket ändamål som uppgifterna hanteras för av skolan. Det framgår ibland inte heller av den information som dataskyddsombuden sett vilken rättslig grund som skolan åberopar för just den aktuella behandlingen som en elev, vårdnadshavare hanteras i vilket också innebär ett åsidosättande av kraven från EU:s grundlag och GDPR.

Dataskyddsombuden gör bedömningen att sektorn inte har kunnat visa att de följer kraven om information som ska lämnas till elever, vårdnadshavare utifrån ansvarsprincipen i art. 5.2 GDPR. Eftersom dataskyddsombuden gör bedömningen att sektorn inte följer skyldigheten att informera innebär det ett

åsidosättande av skyldigheter som enligt GDPR regelverket som kan leda till den högre nivån av sanktionsavgift.

När det gäller blanketterna hänvisas det ibland till kommunens generella dataskyddspolicy, vilket gör att det inte framgår vilket ändamålet eller för den delen den rättsliga grunden för hanteringen är för den specifika behandlingen. Här följer en lista på lämpliga frågor att ställa sig för att kontrollera hur väl kommunen lever upp till informationsskyldigheten kopplade till sina identifierade behandlingar. Listan är hämtad ur Monika Wendlebys Bok GDPR, Hantera registrerades rättigheter (Wendleby, 2021)

1. Vilket format? Integritetspolicy, direktmeddelande etc
2. Informeras allt som krävs?
3. Finns tillkommande informationskrav i registerlag?
4. Är informationen skiktad? Tillräckligt specifik
5. Är informationen tydlig? Språk, bilder
6. Har den anpassats till målgruppen?
7. Används bra teknik för informationen?
8. När den ut till registrerade

Ytterst innebär den bristande hanteringen att kommunens elever och vårdnadshavare inte får sina rättigheter tillgodosedda och det kan leda till att de inte använder de rättigheter som GDPR och dataskyddslagen ger dem.

Sektorn har även en utökad informationsskyldighet inom elevhälsans medicinska del se 8 kap. 6 § patientdatalagen (2008:335).

Dataskyddsbuden har inte tagit del av den information som lämnas inom elevhälsan men vill understryka vikten av att det finns en utvidgad skyldighet att informera i dessa fall.

Dataskyddsbuden kan också konstatera att de beslut från tillsynsmyndigheter som har kommit under senare tid med höga sanktionsavgifter har direkt koppling till fullgörandet av informationsskyldigheten.

Rekommendationer

Dataskyddsbuden rekommenderar sektorn att fundera över att arbeta om behandlingsregistret och tydligare gå över till behandlingsperspektivet. Detta arbete kan med fördel göras parallellt i med övergången till processbaserad arkivredovisning då förfarandet och inventeringen bör utgå från samma processer. Sektorn bör också fundera på om de kan bredda sina ändamål något för att på så vis minska antalet behandlingar i sitt behandlingsregister. Detta kommer underlätta överblicken och arbetet med att leva upp till informationsskyldigheten. Sektorn bör se över hur den strukturen kan

användas för att fullgöra skyldigheterna som finns kring informationsskyldigheten.

Informationsskyldigheten är en passiv rättighet som den registrerade har och är troligtvis den vanligaste rättigheten som aktualiseras för den personuppgiftsansvarige då man alltid har en skyldighet att informera inför en personuppgiftsbehandling. Att då koppla och säkerställa att informationen som går ut inför en behandling till den registrerade är knuten till de behandlingar som identifierats i behandlingsregistret ger en möjlighet att få kontroll över vilken information som lämnats och att denna är på rätt nivå utifrån behandlingens ändamål och rättsliga grund som framställs i behandlingsregistret.

Sektorn behöver se över var i de olika processerna som information ska lämnas och viktigt är att informationen anpassas till den aktuella processen så att ändamål och rättslig grund som har bedömts ligga till grund för behandlingen tydligt framgår för den enskilde.

Sektorn behöver fundera om den lämnat information till de registrerade på det sätt som krävs, annars behöver sektorn överväga att på nytt informera alla då det rör sig om större ändringar. Se mer om detta i följande vägledning.

Sektorn kan i det fortsatta arbetet få stöd i Europiska dataskyddsstyrelsens vägledning om öppenhet.

Riktlinjer om öppenhet enligt förordning (EU) 2016/679, wp 260, <https://www.imy.se/globalassets/dokument/riktlinjer-om-oppenhet-och-information-till-registrerade.pdf> men även Monika Wendlesbys böcker GDPR: Hantera registrerades rättigheter och GDPR - hantera registrerades rättigheter - Arbetsbok¹⁰

Hantering av elevdokumentation

Deltagare: Elin Rosén, Agnesa Kasapolli, Christina Alström samt dataskyddsbuden

Underlag och iakttagelser

Under denna punkt tittade vi närmare på hur sektorn arbetar med sin löpande dokumentation kopplat till eleverna. Sektorn anger att

¹⁰ https://www.bokus.com/cgi-bin/product_search.cgi?authors=Monika%20Wendleby

dokumenthanteringsplaner, arkivreglemente och informationssäkerhetspolicy styr hanteringen. Personalansvaret ligger hos kommunstyrelsen.

Sektorn redogör att barnakter ligger i platina. Rutin finns för hur denna dokumentation ska ske. Elevakter ligger i PMO.

Pedagogisk dokumentation IUP, Omdömen, bedömning

Grundskola: Unikum, Office 365

Gymnasium: Haldor, Office 365 bedömning sker i båda systemen och varierar från lärare till lärare.

Sektorn anger att man infört systematisk gallring med 30 dagars mellanrum för teamschattar. På gymnasienivå så kan man söka i chattar flera år tillbaka i tiden och det ska sektorn följa upp och utreda vad som anses nödvändigt.

Under punkten tittade på en delad yta för gymnasiet.

Vi kikade på ett protokoll från ett arbetslagsmöte. Gamla protokoll ligger kvar och enligt dokumenthanteringsplan skulle dessa ha gallrats 2016.

Dataskyddsbudens bedömning och rekommendationer

Dataskydd handlar om att få kontroll över de personuppgifter som hanteras i verksamheten och sektorn ska ha god förmåga att redogöra för de uppgifter och processer som sektorn ansvarar för. Sektorn ska utifrån ett riskperspektiv gå igenom sina processer och säkerställa att hanteringen sker på ett säkert sätt med den personliga integriteten som en utgångspunkt. Vidare behöver sektorn också ha förmåga att implementera medvetna skyddsåtgärder som resulterar i att skyddet av de personuppgifter som bedömts som nödvändiga för att fullgöra sitt uppdrag stärks efter behov och vetskap om varför en viss skyddsåtgärd implementerats samt vad de förväntade resultatet av skyddsåtgärden blir.

Även här har sektorn ett behov av att strukturera personuppgiftsbehandlingarna och skaffa bättre kontroll över informationen så att de kanaler som idag används dels används enligt de rutiner som sektorn satt upp, dels för att säkerställa att systemstöden är lämpliga för att nå de ändamål som sektorn har identifierat för sina personuppgiftsbehandlingar. Samt att man har rutiner för att se till så att informationen gallras efter de gallringsbeslut som ligger till grund för behandlingarna.

Utgångspunkten bör vara att all personuppgiftsbehandling ska leva upp till de grundläggande principerna i art 5 GDPR. För att nå dit behöver sektorn först identifiera vilken information som ska flöda i dessa kanaler för att sedan bedöma om de systemstöd de idag använder är lämpliga utifrån ändamålet.

Avslutande kommentarer

Dataskyddsbudens uppfattning är att sektorn har en del utmaningar med att höja sin nivå för att komma vidare i sitt arbete kring dataskydd och säkerställa de intentioner som GDPR är ett uttryck för. Det är värt att nämna att GDPR arbetet är ett löpande arbete som aldrig har ett slut, utan kräver ständig hantering och omvärdering av tidigare ställningstaganden/bedömningar. Sektorn har idag ett väldigt detaljerat behandlingsregister som beskriver många delar i sektorns verksamhet vilket är både bra och problematiskt. Informationen i detta gedigna register kan mycket väl användas men kanske bör lyftas ut och läggas som något annat dokument än ett behandlingsregister. Behandlingsregistret bör vara på en tämligen övergripande nivå och ändamålen bör primärt definieras utifrån sektorns uppdrag både lokalt beslutat och det som regleras genom lag. Det är också viktigt att noga dokumentera ner roller, förväntningar och ansvar för att på ett tydligt sätt redovisa vilken del av kommunen som ansvarar för de olika delarna.

Det viktiga är att sektorn arbetar systematiskt och säkerställer att de grundläggande principerna för personuppgiftsbehandlingen (art 5 GDPR) blir en naturlig del i sektorns utvecklingsprocesser. Detta för att skapa en trygghet kring dataskyddsområdet och känsla för dessa frågor som finns för andra områden idag t.ex. sekretess och att ta små steg framåt hela tiden.

Kommuner har en vana att arbeta med avvikelser inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete, och kan säkert nyttja de kunskaperna och strukturerna för att få ett motsvarande ledningssystem för informationssektorn där dataskyddet är en del. Även om detta är kunskap som kanske främst finns inom socialtjänstdelarna i kommunen så finns kunskapen ändå inom kommunen och bör kunna tas tillvara. Försök samverka i frågan och hitta en gemensam arbetsmodell. Alternativt låt kommunen centralt arbeta fram ledningssystemet för informationssäkerhet och dataskydd, men fundera på hur sektorn kan nyttja befintliga strukturer och få in dataskydd i de processerna för att identifiera avvikelser mot andra regelverk för att användas som ett lärande och kunskapshöjande aktiviteter.

Dataskyddsbuden vill tacka alla som deltog med sin värdefulla kunskap under dagen och tack för en konstruktivdialog i komplexa frågeställningar som dataskyddsregleringen tillsammans med de övriga kraven som finns i olika lagar ställer på sektorns anställda.

VERKSAMHETSBERÄTTELSE, FAMILJERÄTT I SAMVERKAN HÄRRYDA, MÖLNDAL OCH PARTILLE 2021



BAKGRUND

Kommunfullmäktige beslutade den 17:e november 2020 att godkänna avtalssamverkan avseende familjerätten med Härryda, Mölndal och Partille kommun. Kommunfullmäktige gav därefter ansvarig nämnd i respektive kommun ett uppdrag att ingå ett samverkansavtal där den familjerättsliga verksamheten skulle ha sitt säte i Partille kommun. Nämnderna i respektive kommun godkände samverkansavtalet i juni månad 2021. Avtalet innebär i korthet att Partille kommun ska vara värdkommun för samverkan. Familjerättsenheten ska ingå i Partille kommuns organisation under Social- och arbetsförvaltningen. Partille kommun ska vara arbetsgivare för de tjänstemän som arbetar på Familjerättsenheten. Verksamhetens övergång skedde fysiskt den 1:e oktober 2021. Förberedelser för införandet skedde under ledning och samordning av enhetschef Anna Karin Eglén från 2021-03-15.

De ärenden som hanteras av familjerätten i samverkan är: Information, rådgivning och stöd i familjerättsliga frågor, utreda och fastställa föräldraskap utöver enkla föräldraskap, samarbetsamtal på initiativ av föräldrar, samarbetsamtal på remiss från domstol, informationssamtal, ansökan om att skriva avtal gällande vårdnad, boende och umgänge, sammanställa och avge upplysningar till domstol, utredningar gällande vårdnad, boende och umgänge, yttrande om möjlighet till umgängesstöd samt tillse och följa upp verkställigheten, utreda frågan om umgänge med annan än förälder, utredning avseende medgivande för internationell adoption, prövning av samtycke kan lämnas efter barnbesked så att adoptionsförfarandet får fortsätta, uppföljning av genomförd adoption, adoptionsutredningar på uppdrag av domstol, övrigt sällan förekommande familjerättsliga ärenden såsom namnändring, passärenden, godkännande av avtal om underhållsbidrag för längre period än tre månader.

Syftet med en gemensam samverkan gällande familjerätt är i huvudsak att samverkan i gemensam drift stärker och utvecklar den familjerättsliga verksamheten till gagn för kommuninvånarna. På lång sikt främjar sammanslagningen att kontinuitet, kompetensförsörjning, metodutveckling, rättssäkerhet och god kvalitet i den familjerättsliga verksamheten kan säkerhetsställas.

PERSONAL

Personalbudgeten är under en uppstartsperiod, 2021-10-01 -2022-06-30 fördelat på 10, 80 % årsarbetare. Under de tre första månaderna var 10 st handläggare, ett metodstöd samt en enhetschef anställda. Samtliga, förutom en i personalgruppen var tidigare anställda i kommunerna. Ett övertagande gjordes av befintlig personal från familjerätten i Härryda och Mölndal. Tre handläggare samt en enhetschef var tidigare anställda i Partille kommun och arbetar kvar på sina tjänster. En nyanställning gjordes till tjänsten som metodstödare.

Fördelning i procent på tjänsterna 2021- 10-01 tom 2021-12-31:

En handläggare var sjukskriven på heltid under hela perioden. En handläggare hade en sysselsättningsgrad på 50%, en handläggare hade en sysselsättningsgrad på 90%, en handläggare hade en sysselsättningsgrad på 85% och en fjärde handläggare hade en sysselsättningsgrad på 80 %. Övriga handläggare hade en sysselsättningsgrad på 100%. En erfaren timvikarie var anställd på ca 30 % för att täcka sjukskrivningen. Familjerätten har också tagit hjälp av behandlare inom öppenvården och familjerådgivare i Partille i några samarbetsamtal för att motverka lång kö i dessa ärenden. Metodstödet hade en sysselsättningsgrad på 100%. Enhetschef hade en sysselsättningsgrad på ca 80 % riktat mot familjerätt i samverkan.

Familjerätt i samverkan ingår i Familjerättsenhetens arbetsgrupp på Social-och arbetsförvaltningen. Socionom på Partille kommuns Familjecentral har också sin tillhörighet på enheten.

MÖTESSTRUKTURER

Familjerättsenheten har haft tre gemensamma APT samt gemensam friskvårdsaktivitet uppdelat på ett par gånger då arbetsgruppen bland annat hade julavslutning, bowlade, besökte julmarknad och intog gemensam lunch. Familjerättssekreterarna har haft gemensam methodsittning utifrån ärendehantering en eftermiddag varannan vecka tillsammans med metodstödet.

Familjerättssekreterarna har enskilda metodtider efter behov med metodstöd. En tid i veckan sker gemensam ärendefördelning som metodstödet ansvarar för. En tid i veckan har enhetschef tillsammans med handläggarna och metodstödet gemensam tid för verksamhetsfrågor. Enhetschef träffar varje enskild medarbetare en kortare tid en gång i månaden för avstämning med fokus arbetsmiljö och introduktion den första tiden. Enhetschef har kontinuerliga avstämningar med metodstödet varje vecka. Familjerättsenheten har deltagit en gemensam halvdag tillsammans med övriga barn -och unga enheter på förvaltningen med bland annat temat Nätverkets resurser.

Familjerättsenheten har deltagit på en Förvaltningsträff gemensamt med hela Social-och arbetsförvaltningen.

STATISTIK

	Härryda		Mölnadal		Partille	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Antal barn vars föräldrar deltagit i samarbetsamtal	148	77	193	157	89	115
<i>därav samarbetsamtal initierade genom tingsrättsbeslut</i>	11	1	16	5	4	5
Barn som berörts av samarbetsamtal som avslutats helt	125	63	106	101	65	75
Barn som var aktuella i upplysningar	33	38	103	101	52	67
Antal medgivandeutredningar totalt	3	5	10	4	2	2
<i>därav utredningar som resulterade i avslag</i>	0	0	0	0	0	0
<i>varav avslag som överklagades</i>	0	0	0	0	0	0
Barn aktuella i utredning om vårdnad, boende, umgänge	18	20	31	43	14	28
Fördelat på utredningstyp:						
Enbart vårdnadsutredning	0	1	0	0	0	2
Enbart boendeutredning	0	0	0	0	0	0
Enbart umgängesutredning	2	0	3	1	1	0
Enbart vårdnads- och boendeutredning	0	0	1	1	3	0
Enbart vårdnads- och umgängesutredning	1	6	4	7	1	1
Enbart boende- och umgängesutredning	1	0	1	3	0	0
Vårdnads-, boende och umgängesutredning	14	13	22	31	12	22

Antal avtal om vårdnad (varav godkända)	3 (3)	2 (2)	9 (7)	10 (10)	8 (8)	14 (14)
Antal avtal om boende (varav godkända)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	2 (2)	0 (0)
Antal avtal om umgänge (varav godkända)	3 (3)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	0 (0)
Barn i yttrande om umgängesstöd som lämnats till rätten	5	2	6	7	6	5
Barn i beslut om umgängesstöd som verkställts	4	1	4	8	6	5
Yttrande om styvbarnsadoption av barn under 18 år	0	0	2	4	1	2
Yttrande om adoption av barn under 18 år i familjehem	0	0	0	0	0	0
Yttrande om övriga nationella adoptioner av barn 0-1 år	0	0	0	0	0	0
Yttrande om övriga nationella adoptioner av barn 1-17 år	0	0	0	0	0	0
Faderskap fastställda genom S-protokoll	162	151	406	352	179	168
<i>därav barn vars föräldrar anmält gemensam vårdnad</i>	<i>159</i>	<i>150</i>	<i>396</i>	<i>351</i>	<i>175</i>	<i>165</i>
Faderskap fastställda genom MF-protokoll	5	9	32	22	20	14
<i>därav barn vars föräldrar anmält gemensam vårdnad</i>	<i>3</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>13</i>	<i>8</i>	<i>6</i>
Faderskap fastställda genom Å-protokoll	0	0	0	4	0	0
<i>därav barn vars föräldrar anmält gemensam vårdnad</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Barn för vilka faderskap fastställts genom dom	1	0	3	1	0	0
Antal nedlagda faderskapsutredningar	4	2	10	7	7	3
Antal pågående faderskapsutredningar 31/2 totalt	18	11	58	18	27	10
<i>varav utredningar som pågått mindre än 1 år</i>	<i>16</i>	<i>9</i>	<i>54</i>	<i>15</i>	<i>25</i>	<i>8</i>
<i>varav utredningar som pågått 1 år eller längre</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>4</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
Faderskapsutredningar som lämnats för rättslig prövning	0	0	0	0	1	0
Föräldraskap fastställda genom FÖR-protokoll	4	0	6	9	2	3
<i>därav barn vars föräldrar anmält gemensam vårdnad</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
Barn för vilka föräldraskap fastställts genom dom	0	0	0	0	0	0
Nedlagda föräldraskapsutredningar	0	0	0	0	0	0
Antal pågående föräldraskapsutredningar 31/2 totalt	0	0	0	0	0	0
<i>varav utredningar som pågått mindre än 1 år</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>varav utredningar som pågått 1 år eller längre</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Föräldraskapsutredningar som lämnats för rättslig prövning	0	0	0	0	0	0

Siffrorna i statistiken visar sammantaget en ökning i flera ändetyper i alla tre kommuner. Både Partille kommun och Mölndals kommun har en stor ökning vad gäller upplysningar och utredningar vårdnad, boende och umgänge. Både Partille och Mölndal en ökning vad gäller samarbetsamtal. Härryda kommun har en minskning vad gäller samarbetsamtal. Härryda kommun har en ökning vad gäller medgivandeutredningar vilket inte Mölndal och Partille har haft på samma sätt.

ÄRENDEHANTERING

I samband med sammanslagningen den 1 e oktober 2021 hade både Partille och Mölndal en hög ärendebelastning. Bland annat på grund av underbemanning i Partille och ett högt inflöde av nya ärenden under året. Mölndals hade haft ett högt inflöde av nya ärenden som ökade under sommaren 2021. Härryda hade haft ett mindre inflöde under sommaren och handläggarna där hade haft möjlighet att avsluta flera ärenden i samband med sammanslagningen.

Planeringen var att under de tre första månaderna efter uppstart skulle respektive kommun behålla de ärenden man hade med sig och i första hand ta ärenden från den egna kommunen. Syftet var att göra en mjuk övergång och att medarbetarna skulle få möjlighet att acklimatisera sig på den nya arbetsplatsen och inte få alla nya förändringar samtidigt. Pga av tekniska svårigheter i Härryda kommun med att ge åtkomst till samtliga medarbetare kunde bara personal från Härryda handlägga

ärenden från Härryda kommun. Eftersom det inledningsvis var ett mindre inflöde från Härryda kommun beslutades ändå att personal från Härryda skulle börja ta ärenden från övriga kommuner ganska omgående. I slutet av året hade ärenden från både Mölndal och Partille börjat fördelats till handläggare från samtliga kommuner.

KLAGOMÅL / SYNPUNKTER FRÅN KOMMUNINVÅNARE

Inga klagomål har inkommit den formella vägen via Partille kommuns klagomålshantering. Några kommuninvånare från Mölndals kommun har framfört direkt till handläggare att de har tyckt att det har varit omständigt att ta sig till Partille, både kommunalt och med egen bil. Detta på grund av att de upplever vägen lång, köer med bil i rusningstrafik, att de inte har velat ta kommunala färdmedel under pandemin samt att de har tyckt att det har tagit för mycket tid för barn som ska vara i skolan att åka till Partille. De har också uttryckt att det blir dyrt att ta sig över kommungränserna. Handläggarna har då erbjudit kommuninvånarna möten i besöksrum i Mölndals kommun alternativt digitala möten.

AVVIKELSER

Inga avvikelser har rapporterats under denna period.

INFORMATION, RUTINER OCH STRUKTURER

Under de första fyra månaderna har flera rutiner och strukturer arbetas fram vad gäller flöden av handlingar till nämnder, posthantering av dokument från Skatteverket, tingsrätt mm, information till kommuninvånare och samarbetspartners via web och andra kanaler, strukturer i verksamhetssystemen, rutiner kring telefontider och mejl, rumskultur, hemarbete, besök och hembesök mm. En hel del arbete har lagts på att sätta ramar och tydliga strukturer runt det vardagliga arbetet som ska stämma överens med tre olika kommuners upparbetade system och rutiner.

En del tid har gått till att informera och stötta våra respektive Kundcenter/ Kontaktcenter i de tre olika kommunerna för att underlätta för dem och för kommuninvånarna att komma i kontakt med familjerätten i samverkan. Eftersom Kundcenter/ Kontaktcenter i våra tre kommuner har ett uppdrag att handlägga enkla faderskap och föräldraskap har de fått stöd och hjälp i detta. En kontaktperson av familjerättssekreterarna är utsedda för att vara länken mellan Familjerätt i samverkan och Kundcenter/ Kontaktcenter i Mölndal och Härryda. Metodstödet har varit behjälplig med information och en kortare utbildning riktad till Kundcenter/ Kontaktcenter i det nya förfaringssättet vad gäller handläggning av faderskap/ föräldraskap.

NYHETER OCH IMPLEMENTERING AV NY LAGSTIFTNING OCH ARBETSSÄTT

From den 1 e juli 2021 har det skett ett antal lagändringar utifrån Ett stärkt barnrättsperspektiv. Lagen om Informationssamtal träder i kraft from 1 e januari 2022. Denna lagändring innebär att familjerätten är skyldiga att erbjuda föräldrar som överväger att vända sig till domstol i samband med konflikt kring vårdnad, boende och umgänge sk Informationssamtal samt utfärda ett samtalsintyg . Eftersom inga nationella mallar och rutiner är framtagna än hur detta ska hanteras har metodstödet haft i uppdrag att utarbeta interna rutiner och mallar. Metodstödet arbetade tillsammans med Kommunikation och Treservaansvarig med att sprida information utåt och uppdaterade webben samt utforma en e tjänst. Denna förberedelse skedde innan årsskiftet.

Den 1 e oktober kom nya underlag från MFoF (Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd)som skulle användas i samband med fastställande av faderskap och föräldraskap . Så kallade U - protokoll. Detta innebar en omställning för både familjerättssekreterare och personal i Kundcenter/ Kontaktcenter som behövde information och en läroprocess. Den 1 e januari 2022 kom nya regler om fastställande av föräldraskap. Syftet med de nya reglerna är att med utgångspunkt i principen om barnets bästa – åstadkomma en mer ändamålsenligt, jämlik och modern reglering. From den 1 e januari 2022 är det också möjligt för de flesta föräldrar att fastställa föräldraskapet digitalt med e-legitimation på skatteverkets hemsida. Detta ska ske inom två veckor, därefter kommer underrättelsen till kommunen som innebär att vi får kalla föräldrar till besök. Det kommer troligtvis innebära en minskning av ärenden till Kundcenter/ Kontaktcenter då detta gäller de enkla föräldraskapen. Förberedelser och spridandet av information till kommuninvånare och samarbetspartners av denna förändring gjordes framförallt av enhetens metodstöd tillsammans med Kommunikation, Treservaansvarig och Kundcenter innan årsskiftet.

VERKSAMHETSFRÅGOR

Enheten har framförallt ägnat den första gemensam arbetstiden åt att skapa rutiner och strukturer för det vardagliga arbetet. Arbetsgruppen har också ägnat tid åt att lära känna varandra och sin nya arbetsplats och samt att vara delaktig i förvaltningens introduktionsplan för nyanställda. När det gäller utveckling av arbetet vad gäller metoder, arbets sätt med samt utarbetande av aktiviteter kopplade till övergripande nämnd mål är det ett arbete som påbörjas i början av år 2022.

EKONOMI

Ekonomisk rapport 2021 – Familjerätt i samverkan

Oktober-december 2021

(tkr)	Budget	Utfall tkr	Resultat tkr
Intäkter			
Kommunbidrag Partille	710,0	710,0	0,0
Intäkt samverkanskommuner	1614,0	1613,0	-1,0
Övriga intäkter	0,0	58,4	58,4
Summa Intäkter	2324,0	2381,4	57,4
Kostnader			
Lön och personalomkostnader	-2049,0	-2116,4	-67,4
IT/telefoni	-21,0	-21,8	-0,8
Lokaler	-125,0	-134,2	-9,2
Fordonskostnader	-19,0	-2,5	16,5
Administration	-110,0	-109,8	0,2

Summa kostnader	-2324,0	-2384,7	-60,7
Resultat	0,0	-3,3	-3,3

Familjerättsenheten i samverkan startade upp 2021-10-01 och rapporterar för perioden oktober-december 2021 ett nollresultat.

Lön och personalomkostnadsposten har en negativ avvikelse främst till följd av att Härryda och Mölndal överfört semesterlöneskulder. Nettokostnaden påverkades inte av denna skuld då också en intäkt överförts under övriga intäkter. Att enheten för perioden haft en frånvarande handläggare som ej fullt ut ersatts påverkar posten positivt. I uppstarten fanns behov av arbetstekniska hjälpmedel, inventarier med mera som ej var med i budget.

Lokalkostnaderna påverkades negativt av en nödvändig låsinstallation. Behovet av fordon var lägre än budgeterat.

UTBILDNING OCH KOMPETENSFÖRÖRJNING

Pga av förändringar i lagstiftning har arbetsgruppen tagit del av en web föreläsning vad gäller nya protokoll för fastställande av föräldraskap.

SAMVERKAN

Arbetsgruppen har delat med sig av olika samverkansrutiner och strukturer i de olika kommunerna vad gäller tex samverkan med övriga verksamheter inom socialtjänsten samt våld i nära relation. Ett arbete att ansvariga för kommunernas verksamhet för umgängesstöd FB ska samverka med varandra och ta del av varandras arbete har påbörjats. Metodstödet på Familjerättsenheten ingår i Social- och arbetsförvaltningens metodstödjargrupp och på så sätt samverkar familjerätten automatiskt i gemensamma frågor inom socialtjänsten som kommer Familjerätt i samverkan till del. Metodstödet har också påbörjat arbetet med att utveckla kontakter med metodstödjare på bland annat enheterna för barn och unga i Mölndal och Härryda. Arbetsgruppen deltog i en gemensam halvdag tillsammans med övriga barn -och unga enheter i Partille med fokus Nätverk. Enhetscheferna har regelbundna avstämningar med enhetscheferna i Mölndal och Härryda. Stödfunktioner runt familjerätt i samverkan har avstämningar med varandra och samarbetar kontinuerligt i gemensamma frågor.

IT/ DIGITALISERING

E n ny e-tjänst har skapats: Ansökan om Informationssamtal, ytterligare en e-tjänst har påbörjats: Ansökan om att skriva avtal.

Tanken i samband med sammanslagningen var att samtliga medarbetare skulle ha åtkomst till alla tre kommuners verksamhetssystem. Härryda kommun har inte löst detta och det innebär att handläggarna från Härryda kommun är de enda i personalgruppen som hade åtkomst till detta verksamhetssystem vid årsskiftet.

REFLEKTIONER AV ENHETSCHEF

Utmaningar:

- Att möta kommuninvånarens behov av att känna att de får den servicen de behöver för att ta sig till och från Partille. Förslag: att fortsätta att erbjuda digitala möten samt möten i lokaler i Härryda och Mölndal vid behov.
- Att personalgruppen som kommer från olika kulturer och sammanhang successivt ska lära känna varandra som arbetsgrupp och sin nya arbetsplats. På så sätt skapas tillit och möjligheter att tillsammans utveckla familjerätten till en stabil och trygg verksamhet i framkant med barnens bästa i fokus. Förslag: att fortsätta påbörjat arbetsmiljöarbete och utveckla rutiner/ strukturer och arbetssätt utifrån nämndens mål och familjerättens behov. Det underlättar i handläggningen om det som är möjligt vad gäller vissa rutiner, strukturer och processer i de olika kommunerna kan genomföras på samma sätt.
- It problemen i verksamhetssystemet i Härryda motverkar främjandet av samverkan och försvårar i handläggningen. Förslag att detta åtgärdas skyndsamt.
- Samverkan med flera kommuner och arbetsgrupper är en utmaning. Det tar tid att lära känna olika kommuner och samarbetspartners. Det blir många kontakter att samverka med för handläggarna och metodstödet. Olika arbetssätt i olika kommuner är också en utmaning. Förslag att detta får ta sin tid och att personal som redan känner till samarbetspartners och arbetssätt i de olika kommunerna får successivt introducera sina kollegor. Metodstödet kommer upparbeta kontakter med metodstöden i Härryda och Mölndal. När det gäller övergripande frågor som handläggare behöver stöd, konsultation och hjälp i utifrån sin familjerättsliga handläggning ska familjerättens handläggare tillhandahålla samma stötting och samarbete som övrig personal på social- och arbetsförvaltningen i Partille.
- Personalgruppen har varit underbemannad på grund av en långtidssjukrivning samt flera i personalgruppen har varit sjukskrivna och vab på grund av covid. Denna underbemanning tillsammans med hög tillströmning av ärenden har varit utmanande. Förslag att fortsätta att anställa kvalificerad timvikarie samt att metodstöd och enhetschef är behjälpliga med prioriteringar. Informationssamtalen innebär en ny handläggning. Det är ännu oklart vad dessa kommer betyda i belastning på tjänsterna. Förslag att bevaka detta noggrant under nästa år.
- Det finns en brist i att få nödvändig och uppdaterad information om kommun- och förvaltningsövergripande händelser, förändringar mm som sker i Härryda och i Mölndal. Förslag att en struktur behöver utarbetas för att få rutin och struktur på detta.

Positiva effekter:

- Med en större arbetsgrupp fanns möjligheten att fler handläggare kunde hjälpas åt med handläggningen för nyinkomna ärenden över kommungränserna.
- Mycket kunskap och erfarenhet i arbetsgruppen ger möjlighet till hög kompetens och utveckling samt hög kvalitet på handläggningen vilket gagnar kommuninvånarna.
- Utökad och lika service till kommuninvånarna i de tre kommunerna vad gäller stöd och rådgivning i de familjerättsliga ärendena. En gemensam mejllåda samt gemensam telefontid har utarbetats.

Anna-Karin Eglén/ Enhetschef Familjerätt i samverkan Härryda, Mölndal och Partille



Postadress: Partille kommun, 433 82 Partille

Besöksadress: Gamla Kronvägen 34

Telefon: 031-792 10 00

Fax: 031-792 17 10

E-post: socialocharbetsforvaltningen@partille.se

Webbplats: www.partille.se

Facebook: www.facebook.com/kommunenPartille

Statistiska uppgifter per 2020-12-31

Omvärldsanalys

Folkmängd och befolkningsförändringar helåret 2020

	Folk- mängd	Folk- ökning	Födda	Döda	In- flyttade	Ut- flyttade	Juste- ringar*)
Kommunen	38 246	269	347	264	2 463	2 280	3
Riket	10 379 295	51 706	113 077	98 124	82 518	48 937	3172
Länet	1 734 443	8 562	19 337	16 053	42 215	37 388	451

Kommentar: Kommunens befolkning uppgick till 38 246 personer vid årsskiftet 2020/2021 enligt SCB. Under 2020 ökade folkmängden med 269 personer; 2 463 personer flyttade in och 2 280 personer flyttade ut, 347 barn föddes och 264 personer avled.

Under samma period ökade folkmängden i båda riket och länet med 51 706 respektive 8 562 personer.

*) Under begreppet "justeringar" redovisas eventuella födelser och dödsfall som inträffat före den aktuella redovisningsperioden men som har rapporterats under denna period samt eventuella rättelser av tidigare gjorda aviseringar.

Antal bostadslägenheter som påbörjats under januari - december 2020

Distrikt	Alla lägen- heter	Därav i	
		Småhus	Flerfamiljshus
Råda	541	25	516
Landvetter	16	16	
Härryda	8	8	
Björketorp	11	11	
Kommunen totalt	576	60	516

Kommentar: Antalet påbörjade bostadslägenheter i vår kommun under perioden januari - december 2020 uppgår till 576, därav 60 lägenheter i småhus och 516 lägenheter i flerfamiljshus. Totalt 541 lägenheter har påbörjats i Råda distrikt, 16 lägenheter i Landvetter distrikt och elva respektive åtta lägenheter i distrikt Björketorp och Härryda.

Aktuella siffror från SCB

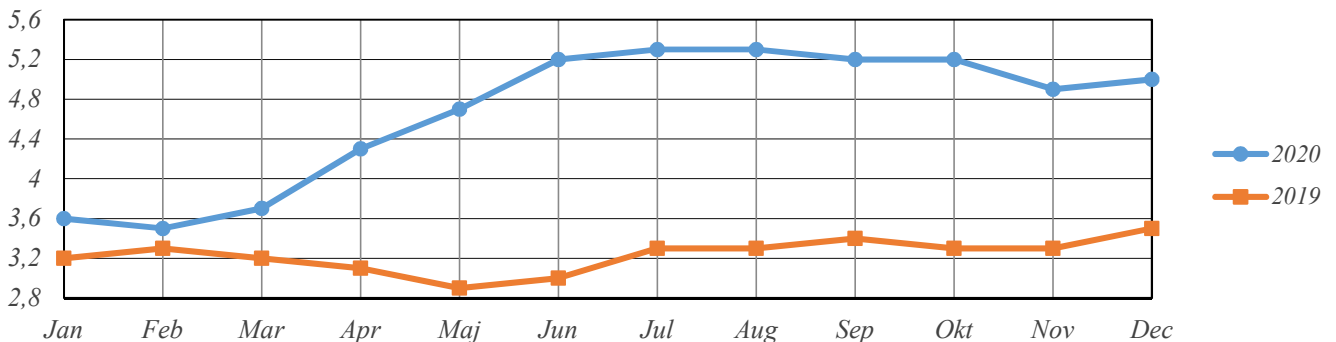
Konsumentpriser (%)	+0,5 December 2020 jämfört med december 2019
Producentpriser (%)	-2,7 December 2020 jämfört med december 2019
Detaljhandelns försäljningsvolym (%)	-0,6 December 2020 jämfört med december 2019
Industrins produktionsvolym (%)	-1,5 December 2020 jämfört med december 2019
Industrins orderingång (%)	+8,2 December 2020 jämfört med december 2019

Kommentar: Producentpriser har minskat jämfört med december 2019 medan konsumentpriser är något högre jämfört med samma period förra året. Detaljhandelns försäljningsvolym och industrins produktionsvolym sjönk med 0,6 respektive 1,5 procent jämfört med december 2019. Jämfört med samma period förra året ökade industrins orderingång med 8,2 procent.

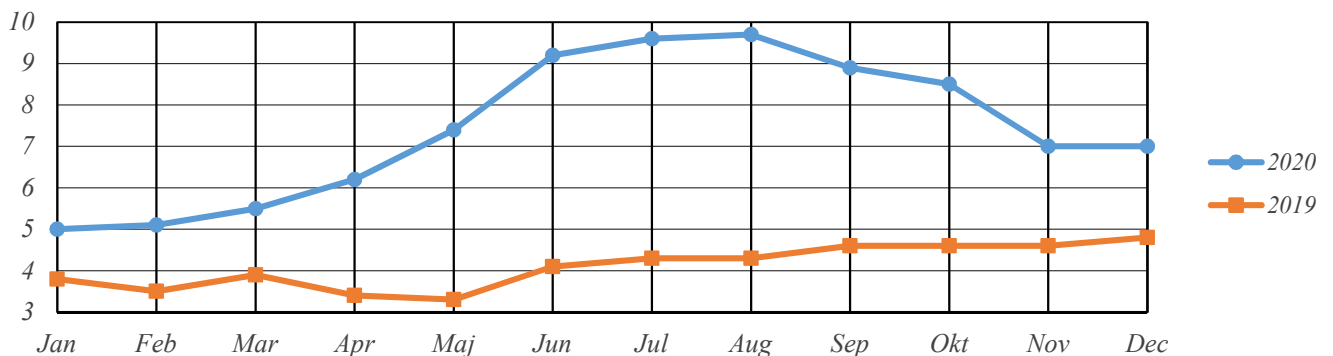
Arbetslösa 16-64 år antal och procent	Kommunen 202012		Länet 202012		Riket 202012		Kommunen 201912		Länet 201912		Riket 201912	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Öppen arbetslöshet	626	3,2	39707	5,2	238244	4,6	427	2,2	31473	3,7	204045	4
Inkl. personer i program med aktivitetsstöd	978	5	72986	8,3	456453	8,8	676	3,5	56579	6,6	373595	7,4
Arbetslösa 18-24 år antal och procent												
Öppen arbetslöshet	69	3,9	4278	4,6	25655	6,7	61	3,4	4067	4,3	24934	4,6
Inkl. personer i program med aktivitetsstöd	124	7	9967	10,7	62742	11,8	86	4,8	7436	7,8	50045	9,2
Därav långtidsarbetslösa	5		476		3479		2		433		3584	

Kommentar: Arbetslösheten bland befolkningen mellan 16 och 64 år i kommunen, länet och riket har ökat jämfört med samma period förra året. Det är 1,5 procentenheter fler arbetslösa i kommunen, 1,7 respektive 1,4 procentenheter i länet och riket. Ungdomsarbetslösheten i kommunen, länet och riket har också ökat jämfört med samma period förra året. Det är 2,2 procentenheter fler arbetslösa i kommunen, 2,9 respektive 2,6 procentenheter i länet och riket.

Arbetslösheten inkl. personer i program med aktivitetsstöd 16-64 år (% av arbetskraften i kommunen)



Arbetslösheten inkl. personer i program med aktivitetsstöd 18-24 år (% av arbetskraften i kommunen)





Styrelseprotokoll

Diarienummer

Samordningsförbundet Insjöriket:
Plats: Mölndals stadshus, rum 214
Datum: 2022-03-18

Ordförande

Anita Almqvist (L), Mölndals stad

Vice ordförande

Sofia Sandäng, FK

Övriga ledamöter

Kent Lagrell, (M) VGR

Fredrik Skoglund AF

Ersättare

Tomas Angervik (S), VGR – deltar digitalt från strax innan kl 14:00

Anna Strand (C) Partille kommun deltar digitalt

Christian Eberstein (KD) Lerums kommun

Övriga deltagare: förbundschef Annika Ruys-Hagberg, biträdande förbundschef Melina Myrbäck. Revisionen Lisa Tenggren och Fredrik Carlsson § 1162, Olof Sjöberg, ekonom, § 1155.

Meddelat förhinder: Anette Ryberg, FK, Eva Hallberg, AF

Frånvarande: Daniel Filipsson (M) Alingsås kommun, Maria Kornevik Jakobsson (C) Härryda kommun

Justeringsdag:

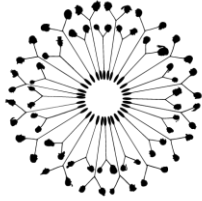
Melina Myrbäck
Sekreterare

Justerare: Christian Eberstein

Justerare: Sofia Sandäng

§ 1152 Sammanträdet öppnas

§ 1153 Val av justerare



Samordningsförbundet
Insjöriket

Christian Eberstein och Sofia Sandänger föreslås till justerare

Beslut:

Att välja Christian Eberstein och Sofia Sandänger till justerare

§ 1154 Fastställande av dagordning

Beslut:

Att fastställa dagordningen enligt förslag

§ 1155 Beslut om årsrapport

Förbundet har ett eget kapital som är högre än önskat. Detta beror bland annat på minskade kostnader i vissa budgetposter och att det varit svårt att rekrytera personal. Om förbundet har för stort eget kapital kan den statliga tilldelningen påverkas. Dock vet man på nationell nivå att pandemin har påverkat flera förbunds egna kapital och det kommer därför sannolikt inte påverka nästa års tilldelning. Den del av det egna kapital som tillkom genom resultatet 2021 är i hög utsträckning intecknat i årets budget.

Beslut:

Styrelsen beslutar att fastställa årsrapporten enligt förslag

§ 1156 Beslut om attestordning

Beslut:

Styrelsen beslutar att fastställa attestordningen enligt förslag

§ 1157 Beslut om delegationsordning

Ordförande föreslår att punkten bordläggs till nästa möte då dokumentet behöver vissa kompletteringar.

Beslut:

Styrelsen beslutar att delegationsordningen bordläggs till nästa möte

§ 1158 Inriktningsbeslut organisering av utförandet av förbundsfinansierade tjänster

Presidiet föreslår:

1. att styrelsen fattar beslut om att förbundet ska gå i riktning mot att köpa utförandetjänster av kommunmedlemmarna (likt Sjuhäradsmodellen).
2. att formell förfrågan ställs till Sjuhärads samordningsförbund gällande processtöd.

Formell punkt för beslut om ny inriktning efter samråd med kommunerna.

**Beslut:**

Styrelsen fattar beslut att:

1. förbundet ska gå i riktning mot att köpa utförandetjänster av kommunmedlemmarna (likt Sjuhäradsmodellen).
2. att formell förfrågan ska ställas till Sjuhärads samordningsförbund gällande processtöd.

§ 1159 Nystart berednings- och utvecklingsgrupp

Insjöriket har de senaste åren haft en mobil beredningskonstellation. Utifrån det läget förbundet befinner sig i nu önskar förbundet en mer fast konstellation enligt bifogat förslag.

Samtliga i styrelsen ser möjligheten att frågan kan förankras inom den egna organisationen. Inom kommunerna ska minst en men gärna fler representanter utses.

Beslut:

Att en ny berednings- och utvecklingsgrupp utses. Styrelsens ledamöter uppmanas att återkomma med namn på representanter senast den 15 april

§ 1160 Information angående finansierade verksamheter och ekonomisk uppföljning

Förbundet har fortfarande svårigheter att rekrytera. Annons ligger ute med sista ansökningsdag den 1 april. Få ansökningar har inkommit. De som sökt har i dag anställning inom kommun eller Arbetsförmedling. Det finns en stor osäkerhet kring utlåningar från Arbetsförmedlingen då de fortfarande har ett väldigt ansträngt läge. Kriget i Ukraina kan komma att påverka möjligheterna för kommunerna att låna ut personal.

Beslut:

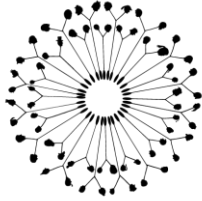
Att informationen läggs till handlingarna

§ 1161 Beslut intern styrning och kontroll**Beslut:**

Att fastställa dokumentet om intern styrning och kontroll enligt förslaget

§ 1162 Revisionens rapport (klockan 14.45)

Revisionen berättat kort om granskningen av årsredovisningen 2021.



Samordningsförbundet
Insjöriket

Revisionen bedömer att verksamheten bedrivits på det sätt man planerat, både gällande den finansiella delen och att förbundet bedrivit verksamhet enligt förbundsordningen.

Beslut:

Styrelsen har tagit del av årsredovisning och revisionens sammanfattning. Informationen läggs till handlingarna.

§ 1163 Informationspunkt förbundschef

- Ny tolkning av FINSAM-lagen avseende representation i styrelsen
En skrivelse författad av nationella rådet har gått ut tillsammans med kallelsen.

Styrelsen ger kansliet i uppdrag att till styrelsemötet i juni ta fram en tidsplan hur processen ska genomföras och vilka beslut som ska tas.

- Lagändring som ger möjlighet till digitalt deltagande i styrelsemöten
[Deltagande på distans i styrelsesammanträden i samordningsförbund \(riksdagen.se\)](https://riksdagen.se)
[Deltagande på distans i styrelsesammanträden i samordningsförbund Socialförsäkringsutskottets Betänkande 2021/22:SfU10 - Riksdagen](#)

Styrelsen i ett samordningsförbund får från och med 1 mars 2022 besluta att ledamöter och ersättare får delta i styrelsesammanträden på distans. Anledningen är att förbunden ska kunna arbeta mer effektivt och hållbart. Presidiet förslag är att alla ses fysiskt på junimötet och att det vid det mötet fattas beslut om form för styrelsemöten framåt

Beslut:

Att informationen läggs till handlingarna och att alla ses fysiskt på styrelsemötet i Juni.

§ 1164 Övriga frågor

- Finsam konferens – deltagande och upplägg. Gemensamt deltagande via gemensam länk.

En lokal är bokad på Convendum på Kungsportsavenyn 21 för de som vill ta del av Finsamkonferensen. De som har möjlighet att delta anmäler sig till förbundschef snarast.

- Friskvårdsbidrag kanslipersonal
Presidiet har beslutat att bidraget under 2022 ligger kvar på samma nivå som under 2021

§ 1165 Sammanträdet avslutas



Kommande möten:

Ordinarie styrelsemöten:

220318 kl 13.30-16.30 Mölndals stadshus rum 214

220610 kl 13.30-16.30

220923 kl 13.30-16.30

221118 kl 13.30-16.30

Övriga möten:

220401 kl 12.30-16.00 Styrelsens arbetsdag med Margareta Ivarsson, Mölndals museum

220405 kl 13.00-17.00 Finsamkonferens, Convendum, Kungsportsavenyn 21

220406 kl 08.00-12.00 Finsamkonferens, Convendum, Kungsportsavenyn 21

220520 kl 13-15, medlemsmöte

Protokollsutdrag

§ 356. Förslag till hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser

Diarienummer: 2021-00198

Beslut

Förbundsstyrelsen ställer sig bakom samt rekommenderar medlemskommunerna att anta förslaget till reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser. Reviderat förslag gäller från 2023-01-01 - 2026-12-31.

Sammanfattning av ärendet

Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser i Västra Götaland reglerar samverkan och ansvar för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och Västra Götalandsregionen (VGR).

På uppdrag av det politiska samrådsorganet, SRO, har hälso- och sjukvårdsavtalet uppdaterats och reviderats inför ny avtalsperiod. Samtidigt har underavtal och överenskommelser med koppling till hälso- och sjukvårdsavtalet, där lagstiftningen ställer krav på att samverkan ska regleras i överenskommelse, också reviderats.

SRO behandlade ärendet den 2022-02-24. Förslag till beslut är att ställa sig bakom reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser och rekommenderar samtliga parter att var för sig besluta om att anta reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser. Västkom styrelse behandlade ärendet 2022-03-14.

Beslutsunderlag

- Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser
- Utkast missiv till SRO 2022-02-24

Skickas till

Västra Götalandsregionen
SRO
Västkom
Medlemskommunerna

Vid protokollet:

Gunnel Rydberg
Förbundssekreterare

Justeras:

Axel Josefson
Ordförande

Justerare
Marina Johansson

Förslag till reviderat hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser

Förslag till beslut

Förbundsstyrelsen föreslås, under förutsättning att SRO och VästKoms styrelse fattar samma beslut, ställa sig bakom och rekommendera medlemskommunerna att anta förslaget till reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser. Reviderat förslag gäller från 2023-01-01 - 2026-12-31.

Sammanfattning av ärendet

Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser i Västra Götaland reglerar samverkan och ansvar för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och Västra Götalandsregionen (VGR).

På uppdrag av det politiska samrådsorganet, SRO, har hälso- och sjukvårdsavtalet uppdaterats och reviderats inför ny avtalsperiod. Samtidigt har underavtal och överenskommelser med koppling till hälso- och sjukvårdsavtalet, där lagstiftningen ställer krav på att samverkan ska regleras i överenskommelse, också reviderats.

Nationellt pågår ett omställningsarbete där både kommunal och regional primärvård, är navet i vården och samspelar med socialtjänsten. Målet med omställningen är att patienten får en god, nära, samordnad och hälsofrämjande vård och är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser.

Förändringar har gjorts med syfte att lyfta fram den omställning som sker och för att få avtalet att hålla över tid med fokus på personcentrerat förhållningssätt.

SRO kommer behandla ärendet den 2022-02-24. Förslag till beslut är att ställa sig bakom reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser och rekommenderar samtliga parter att var för sig besluta om att anta reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser. VästKoms styrelse behandlar ärendet 2022-03-14.

Beslutsunderlag

- Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser
- Utkast missiv till SRO 2022-02-24

BESKRIVNING AV ÄRENDET

Bakgrund och syfte

Under 2021 har en läns gemensam revidering gjorts av nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser. Genomgående har förtydligande gjorts i både hälso- och sjukvårdsavtal och i överenskommelserna kring personcentrerat förhållningssätt, patientsäkerhet samt samverkan och tillit. Barnkonventionen har lyfts in. Förtydligande har även gjorts kring att primärvård omfattas av två huvudmän och att kommunens hälso- och sjukvård är en del av primärvården.

Göteborgsregionens kommunalförbund har under remisstiden stöttat medlemskommunerna i dialoger och framtagande av gemensamma formuleringar till remissvar. Formuleringarna har varit fria att omformulera och använda i medlemskommunernas remissvar. En stor mängd synpunkter har inkommit från remissinstanserna, vilket tyder på ett stort engagemang. Det har varit en utmaning att ta hand om motstridiga synpunkter, som exempel förkorta eller förlänga avtalets längd. Några remissinstanser har önskat en högre detaljeringsgrad och andra en lägre. Flera av synpunkterna kommer att tas om hand i det fortsatta läns gemensamma utvecklingsarbetet.

Del A: Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande

- Avtalstiden är förändrad från 3,5 år till 4 år.
- Möjligheten att förlänga avtalet har ändrats från 2 år till 3 år.
- Uppsägningstiden är förändrad från 12 månader till 18 månader.
- Ansvarsförhållande, primärvårdens hälso- och sjukvårdsuppdrag/specialiserad vård
- Samlat information kring SIP, informationsöverföring och planering

Del B: Hälso- och sjukvårdsavtalet

- Kommunal hälso- och sjukvård är en del av primärvården.
- Kompletterat med Primärvårdens grunduppdrag under lagstiftning
- Patientens fasta vårdkontakt ska utses där den huvudsakliga vården ges.
- Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ska tillsammans stärka patientens ställning.
- Tillsammans utgör professioner från de båda huvudmännen det team som ansvarar för att ge en god och säker hälso- och sjukvård till målgruppen
- Förtydligat att ansvaret för rehabilitering ska följa hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Kommunens möjlighet att bistå VGR i enskilda fall är utökad till att även omfatta dagtid helg, tidigare enbart kväll och natt.
- Regionen ska erbjuda samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård.

Tjänsteskrivelse Göteborgsregionens kommunalförbund

Handläggare: Maria Ljung, Planeringsledare

Datum: 2022-02-17, Diarienummer: 2021-00198

Del C: Överenskommelser

Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunernas primärvård i Västra Götaland

- Gemensamt ansvar kring lokal samverkan bl.a. genom närområdesplan med bilaga
- Regionen ska ge möjlighet till fast läkarkontakt i primärvård
- Tillgänglighet till läkare hela dygnet

Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

- Patienter som inte längre har behov av slutenvårdens resurser ska *så snart som möjligt* skrivas ut
- Målet är att patienten får vård på rätt vårdnivå
- Tydliggörande kring förutsättningar för kommunens betalningsansvar kopplat till den regionfinansierade öppenvården
- Betalningsmodellen kvarstår

Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

- Omfattar samtliga kommunala och regionala verksamheten som möter målgruppen
- Tydliggöranden gällande ansvarsfördelning för respektive huvudman samt för gemensamma ansvarsområden
- Större fokus på individen och dess behov
- Gemensamma texter har lyfts till A och B delen

Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

- N-Tandvårds åldersgräns är förändrad, gäller numera från det år den enskilde fyller 24 år

Tjänsteskrivelse Göteborgsregionens kommunalförbund
Handläggare: Maria Ljung, Planeringsledare
Datum: 2022-02-17, Diarienummer: 2021-00198

Länsgemensam uppföljning, analys och utveckling

Under arbete med Färdplan, Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna har utvecklingsområden identifierats. De kommer omhändertaras för att omsättas i Färdplan länsgemensam strategi för god och nära vård. Utvecklingsområdena kommer redovisas löpande på vardsamverkan.se. Genom länsgemensam uppföljning och analys följs både avtal och utveckling i sin helhet.

Bedömning

Göteborgsregionen bedömer att de revideringar som genomförts och de utvecklingsområden som identifierats möter den omställning som sker idag och att avtalet kan hålla över tid med fokus på personcentrerat förhållningssätt. Göteborgsregionen bedömer att ett fortsatt arbete med länsgemensam uppföljning och analys för både avtal och utveckling i sin helhet behövs framåt.

Helena Söderbäck
Förbundsdirektör

Lena Holmlund
Avdelningschef

Skickas till

Västra Götalandsregionen
SRO
Västkom
Medlemskommunerna



FÖRSLAG

AVTAL

Hälsa- och sjukvårdsavtal

Huvudavtal med tillhörande överenskommelser (bilagor).
Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård mellan
länets 49 kommuner och region Västra Götaland.

Bilagor:

- Överenskommelse Läkarmedverkan inom kommunal primärvård i Västra Götaland
- Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende
- Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

→ Avtal

Överenskommelse



Läsanvisningar

Detta avtal består av Hälso- och sjukvårdsavtalet (huvudavtal) med fyra tillhörande överenskommelser (bilagor). Avtalet är indelat i tre delar:

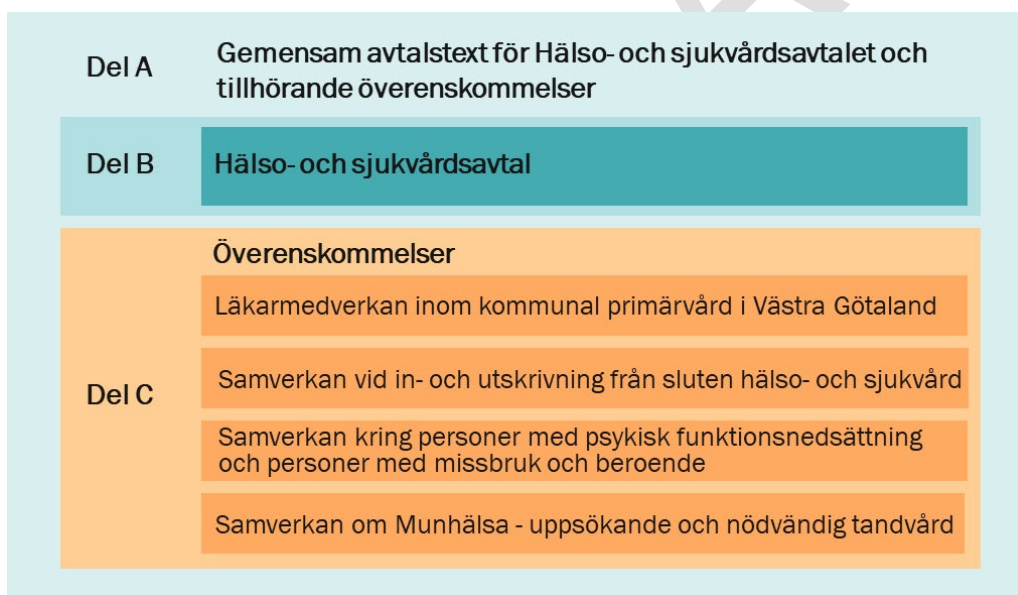
- Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser
- Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet
- Del C, Överenskommelser

Del A tillsammans med del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Del A tillsammans med del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.

Hälso- och sjukvårdsavtalet, del B, ligger till grund för överenskommelserna

Syftet med den här uppdelningen är att skapa en struktur där lagreglerad samverkan mellan kommun och Västra Götalandsregionen finns samlad.



Innehåll

Läsanvisningar	2
----------------------	---

Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och

tillhörande överenskommelser	1
---	----------

A.1 Inledning	1
A.2 Syfte	2
A.3 Värdegrund	3
A.4 Parternas gemensamma åtagande innebär att... ..	3
A.5 Personcentrerat förhållningssätt	3
A.6 Samordnad Individuell Plan, SIP	3
A.7 Informationsöverföring och planering	4
A.8 Bästa tillgängliga kunskap	4
A.9 Avtalsparter	5
A.10 Avtalets omfattning och uppbyggnad	5
A.11 Avtalstid	5
A.12 Ändringar och tillägg till avtalet	5
A.13 Gemensam samverkansstruktur	5
A.14 Digitalisering och e-hälsa	6
A.15 Uppföljning	6
A.16 Avvikelser	6
A.17 Oenighet om tolkning av avtal	7

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet	8
---	----------

B.1 Lagstiftning	8
B.2 Gemensamt ansvar och samverkan	9
B.3 Parternas ansvar	10
B.4 Rehabilitering och habilitering	12
B.5 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård	12
B.6 Vårdhygien	12
B.7 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ..	13
B.8 Förvaring och transport av avliden	13
B.9 Läkemedel	13
B.10 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö	14
B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel	14
B.12 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter	15
B.13 Oreglerade medicintekniska produkter	15
B.14 Tjänsteköp	15
B.15 Gemensamma utvecklingsområden	15

Del C Överenskommelser

Läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland

Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser

Del A innehåller avtalsområde som är gemensam för alla överenskommelser och Hälso- och sjukvårdsavtalet. Dessa texter är av generell och allmän karaktär. Avtal och överenskommelser utgår från Socialstyrelsens termbank för termer och begrepp.

A.1 Inledning

Länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen (VGR) har sedan 1999 reglerat samverkan och ansvarsfördelning för områden båda huvudmännen har hälso- och sjukvårdsansvar för i ett Hälso- och sjukvårdsavtal.

Revideringen inför ny avtalsperiod har även omfattat andra avtal/överenskommelser som är lagreglerade för huvudmännen, dessa ingår som överenskommelser till Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Nationellt pågår ett omställningsarbete där både kommunal och regional primärvård, vidare i dokumenten kallat primärvård är navet i vården och samspelar med socialtjänsten. Målet med omställningen är att patienten får en god, nära, samordnad och hälsofrämjande vård och är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser.

Utifrån hälso- och sjukvårdsavtalet, Färdplan - länsgemensamma strategin för god och nära vård och tydliggörande av primärvårdsuppdraget i hälso- och sjukvårdslagen ska en gemensam analys och uppföljning löpande tas fram. Genom länsgemensam uppföljning och analys samt fortsatt arbete med identifierade utvecklingsområden fördjupas det gemensamma utvecklingsarbetet. Målsättningen är att kunna följa utvecklingen mot en god och nära vård och följsamheten till hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser.

Hälso- och sjukvårdens medicinska, digitala och tekniska utveckling får som följd att den hälso- och sjukvård som ges i öppen vård och i hemmet förändras över tid. Primärvårdens hälso- och sjukvårdsuppdrag omfattas av två huvudmän och avser vanligt förekommande hälso- och sjukvårdsinsatser både enkla och komplexa som på ett patientsäkert sätt kan utföras utan särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Regionen har ansvar för specialiserad vård som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens även om insatsen utförs av primärvården.

Den gemensamma politiska viljeinriktningen med Hälso- och sjukvårdsavtalet fokuserar på individens behov framför att söka skarpa gränser mellan huvudmännens ansvarsområden. Gränsdragning ner på detaljnivå i alla situationer skapar organisatoriska mellanrum som kan leda till att patienten inte får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda.

Följande politiska prioritering har varit vägledande i framtagandet av Hälso- och sjukvårdsavtalet:

- Vad blir bäst för patienten?
- Vad är bästa sättet att använda våra skattemedel ur ett samhälls-/invånarperspektiv?
- Behöver vi överenskommelser eller avtal för att stödja detta?

Avsikten är att Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser ska ge de förutsättningar som behövs för samverkan och personcentrerad vård över huvudmannagränserna.

Parallellt med revideringen av Hälso- och sjukvårdsavtalet har en "Färdplan - läns-gemensam strategi för god och nära vård"* tagits fram. Färdplanen innehåller de områden som huvudmännen gemensamt prioriterat att kraftsamla kring för att tillsammans utveckla hälsa, vård och omsorg i Västra Götaland fram till 2030.

*** L Ä S M E R**

[Färdplan Nära vård - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://www.vardsamverkan.se)

A.2 Syfte

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland ska ligga till grund för en god och säker vård för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och VGR. Avtalet ska beskriva ansvarsförhållandet mellan VGR och kommunerna i Västra Götaland samt stärka och främja samverkan och samarbete mellan parternas vårdgivare så att resultatet bidrar till ett tryggt och självständigt liv för den enskilde.

A.3 Värdegrund

En förtroendefull och öppen dialog mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR är en förutsättning för att tillsammans möta framtidens gemensamma utmaningar.

Samarbetet mellan parterna ska kännetecknas av...

- ett gemensamt ansvarstagande för patientens bästa.
- ett respektfullt bemötande mot både patient och medarbetare som skapar trygghet i vårdkedjan.
- en tillitsbaserad samverkan där patienten är medskapare och upplever insatserna som en välfungerande helhet, oavsett vilken av parterna som utför insatserna.

A.4 Parternas gemensamma åtagande innebär att...

- barnkonventionen ska beaktas i samverkan när det är aktuellt.
- säkerställa att detta avtal med tillhörande bilagor implementeras och görs kända inom de egna verksamheterna.
- ställa krav på att överenskommelser som VGR och kommunen har träffat enligt detta avtal även gäller i avtal med upphandlade entreprenörer enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, samt enligt lagen om valfrihetssystem, LOV.
- följa upp efterlevnaden av ingångna avtal.

A.5 Personcentrerat förhållningssätt

Alla insatser patienten behöver från respektive huvudman ska planeras, utvärderas och följas upp tillsammans med patienten. Det ska göras med respekt och lyhördhet för de erfarenheter, önskemål samt kunskap som patienten och/eller dennes närstående eller företrädare har.

Det är viktigt att utgå från patientens egna resurser och målsättningar med insatserna och stärka patientens förutsättningar till egenvård. Verksamheterna ska underlätta och motivera patienten och/eller närstående att vara delaktiga kring beslut som rör den egna personen.

A.6 Samordnad Individuell Plan, SIP

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Planen

ska upprättas om kommunen, VGR eller den enskilde/närstående bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

Samordnad individuell plan, SIP* ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsnedsättning eller behov och är patientens plan. SIP ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och VGR samt andra aktörer.

Planering av den medicinska vården ska genomföras, även om den enskilde tackar nej till SIP.

I Västra Götaland har VGR och kommunerna fastställt gemensamma riktlinjer för samordnad individuell plan (SIP).

*** L Ä S M E R**

[Riktlinje för SIP - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://vardsamverkan.se)

A.7 Informationsöverföring och planering

Om patienten har behov av kommunal primärvård i hemmet, förutsätter det att parterna är överens om ansvarsfördelning samt att nödvändigt informationsutbyte sker. Patienten ska vara delaktig och medskapare till sin vård och behandling.

Vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska överenskommelse, riktlinje och rutin tillämpas*. Ingående parter ska använda den gemensamma IT-tjänsten där informationsdelning sker.

Kravet på informationsöverföring gäller även vid samverkan utanför in- och utskrivningsprocessen.

*** L Ä S M E R**

[Gemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland, PDF](#)

A.8 Bästa tillgängliga kunskap

Vården och insatserna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap med evidensbaserad grund och beprövad erfarenhet. Nationella vård- och insatsprogrammen berör båda huvudmännens ansvar och målet är att insatser ska vara kunskapsbaserade, jämlika, resurseffektiva samt av hög kvalitet. Socialstyrelsens nationella riktlinjer och Västra Götalands läns gemensamma

styrdokument är stöd för huvudmännen vid prioriteringar och ger vägledning om vilka insatser som i första hand ska erbjudas för personer som omfattas.

A.9 Avtalsparter

Avtalsparter i detta avtal är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen vilka fortsättningsvis i avtalet benämns som parterna. Avtalet gäller under förutsättning att beslut tas av regionfullmäktige respektive kommunfullmäktige.

A.10 Avtalets omfattning och uppbyggnad

Detta avtal, fortsättningsvis kallat Hälso- och sjukvårdsavtalet, är ett huvudavtal för hälso- och sjukvård som kompletterats med lagstadgade överenskommelser som bilagor. Överenskommelsernas giltighet är direkt kopplat till huvudavtalets giltighet. Varje överenskommelse är direkt underställd Hälso- och sjukvårdsavtalet dvs. ingen rangordning mellan dem.

Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och VGR har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar enligt 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§, 14 kap. 1§ samt 16 kap 2 § HSL (2017:30).

Avtalet omfattar även samverkan mellan VGR:s hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst och vissa andra områden/grupper av betydelse för samverkan.

A.11 Avtalstid

Avtalet gäller under perioden 2023-01-01 – 2026-12-31. Senast arton månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att skriftligt säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med tre år i taget med arton månaders uppsägningstid.

A.12 Ändringar och tillägg till avtalet

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet kan initiativ till en översyn tas av det politiska samrådsorganet, SRO.

Ändringar och tillägg i Hälso- och sjukvårdsavtalet gäller efter beslut vunnit laga kraft hos samtliga parter. Samma hantering gäller vid ändringar och tillägg i en överenskommelse.

A.13 Gemensam samverkansstruktur

Inom Västra Götaland finns en utvecklad samverkan mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. En gemensam samverkansstruktur med politiskt

samrådsorgan, SRO, och ledningsgrupp med tjänstepersoner på länsnivå, Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG, delregionala samverkansorgan samt lokala samverkansgrupper.

Den gemensamma stödstrukturen ska bidra till att förvalta och utveckla intentionerna som beskrivs i Hälso- och sjukvårdsavtalet samt i Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

Samverkan måste ske på flera organisatoriska nivåer: länsgemensam, delregional och lokal nivå. Respektive huvudman ska ställa krav på sina vårdgivare att delta aktivt i samverkan.

A.14 Digitalisering och e-hälsa

Gemensamma IT- tjänster

Vård- och omsorg är informationsintensiva verksamheter som förutsätter en välfungerande informationsförsörjning mellan individer och olika aktörer. Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-tjänster som stödjer ett personcentrerat förhållningssätt kan informationen överföras på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser till den enskilde.

Varje part har ansvar för att IT-stöd är kända hos berörda verksamheter och att riktlinjer och rutiner följs.

Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM

Gemensamma strategiska beslut om e-hälsa och informationsförsörjning är avgörande för att stödja samverkan och gemensamma utvecklingsmål.

2017 tecknade parterna en avsiktsförklaring om Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM, ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen, VGR (exklusive tandvården), privata vårdgivare och länets 49 kommuner. FVM kommer att påverka administrativa processer, standardisering och gemensamma arbetssätt som ska utvecklas i samverkan.

A.15 Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för den länsgemensamma uppföljningen av Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser. VVG ansvarar för uppföljningsplan för löpande uppföljning.

A.16 Avvikelse

Den länsgemensamma rutinen för avvikelshantering i samverkan* har tagits fram för att säkerställa att kontinuerlig analys av avvikelser sammanställs och används för ett systematiskt förbättringsarbete, kunskapsutveckling och

lärande i samverkan på alla nivåer. Avvikelse i samverkan ska ge ett gemensamt underlag och integreras i patientsäkerhetsarbete. Gemensamma händelseanalyser ger ett viktigt stöd till förbättringsarbetet.

Avvikelse ska hanteras skyndsamt och svar ges till rapportören så snart händelsen är analyserad och plan för åtgärd finns. Alla parter har ett ansvar för analys, åtgärder och uppföljning för att förhindra oenighet.

*** L Ä S M E R**

[Avvikelsehantering - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](https://vardsamverkan.se)

A.17 Oenighet om tolkning av avtal

Alla parter har ett ansvar för att uppfylla intentionerna i avtalet. Vid oenighet om tolkning eller tillämpning av Hälso- och sjukvårdsavtalet eller överenskommelser ska det i första hand lösas lokalt och i andra hand delregionalt inom vårdsamverkan. I de fall oenighet inte kunnat lösas på lokal eller delregional nivå kan frågan lyftas till länsnivå enligt gemensam riktlinje "Hantering av oenighet på regional nivå - Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG)"**.

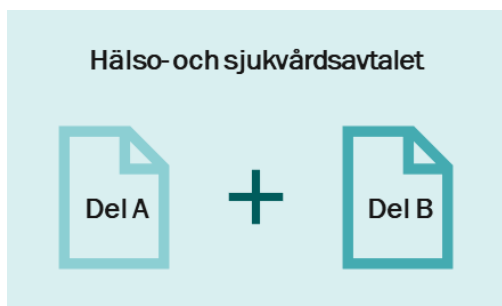
*** L Ä S M E R**

[Riktlinje Hantering av oenighet på regional nivå Vårdsamverkan Västra Götaland \(PDF\)](#)

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.

För att få Hälso- och sjukvårdsavtalet i sin helhet behöver du läsa det **tillsammans med Del A**. Del A innehåller avtalstext som är gemensam för Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser.



Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, är den lag som reglerar grundläggande skyldigheter för VGR och kommunen. Även övriga lagar och förordningar som berör området ska beaktas.

Hälso- och sjukvårdsansvaret för VGR och kommunen regleras i 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§ samt 14 kap. 1 § HSL (2017:30), och ansvaret omfattar rehabilitering, habilitering och hjälpmedel samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. För tandvård finns särskilda bestämmelser, tandvårdsförordningen (1998:1338).

Sedan 1 juli 2021 finns ett förtydligande i HSL kring primärvårdens grunduppdrag, 13a kap. 1 § HSL (2017:30). Primärvård är alla de hälso- och sjukvårdsinsatser som på ett patientsäkert sätt kan utföras utan särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens, 2 kap. 6 § HSL (2017:30).

Patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. 1 § HSL (2017:30):

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL.
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS.

- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet sedan regionbildningen 1999, avtal enligt möjligheten i 12 kap. 2 § HSL (2017:30).

För dessa patientgrupper ska länets kommuner och VGR enligt 16 kap. 1 §, HSL, sluta avtal om läkarresurser och formerna för samverkan.

För personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk är VGR och kommunen, genom likalydande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, skyldig att ha överenskommelse om samarbete (16 kap. 3 § HSL respektive 5 kap. 8 a § och 9 a § SoL).

Sedan den 1 januari 2020 gäller barnkonventionen som svensk lag (2018:1197 om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter). Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som rör barn.

Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård grundar sig i lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (lag 2017:612).

Vid den samordnade individuella planeringen (SIP-mötet) ska enheterna upprätta en individuell plan (SIP) i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena socialtjänstlagen (2001:453).

Samordnad individuell planering (SIP-möte) ska enligt lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (4 kap. 1-3§§) erbjudas den enskilde, om hen efter utskrivningen behöver insatser från både kommunen och VGR i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

För att stärka individens integritet, självbestämmande och delaktighet kompletterar patientlagen (2014:821) regelverket för hälso- och sjukvård.

B.2 Gemensamt ansvar och samverkan

Parterna ska i egenskap av sjukvårdshuvudmän erbjuda en hälso- och sjukvård av god kvalitet samt den kompetens som krävs för att fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

För patienter som får kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för insatser utförda av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan VGR ansvarar för insatser utförda av läkare och övriga kompetenser. Tillsammans utgör

professioner från de båda huvudmännen det team som ansvarar för att ge en god och säker hälso- och sjukvård till målgruppen.

All hälso- och sjukvård ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt där patienten ska ges möjlighet att vara medskapare i sin vård och behandling. Om patienten samtycker kan även närstående vara medskapare.

Parterna har ett gemensamt ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser personcenteras och koordineras så att patienten upplever trygghet, säkerhet, kontinuitet och värdighet.

Patientens vård och behandling sker efter beslut eller ordination.

Huvudprincipen är att parterna var för sig har ett ekonomiskt ansvar för beslut, ordinationer eller förskrivning som görs av respektive huvudman.

Patientens ska ges möjlighet till fast läkarkontakt inom primärvård enligt patientlagen (2014:821) 6 kap 3§ för att öka tryggheten för patienten.

Patientens fasta vårdkontakt ska utses där den huvudsakliga vården ges och ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose det behovet. I samband med utskrivning från slutenvård ska fast vårdkontakt vara utsedd inom primärvård.

Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ska tillsammans stärka patientens ställning.*

* L Ä S M E R

[Överenskommelse om läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland](#)

B.3 Parternas ansvar

Regionens ansvar

Västra Götalandsregionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till de som är bosatta eller som vistas i Västra Götaland. Ansvaret omfattar öppen och slutenvård, akut och planerad vård.

Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar:

- Patienter som utan större svårigheter kan besöka VGRs mottagningar och tillgodogöra sig insatsen. I ansvaret ingår hälso- och sjukvård där patienten vistas, då insatserna är av tillfällig karaktär.
- Läkarsatser i hemmet för patienter som omfattas av den kommunala primärvården enligt avtal mellan parterna.

- Erbjudna samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård.
- Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser inom specialist- samt primärvård.
- Handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal i vård, omsorg, rehabilitering samt i hantering av medicintekniska produkter.
- Specialistvård till patienter inom kommunal primärvård enligt gällande medicinska riktlinjer, eller enligt upprättad plan eller SIP.

Kommunens ansvar

Kommunal hälso- och sjukvård är en del av primärvården. Kommunen ska enligt 12 kap. 1 § HSL erbjuda hälso- och sjukvård åt personer med beslut om särskilt boende, bostad med särskild service samt under vistelsetiden åt personer med beslut om dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. Kommunen har tagit ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende enligt 12 kap. 2 § HSL.

Kommunal primärvård omfattar vanligt förekommande vårdbehov, både enkla som komplexa.

Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar:

- Patienter som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till Västra Götalandsregionens mottagningar utan större svårighet och där det på grund av insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem.
- Patienter med behov av hälso- och sjukvårdsinsatser över tid, oavsett ålder eller diagnos, som kan ges med bibehållen patientsäkerhet i patientens hem.
- Patienter som enligt ovanstående punkter har behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet kan samtidigt få vissa hälso- och sjukvårdsinsatser utförda på mottagning baserat på upprättad plan eller SIP.
- Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser inom primärvård.

Efter överenskommelse kan Kommunal primärvård även omfatta:

- Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och nattetid för patienter som omhändertas av Västra Götalandsregionens vårdcentraler.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutna vård som inte kan ta sig till mottagning. Det gäller endast under

förutsättning att en dialog skett i samförstånd och nödvändig informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna.

B.4 Rehabilitering och habilitering

Rehabilitering och habilitering är hälso- och sjukvårdsinsatser som följer hälso- och sjukvårdsansvaret och bedrivs av både VGR och kommun i enlighet med detta avtal.

* L Ä S M E R

[Rutiner för samordning av insatser rehabilitering och habilitering 2009, PDF](#)

[Vägledning för rehabilitering och habilitering inom öppenvård för vuxna personer i Västra Götaland, PDF](#)

B.5 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt och beslutat att en patient själv eller vårdnadshavare kan utföra och ansvara för. I de fall då patienten behöver praktisk hjälp med egenvården behöver den legitimerade yrkesutövaren samråda med den som ska hjälpa patienten, för att bedöma samt dokumentera om hälso- och sjukvårdsinsatsen kan ske på ett patient-säkert sätt.

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter har parterna fastställt gemensamma rutiner som ska tillämpas i Västra Götaland.

* L Ä S M E R

[Egenvårdsrutin - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](#)

B.6 Vårdhygien

Både kommunen och Västra Götalandsregionen har ansvar för att förebygga och förhindra smittspridning och infektioner i vård och omsorg. VGR:s expertheter för vårdhygien har i uppdrag att bistå kommunerna med vårdhygienisk rådgivning och utbildning i enlighet med Regionalt direktiv för vårdhygienisk verksamhet.

B.7 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

Hälso- och sjukvård till asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (även kallade papperslösa) är VGR:s ansvar. Detta är enligt Lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m fl och hälso- och sjukvård till papperslösa enligt Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. För dessa personer har kommunen inget hälso- och sjukvårdsansvar, detta gäller även patienter med behov av sjukvård i boendet/hemmet. Det är möjligt att erbjuda kommunal primärvård i hemmet om kommunens och VGR:s verksamhetsföreträdare är överens om detta.

B.8 Förvaring och transport av avliden

Ansvar för omhändertagande av avliden ingår i hälso- och sjukvårdsansvaret enligt HSL.

I länsgemensam Riktlinje för förvaring och transport av avlidna* beskrivs samverkan och ansvar vid omhändertagande av avliden, transport av avliden samt regelverk då kommunen önskar köpa bårhusplats av VGR.

* L Ä S M E R

[Riktlinje för förvaring och transport av avlidna](#)

B.9 Läkemedel

Läkemedelsbehandlingar är en integrerad del i hälso- och sjukvården och ingår därmed i regelverk för samverkan mellan VGR och kommunerna i Västra Götaland.

VGR ansvarar för kostnader, exklusive patientens egenavgift, avseende läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen och som är förskrivna enligt lagen om läkemedelsförmåner till enskild patient.

Akutläkemedelsförråd

VGR tillhandahåller akutläkemedelsförråd avsedda för patienter med kommunal primärvård. Akutläkemedelsförråd och dess sortiment beslutas av VGR.

Läkemedlen i förrådet kan användas för akut ordination eller för att behandla under en begränsad tidsperiod (t ex antibiotikakur). VGR ansvarar för läkemedelskostnader, transport och kontroll av de kommunala akutläkemedelsförråden.

Öppenvårdsdos

Öppenvårdsdos beslutas av läkare som tar ställning till patientens behov och att kriterier enligt regional medicinsk riktlinje för öppenvårdsdos är uppfyllda.

B.10 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö

Personligt förskrivna hjälpmedel omfattar hjälpmedel för det dagliga livet samt hjälpmedel för vård och behandling. I Västra Götaland ingår personligt förskrivna hjälpmedel för medicinsk behandling samt läkemedelsnära produkter i hjälpmedel för vård och behandling.

Förskrivning av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter är en del av vård och behandling och följer hälso- och sjukvårdsansvaret.

Parterna har gemensamt regelverk för förskrivning av produkter inom respektive produktområde. De produktområden som ingår kan förändras på grund av förändringar i lagstiftning samt nya och/eller ändrade diagnostik och behandlingsmetoder.

B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel

Försörjning av hjälpmedel är beslutad genom samarbetsavtal mellan region och kommuner samt överenskommelser inom VGR.

Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel, består av riktlinjer och produktanvisningar*, där bland annat kostnadsansvar och förskrivningsrätt beskrivs.

För barn och ungdomar till och med 17 år har VGR kostnadsansvar för de produkter som regleras i Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel. Gällande vuxna är kostnadsansvaret beroende av vilken vårdgivare som har hälso- och sjukvårdsansvaret. För vissa produkter har VGR alltid kostnadsansvaret. I varje produktanvisning anges fördelning av kostnadsansvar för den aktuella produkten.

För att underlätta en obruten vårdkedja kan förtroendeförskrivning ske, vilket innebär att förskrivning får göras på annan sjukvårdshuvudmans kostnadsansvar.

* L Ä S M E R

[Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vregion.se\)](https://vgr.region.se/handbok-for-forskrivning-av-personliga-hjalpmedel)

B.12 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter

Läkemedelsnära produkter omfattar förbrukningsartiklar som används till en del av den medicinska behandlingen i hemmiljö. Försörjning och distribution är beslutad i samarbetsavtal där region och kommun har gemensamt kostnadsansvar (blås- och tarmdysfunktion och nutrition) samt överenskommelse där region har kostnadsansvaret (diabetes, stomi, spolvätskor och trakeostomi*).

* L Ä S M E R

[Hjälpmedel och läkemedelsnära produkter - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)

B.13 Oreglerade medicintekniska produkter

Det finns ytterligare medicintekniska produkter, som används till patienter i deras vardagsmiljö, som ännu inte är reglerade i handbok och har en gemensam försörjningslösning. Generellt gäller att den vårdgivare som förskriver produkten är kostnadsansvarig. Medicintekniska produkter som ordineras av läkare är ett ansvar för VGR.

För sårläkningsartiklar och kompressionsförband finns en förteckning där det framgår vilka produkter VGR respektive kommunen har kostnadsansvar för.

B.14 Tjänsteköp

Tjänsteköp kan ske i undantagsfall och föregås av en förfrågan till den andra parten om att utföra en insats. Ansvaret och uppföljningen av insatsen kvarstår dock hos huvudmannen.

Lokala avtal om tjänsteköp kan ingås under förutsättning att båda parter är överens och att det på alla sätt uppfyller Hälso- och sjukvårdsavtalet i övrigt.

I det lokala avtalet kommer parterna överens om formerna för tjänsteköp. I detta bör framgå vem som har mandat att besluta om tjänsteköp och på vilket sätt information och kommunikation sker parterna emellan.

B.15 Gemensamma utvecklingsområden

De länsgemensamma utvecklingsområden som identifierats i samband med revideringen överlämnas för omhändertagande till parterna i gemensamt ansvar.



FÖRSLAG

ÖVERENSKOMMELSE

Överenskommelse om läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för läkarmedverkan i kommunal primärvård.

Avtal

→ Överenskommelse



Innehåll

Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland	2
1. Inledning	2
2. Målgrupp	2
3. Syfte	3
4. Gemensamt ansvar	3
5. Parternas ansvar	4
5.1 Regionens ansvar	4
5.2 Kommunens ansvar.....	4
6. Uppföljning	5

FÖRSLAG

Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Västra Götalandsregionens läkarmedverkan i kommunal primärvård. För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A och Del B**

Del A tillsammans med del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet. Del A och Del B tillsammans med del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.



Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet att samverka, som gäller både kring målgrupper och på individnivå. Överenskommelsen baseras på 16 kap. 1 § och 2 § HSL (2017:30), som reglerar samverkansformerna och omfattningen mellan kommun och region.

Beslut om kommunal primärvård förutsätter att en planering genomförts där parterna är överens om ansvarsfördelning samt där nödvändigt informationsutbyte sker enligt gällande rutin.

2. Målgrupp

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsavtal ansvarar Västra Götalandsregionen för läkarmedverkan till de patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (2017:30).

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS.
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet sedan regionbildningen 1999, avtal enligt möjligheten i 12 kap. 2 § HSL (2017:30).

3. Syfte

Att reglera samverkansformerna för läkarmedverkan oberoende av läkarens organisatoriska tillhörighet.

Att skapa förutsättningar för ett personcentrerat förhållningssätt där patienten och närstående är medskapare i vård och behandling.

4. Gemensamt ansvar

Parterna ska gemensamt, genom samverkansstrukturen, skapa förutsättningar för ett personcentrerat förhållningssätt.

Genom att:

- arbeta proaktivt där patienten och närstående är medskapare i sin samordnade individuella planering som är hållbar dygnets alla timmar.
- utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp den individuella planen, enligt hälso- och sjukvårdslagen.
- säkra informationsöverföringen mellan alla verksamheter.
- planera för en stabil personalkontinuitet med erforderlig bemanning och kompetens för att uppfylla en god och säker hälso- och sjukvård.
- utbyta information vid personal- eller organisationsförändringar som kan påverka det lokala samarbetet.
- samverkansformer och omfattning ska avtalas lokalt, bland annat genom Närområdesplan inklusive bilaga.
- samverka mellan professionerna är en förutsättning för att kunna bedriva en patientsäker och personcentrerad vård.

5. Parternas ansvar

5.1 Regionens ansvar

Läkarens patientansvar

I Västra Götalandsregionens läkaransvar, oavsett organisatorisk tillhörighet eller vårdnivå, ingår bland annat:

- att ge möjlighet till fast läarkontakt inom primärvård enligt patientlagen (2014:821) 6 kap 3§ för att öka tryggheten för patienten.
- att utföra medicinska bedömningar, utredningar och behandlingsinsatser planerat och oplanerat för vård, hela dygnet.
- att tillgodose behovet av palliativa insatser och brytpunktssamtal vid vård i livets slutskede.
- att ge medicinsk konsultation utifrån ett personcentrerat förhållningssätt till kommunens legitimerade personal.
- att genomföra läkemedelsgenomgång och upprätta läkemedelsberättelse enligt Regional medicinsk riktlinje, RMR.

Vårdcentralens särskilda ansvar

- Tillse att läkare ska vara tillgänglig per direktkontakt för kommunens sjuksköterskor på överenskomna tider och vid akuta situationer hela dygnet.
- Utsedd vårdcentral har behandlingsansvar för alla patienter under deras vistelsetid på korttidsboendet via beslut enligt socialtjänstlagen. Detta oavsett vilken vårdcentral patienten har sitt vårdval. I närområdesplanen står det fastställt vilken vårdcentral som har ansvaret.
- Medicinskt rådgivningsansvar innebär bland annat att ansvara för råd och stöd till personalen i övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor, att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner och bistå ledningen för den kommunala verksamheten i planering av verksamhetsförslag medicinsk fortbildning. Detta ansvar åligger en utsedd vårdcentral enligt närområdesplan. Det innefattar inte patientansvar.

5.2 Kommunens ansvar

- Legitimerad personal bedömer, utreder, åtgärdar, följer upp, och informerar ansvarig läkare kontinuerligt samt vid förändringar i patientens hälsotillstånd.
- Utföra läkarordinationer samt utvärdera och återrapportera resultat.
- Tillgodose behovet av palliativa insatser vid vård i livets slutskede.

- Meddela aktuella mottagningar vid uppstart och avslut av kommunal primärvård.

6. Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för länsgemensam uppföljning av överenskommelsen. Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Uppföljning ska ske årligen av Närområdesplan med bilaga vilket är underlag till uppföljning av lokal samverkan.

FÖRSLAG



FÖRSLAG

ÖVERENSKOMMELSE

Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Avtal

→ Överenskommelse



Innehåll

Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten

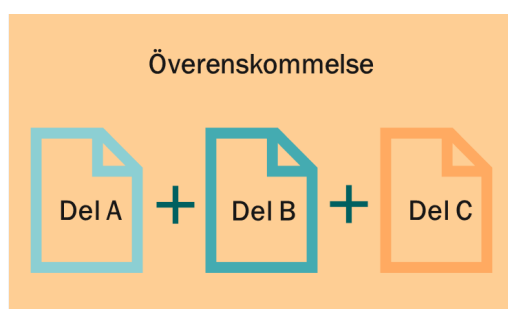
hälso- och sjukvård	2
1. Inledning	2
2. Målgrupp.....	2
3. Syfte	2
4. Gemensamt ansvar	3
5. Kommunens betalningsansvar	3
5.2 Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret.....	4
6. Uppföljning.....	4

FÖRSLAG

Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A och Del B**

Del A tillsammans med del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet. Del A och Del B tillsammans med del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.



1. Inledning

2. Målgrupp

Målgruppen är personer i alla åldrar som är i behov av samordnade insatser vid in- och utskrivningsprocessen från sluten hälso- och sjukvård.

3. Syfte

Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska stärka den enskildes rätt till en trygg, säker och effektiv in- och utskrivning, och stärka samordningen mellan huvudmän och verksamheter.

4. Gemensamt ansvar

Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland är överens om att patienter som inte längre har behov av slutenvårdens resurser så snart som möjligt ska skrivas ut. Det är den behandlande läkaren inom slutenvården som bedömer när patienten är utskrivningsklar. Målet är att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska få vård på rätt vårdnivå.

Parterna har ett gemensamt ansvar för att in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård är trygg, säker och effektiv för patienten.

Parterna ska säkerställa att berörda verksamheter:

- Följer överenskommelse och riktlinje om in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård.
- Använder gällande gemensam IT-tjänst och rutin.
- Arbetar med förbättringar av in- och utskrivningsprocessen med ett personcentrerat förhållningssätt.

Vid återkommande brister i följsamhet till framtagna överenskommelse och/eller riktlinje/rutin eller återkommande betalningsansvar bör region och kommun tillsammans ta fram en åtgärdsplan. Åtgärdsplanen är ett gemensamt ansvar och berörda verksamheter kan ta initiativ till en sådan.

5. Kommunens betalningsansvar

En kommuns betalningsansvar inträder när det genomsnittliga antalet dagar i slutna vård efter utskrivningsklar överskrider 3,0 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad. Villkoren enligt Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård och den gemensamma riktlinjen ska vara uppfyllda. Dessa villkor är:

- Slutenvården ska ha skickat inskrivningsmeddelande enligt riktlinjen.
- Slutenvården ska ha meddelat att patienten är utskrivningsklar enligt riktlinjen.
- Om SIP, samordnad individuell plan, ska göras ska öppenvården ha kallat till sådan enligt riktlinjen.

Förutsättningar för att Kommunens betalningsansvar ska träda in

- Planering finns för insatser av den regionfinansierade öppna vården.
- Insatser från den regionfinansierade öppna vården är tillgängliga för en patientsäker vård i hemmet.

5.2 Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret

- Kommunens betalningsansvar inträder om man har ett genomsnitt över 3,0 kalenderdagar under en kalendermånad.
- En kommun betalar retroaktivt för mellanskillnaden mellan genomsnittligt antal kalenderdagar och 3,0 (mellanskillnaden * Antal utskrivna personer som omfattas av denna överenskommelse * Fastställt belopp).
- Genomsnittet summeras efter varje månad.
- För patienter som är inskrivna inom slutenvården längre än 7 kalenderdagar efter bedömning om utskrivningsklar övergår genomsnittsberäkningen till individuell beräkning från dag 8. Kommunen betalar då för de dagar som överskrider 3 kalenderdagar, det vill säga från dag 4, per individ. Dessa personer ska inte räknas med i månadens genomsnitt.

Beloppet fastställs årligen av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, och motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn i den slutna vården.

6. Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för länsgemensam uppföljning av överenskommelsen. Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Framtagna gemensamma mål och indikatorer ska följas och sammanställas regelbundet på länsgemensam nivå*.

* L Ä S M E R

[Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](http://vardsamverkan.se)



FÖRSLAG

ÖVERENSKOMMELSE

Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende.

Avtal

→ Överenskommelse



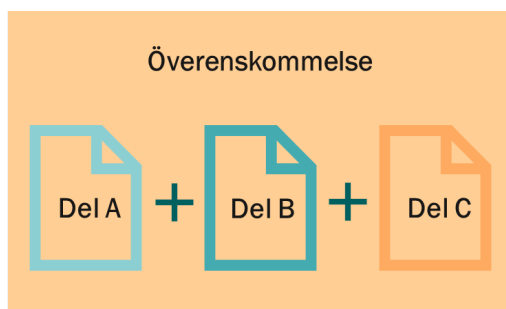
Innehåll

Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende	2
1. Inledning	2
2. Målgrupper	2
3. Lagstiftning.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
3.1 Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt kring personer med missbruk.....	3
4. Syfte	3
5. Gemensamt ansvar och samverkan.....	4
5.1 Brukarinflytande.....	4
5.2 Bästa tillgängliga kunskap	4
5.3 Informationsöverföring, planering och SIP	5
6. Parternas ansvar	5
6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning.....	5
6.2 Personer med missbruk och beroende samt samsjuklighet.....	7
6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård).....	8
6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård	12
7. Uppföljning	13

Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende. För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A och Del B**

Del A tillsammans med del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet. Del A och Del B tillsammans med del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.



1. Inledning

Denna överenskommelse reglerar samverkan mellan regional hälso- och sjukvård samt kommunala verksamheter som lyder under socialtjänstlagen, hädanefter benämnd som "kommun" i dokumentet. Överenskommelsen ska stärka samverkan mellan kommun och VGR för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Det är av särskild vikt att beakta barnens bästa.

Målgrupperna för överenskommelsen är personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning, och personer med missbruk, som har behov av insatser från både kommunens verksamheter och VGR:s hälso- och sjukvård.

3. Lagstiftning

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet, i Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen, om samarbete kring målgrupperna samt en generell skyldighet att samverka på individnivå.

3.1 Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt kring personer med missbruk

Region och kommun är genom likalydande bestämmelser i 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och 5 kap. 8 a § socialtjänstlagen, SoL, skyldiga att ingå en överenskommelse om samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Likaså är region och kommun skyldiga att ingå en överenskommelse gällande samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Detta enligt 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL samt 5 kap. 9 a § SoL.

Skyldigheten att ingå överenskommelser är avsedd att omfatta kommunernas och regionernas offentligrättsliga åtaganden, och överenskommelserna får inte strida mot några föreskrifter. Dvs. överenskommelsen omfattar samtliga kommunala och regionala verksamheter.

3.2 Samarbete vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Huvudsakliga rättsregler återfinns i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och i lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska tillämpas vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

4. Syfte

Syftet med denna överenskommelse är att personer inom målgrupperna ska ges möjlighet till återhämtning och delaktighet i samhällslivet på samma villkor som andra. Vård, stöd och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin hälsa samt sina funktioner inom livsområden som boende, sysselsättning och mellanmänniska relationer.

Den enskilde ska få vård, stöd och insatser som är samordnade mellan kommunens och VGRs verksamheter och upplevs som en välfungerande

helhet. Individerna ska inte hamna mellan huvudmännens olika ansvarsområden.

5. Gemensamt ansvar och samverkan

Varje huvudman, region och kommun, har specifikt ansvar över olika delar kring målgruppen. Dessa redogörs för under respektive behovsområde. Visst ansvar är dock gemensamt för parterna.

Parterna ska gemensamt ansvara för att:

- Erbjuder hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Erbjuder stöd till närstående.
- Arbeta för tidig upptäckt och med tidiga insatser.
- Arbeta med suicidprevention.
- I samverkansarbetet utgå från ett personcentrerat arbetssätt
- Särskilt beakta barn och ungas rätt till information, råd och stöd.
- Ge handledning i individrelaterade ärenden rörande hur vissa tillstånd kan påverka samt ge generell kunskapsöverföring.

5.1 Brukarinflytande

En utgångspunkt i samverkan mellan huvudmännen är att öka enskildas delaktighet och brukarorganisationers medverkan för att utveckla vård- och stödinsatser. Personer med egna erfarenheter av psykisk sjukdom/missbruk är en viktig källa till kunskap. Det är angeläget att deras erfarenheter och önskemål tas tillvara. Brukare och brukarföreträdare ska ges möjlighet till delaktighet och inflytande när frågor kring samverkan enligt denna överenskommelse planeras och följs upp både på lokal, delregional och regional nivå.

5.2 Bästa tillgängliga kunskap

Vården och insatserna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap, vetenskaplig grund och evidensbaserad kunskap.

Nationella riktlinjer visar på nyttan och riskerna med olika åtgärder och är ett stöd för vården och omsorgen att prioritera rätt åtgärder till dem med störst behov. Målet är att ge människor möjlighet till en god vård och omsorg.

Genom så kallade Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp samt Nationella vård- och insatsprogram för psykisk ohälsa kan förutsättningarna öka för en mer jämlik och effektiv vård baserad på bästa tillgängliga kunskap.

Vård- och insatsprogrammen berör båda huvudmännens ansvar och målet är att insatser ska vara kunskapsbaserade, jämlika, resurseffektiva samt av hög kvalitet.

Kunskapsguiden, som innehåller kvalitetssäkrad kunskap, vänder sig till yrkesverksamma inom socialtjänst eller hälso- och sjukvård.

*** L Ä S M E R**

[Nationella vård- och insatsprogram \(vardochinsats.se\)](http://vardochinsats.se)

[Kunskapsguiden \(kunskapsguiden.se\)](http://kunskapsguiden.se)

5.3 Informationsöverföring, planering och SIP

Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola och andra verksamheter ställs det stora krav på samordning. SIP, Samordnad individuell plan, är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och VGR samt andra aktörer. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet.

För fördjupad kunskap om SIP, se Hälso- och sjukvårdsavtalet del A och B.

6. Parternas ansvar

VGR ska medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador genom att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser i så väl öppen som sluten vård. Hälso- och sjukvården ges av kommunalt respektive regionalt finansierad primärvård, habiliteringen, tandvården och den somatiska och psykiatriska specialistvården.

Kommunens insatser ska under hänsynstagande till den enskildes ansvar för sin situation inriktas på att främja den enskildes ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet. Kommunen ska erbjuda stöd till meningsfull sysselsättning, försörjning, bostad och utbildning. I det enskilda fallet krävs dock oftast en ansökan och en individuell behovsprövning för att få tillgång till insatser. Kommunen erbjuder också insatser enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.

6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning

Målgruppen Personer med psykisk funktionsnedsättning består av personer, oavsett ålder, med psykisk funktionsnedsättning som har svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en

person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara direkt effekt av funktionsnedsättningen.

Svårigheterna kan ha funnits över tid, ibland sedan födseln. För vissa personer är funktionsnedsättningen varaktig och livslång.

Länets kommuner och VGR har antagit en gemensam överenskommelse om samverkan för barns och ungas hälsa. Målgruppen för denna är alla barn och unga, till och med 20 år, som behöver samordnade insatser och tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter inom VGR och kommunerna.

Regionens ansvar

- Motverka somatisk ohälsa, skada och förtida död och uppmärksamma behovet av tandvård.
- Erbjuder samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, förutsättningar och behov av anpassning

Kommunens ansvar

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens verksamheter.
- Initiera och påtala de behov av stöd från samhället som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- När behov finns, tillhandahålla boende och stöd i hemmet så att personen får möjlighet att bo på ett sätt som är anpassat efter den enskildes behov.
- Erbjuder meningsfull sysselsättning och/eller stöd till att arbeta eller studera.
- Kommunens socialtjänst och skolhuvudmän som bedriver utbildning i kommunen måste samverka med varandra gällande fullföljda studier för denna målgrupp.

6.2 Personer med missbruk och beroende samt samsjuklighet

Målgruppen Personer med missbruk och beroende omfattar personer, oavsett ålder, med missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel samt spel om pengar.

Missbruk innebär att bruket av drogen påverkar individen eller dennes omgivning negativt. Missbruket går ut över individens sociala liv, såsom hem, familj, arbete och skola, men leder också till ökad risk för fysisk skada. I fråga om narkotika räknas ofta en användare som missbrukare oberoende av mängd, eftersom narkotikainnehav/bruk är kriminaliserat.

Samsjuklighet innebär att man har två eller flera diagnoser, psykiska och/eller somatiska samtidigt. Samsjuklighet fördröjer och försvårar många gånger behandling och återhämtning. Samsjuklighet är ofta vanligt vid psykisk sjukdom och vid missbruksproblem. Personer med samsjuklighet löper en större risk för allvarliga skador, sjukdomar och förtida död.

Både kommunen och VGR har ett ansvar för att tidigt identifiera samsjuklighet och att särskilt uppmärksamma denna problematik hos ungdomar. Båda huvudmännen ska säkerställa att behandling av missbruk och samtidig psykisk sjukdom sker parallellt och integrerat.

Samsjuklighet får aldrig vara ett skäl till att inte ge vård eller att vård och behandling försenas. Uthållighet och kontinuitet ska prägla vården och insatserna.

Regionens ansvar

- Ge tvärprofessionella behandlingsinsatser.
- Erbjud stöd till anhöriga och närstående.
- Särskilt beakta barns rätt till information, råd och stöd.
- Motverka ohälsa, skada och förtida död samt bedriva smittskyddsarbete och tandvård.
- Erbjud samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, behov och förutsättningar.
- Fullfölja anmälningsskyldighet enligt gällande lagar.
- Initiera samverkan kring tillnyktring

Kommunens ansvar

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens insatser och verksamheter.
- Initiera och påtala de behov av stöd som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- Erbjudna stöd till boende och sysselsättning.
- Arbeta med återfallsprevention.
- Ge motiverande och familjeorienterade insatser.
- Kommunens socialtjänst och skolhuvudmän som bedriver utbildning i kommunen måste samverka med varandra gällande fullföljda studier för denna målgrupp.
- Ge stöd till barn som har en förälder eller annan närstående med missbruks- och beroendeproblem.
- Erbjudna stöd till anhöriga och närstående.

6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård)

Hem för vård och boende, HVB-hem, är en verksamhet som bedriver behandling, omvårdnad och stöd till barn, ungdomar, vuxna eller familjer med någon form av behov inom kommunens ansvarsområde. Hem för viss annan heldygnsvård är ett tillfälligt boende som ger möjlighet till avlastning för anhöriga eller rehabilitering för individen.

En placering utanför hemmet görs då det bedöms vara nödvändigt utifrån personens behov, antingen efter en ansökan från den enskilde (SoL) eller efter en bedömning av socialnämnden utifrån Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, SoL, LVU eller LVM med placering i familjehem, på HVB eller Statens institutionsstyrelses, SIS, institutioner.

Skiljelinjen mellan huvudmännens ansvar i lagstiftning är inte alltid tydlig. I realiteten har många personer behov och svårigheter inom flera livsområden. Ofta besväras personer med psykisk funktionsnedsättning och missbruk även av somatisk ohälsa och psykosocial problematik. Insatserna ska präglas av ett helhetsperspektiv och av att flera insatser kan göras samtidigt. Behovet kan

därmed omfatta ett brett spektrum av vård och stödinsatser, som faller inom både det sociala och det medicinska området.

Gemensamt ansvar

Båda huvudmännen ska utgå från den enskildes bästa med målet att vård, stöd och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin fysiska och psykiska hälsa samt funktioner inom livsområden som boende, sysselsättning och mellanmänniska relationer.

Båda huvudmännen ska sträva efter att minska behovet av placeringar genom att själva tillhandahålla individanpassade vård- och stödinsatser.

En gemensam process för hantering av ansvar vid placering är central när den enskilde har behov av insatser från både kommun och region. Dessförinnan ska huvudmännen ha kommit fram till att resurser i närmiljön är uttömda samt att den enskildes behov inte kan tillgodoses på annat sätt än genom placering utanför hemmet. Resurser i närmiljö/Västra Götaland ska alltid övervägas före placeringar utanför regionen, för att resurserna på bästa sätt ska tillgodose den enskildes insatsbehov samt skapa förutsättningar för kontinuitet. I vissa fall kan det dock vara till den enskildes fördel att placering sker utan hänsyn till geografi, då kvalitet och inriktning på insatsen kan väga tyngre.

Regionens respektive kommunens ansvar

Kommunen har det yttersta samordningsansvaret för placeringen i sin helhet. Vid placering av barn är barnens hälsa och skolgång de enskilt viktigaste faktorerna att ta hänsyn till.

Regionen har alltid ansvar för läkarinsatser, oavsett boendeform, och har dessutom ansvar för övriga hälso- och sjukvårdsinsatser i boendeformerna HVB, Familjehem och Hem för viss annan heldygnsvård. Personer som har behov av fortsatta insatser, och som placeras i boenden, ska därmed inte avslutas hos aktuell verksamhet inom hälso- och sjukvården. Ansvar för den enskildes hälso- och sjukvårdsinsatser kan aldrig förläggas till boendet.

Varje huvudman ansvarar för bedömning, utredning, insatser och uppföljning utifrån sitt uppdrag.

Båda huvudmännen har rätt att själva utföra insatserna. Båda huvudmännen har också rätt att träffa avtal med annan part som har kompetens att utföra uppdraget. Denna rätt omfattar enbart det ansvarsområde som respektive huvudman ansvarar för enligt gällande lagstiftning.

Gemensam planering

Inför en placering, där båda huvudmännen är delaktiga, ska en samordnad individuell plan, SIP, så tidigt som möjligt upprättas där ansvarsfördelning tydliggörs.

I de fall den enskilde inte vill delta i en SIP kan hen ändå lämna samtycke till samverkan mellan huvudmännen. I dessa fall ska en plan upprättas för hur ansvar fördelas mellan huvudmännen, enligt mallen för SIP.

Vid placering ska särskilt beskrivas:

- målsättning med placeringen och planerad placeringstid.
- den enskildes behov och önskemål.
- respektive huvudmans och parts ansvar för de insatser som ska utföras och på vilket sätt detta tillförsäkras individen.
- hur skola/sysselsättning tillgodoses.

Då placering sker akut ska en gemensam planering genomföras skyndsamt. Huvudmännen har ett gemensamt ansvar att omgående komma överens om en tillfällig ansvarsfördelning. Den enskildes behov av insatser ska alltid säkerställas.

Överenskommelse om kostnadsansvar

I de fall då det kan bli fråga om att insats utförs av annan än huvudmännen är huvudregeln att varje huvudman ansvarar för de kostnader som kan knytas till vars och ens ansvar. Detta oavsett om insatserna utförs av huvudmannen eller om avtal med annan part upprättats. Avtal och insatser som även omfattar den andra huvudmannens ansvarsområde ska föregås av ett godkännande från denne, för att kostnadsansvar ska uppstå.

Varje placering ska föregås av en överenskommelse om kostnadsansvar mellan huvudmännen, oavsett vilken huvudman som gör placeringen.

I den skriftliga kostnadsfördelningen ska det framgå:

- respektive huvudmans och parts ansvar för de insatser som ska utföras.
- hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses.
- fördelning av kostnader i kronor eller procent.
- tidsperiod

Då placering sker akut bör kostnadsfördelningen vara klarlagd senast 30 dagar efter placeringen. Kostnaden för akutplaceringen ligger kvar på placerande huvudman till dess att ansvars- och kostnadsfördelning fastställts.

Oenigheter som uppkommer vid upprättandet av överenskommelse om kostnadsansvar mellan huvudmännen, ska lösas i linjeorganisationen. Det innebär att chefer i respektive verksamhet/organisation har i uppdrag att i samverkan hitta en lösning. Parterna har gemensamt ansvar för att via SIP, eller annan gemensam plan, omgående komma överens om tillfällig kostnadsfördelning i väntan på lösning. Det beslut som slutligen fattas i linjeorganisationen kan innebära en justering i efterhand.

I de fall den enskilde är i behov av både kommunens socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser, och fördelningen mellan dessa är oklar, kan huvudmännen dela på kostnaden. Detta görs då utifrån en schablon där VGR betalar en tredjedel och kommunen två tredjedelar av placeringskostnaden (33% VGR, 67% kommun), om inget annat är överenskommet. Denna schablon ska användas restriktivt och enbart i de fall då kostnadsfördelningen är oklar och inte på annat sätt kunnat definierats.

Uppföljning av placering

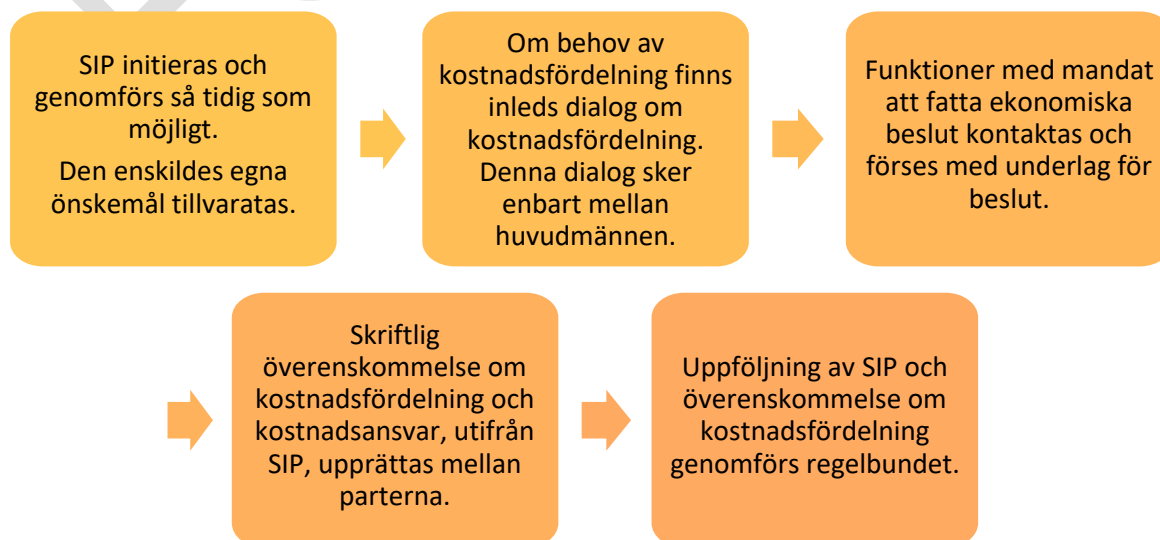
Uppföljning av den enskildes placering ska ske gemensamt och regelbundet av huvudmännens berörda verksamheter.

När den enskildes behov förändras ska parterna göra nya bedömningar om, och hur, kostnadsfördelningen ska justeras.

Inför avslut av placering ska gemensam planering för vidare insatser göras.

Process för gemensamma aktiviteter för planering och uppföljning vid placering

Följande processbild beskriver de för huvudmännen gemensamma aktiviteter för planering och uppföljning vid placering. Den beskriver inte respektive huvudmans enskilda ansvar i processen.



6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård

En person som lider av en allvarlig psykisk störning och som motsätter sig nödvändig vård kan bli föremål för psykiatrisk tvångsvård. En person som lider av en allvarlig psykisk störning och som begått brott kan, i stället för att dömas till kriminalvårdspåföljd, dömas till rättspsykiatrisk vård.

Båda vårdformerna påbörjas alltid i slutenvård men kan omvandlas till öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) respektive öppen rättspsykiatrisk vård (ÖRV) via beslut i förvaltningsrätt. Förvaltningsrätt stipulerar de särskilda villkor som den enskilde ska följa utanför sjukhuset. En samordnad vårdplan som beskriver olika parter insatser ska justeras av psykiatri och kommun.

En förutsättning är att patienten bedöms vara utskrivningsklar av ansvarig läkare samt att förvaltningsrätt fattat beslut om ÖPT respektive ÖRV. Det ska även vara klarlagt att den regionfinansierade öppna vården är tillgänglig för den enskilde.

Regionens ansvar

- Utföra behandling i slutenvård enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och Lag om rättspsykiatrisk vård, LRV.
- Besluta om permission från slutenvård.
- Planera och samordna med andra aktörer vid permission från slutenvård.
- Ansöka hos förvaltningsrätten om övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Genomföra samordnad vårdplanering, SVPL, vid utskrivning från slutenvård i samråd med kommunen.
- Utföra behandlings- och rehabiliteringsinsatser i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Presenterar för förvaltningsrätten en justerad (undertecknad av parterna) samordnad vårdplan där planerade insatser från olika huvudmän regleras.
- Föreslå förvaltningsrätten de särskilda villkor som den enskilde ska rätta sig efter vid öppen vårdform.
- Erbjuder en SIP vid utskrivning från öppen tvångsvård till frivillig öppenvård om behov finns av insatser från båda huvudmännen.

Kommunens ansvar

- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt relevant lagstiftning.
- Att medverka vid samordnad vårdplanering inför utskrivning från slutenvård och vid upprättande av Samordnad vårdplan.

- Insatser enligt SoL och LSS vid permission från slutenvård.
- Insatser enligt SoL och LSS vid öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.

7. Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för länsgemensam uppföljning av överenskommelsen. Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende tillämpning, följsamhet samt rapporterade avvikelser. Uppföljning av följsamhet bör ske på såväl individ- som systemnivå.



ÖVERENSKOMMELSE

Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

Avtal

→ Överenskommelse



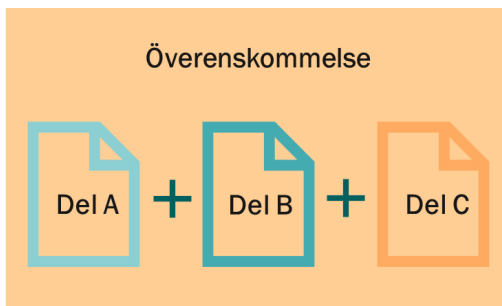
Innehåll

Del C, Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.....	1
1. Inledning.....	1
2. Målgrupp.....	2
3. Syfte.....	2
4. Gemensamt ansvar.....	3
5. Parternas ansvar.....	3
5.1 Västra Götalandsregionens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.....	3
6. Uppföljning och utvärdering.....	6
7. Utveckling och gemensamma utmaningar.....	7
7.1 Öka andel intyg om N-tandvård.....	7

Del C, Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård. För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A och Del B**

Del A tillsammans med del B utgör Hälso- och sjukvårdsavtalet. Del A och Del B tillsammans med del C utgör fyra lagstadgade överenskommelser.



Västra Götalandsregionen (VGR) har enligt tandvårdslagen (1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för individer som har rätt till denna insats. Enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) ska VGR och kommunen samverka beträffande målgruppen och det är myndigheternas ansvar att utarbeta en samverkansmodell.

I förbyggande och hälsofrämjande arbetet ingår en god munhälsa, att ett gott allmäntillstånd behålls samt att ett ökat tandvårdsbehov undviks. Denna överenskommelse upprättas mellan parterna som reglerar samverkan, uppföljning samt utvärdering av målgruppens tillgång till uppsökande och nödvändig tandvård.

Överenskommelsen omfattar en gemensam planeringsprocess.

2. Målgrupp

Bakgrunden till att i tandvårdslagen definiera grupperna har varit bedömningen att dessa grupper omfattar individer, som på grund av sitt stora omvårdnadsbehov, ofta har svårigheter att sköta sin munhygien på ett tillfredsställande vis samt ofta saknar förmåga och insikt om vikten av regelbunden tandvård.

Målgrupp är den personkrets som finns angiven i tandvårdslagen (1985:125) 8 a §:

Vid tillämpningen av 8 § ska landstinget särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som
 - a. omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
 - b. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
 - c. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

Region/Landsting ska även se till att N-tandvård erbjuds de personer som beskrivs i grupperna ovan (1, 2a, 2b samt 2c).

3. Syfte

Målet är att upprätta och bibehålla en god munhälsa hos målgruppen. Alla individer som har rätt till nödvändig tandvård (intyg om N-tandvård) ska identifieras och erbjudas munhälsobedömning. Syftet med verksamheten är att skapa bästa möjliga förutsättningar för brukare att klara den dagliga munvården.

Detta förutsätter en god samverkan mellan huvudmännen där ansvarsfördelning och samverkan är tydlig och känd hos berörda verksamheter. Överenskommelsen ska förtydliga samverkan och ansvarsfördelning mellan kommuner i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

4. Gemensamt ansvar

Parternas gemensamma åtagande innebär att

- implementera och säkerställa att innehållet i överenskommelsen är känt i samtliga berörda verksamheter.
- ställa krav på att överenskommelsen som VGR och kommunen har träffat även gäller i avtal med tandvårdsleverantör enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, samt enligt lagen om valfrihetssystem, LOV.
- gemensam uppföljning av överenskommelsen.

5. Parternas ansvar

5.1 Västra Götalandsregionens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

VGR tillhandahåller tandvårdsleverantör som ska ansvara för den uppsökande verksamheten i samverkan med kommunen. I den uppsökande verksamheten ingår att ge årlig munhälsobedömning till individer med intyg om N-tandvård samt erbjuda utbildning i allmän munhälsovård till berörd personal.

Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

- VGR ska, vid behov, vägleda kommunens intygsutfärdare med bedömning av underlaget för intyg om N-tandvård.
- VGR ska årligen tillhandahålla regelbunden utbildning och aktuellt informationsmaterial för kommunens intygsutfärdare.
- VGR ska ge kommunen information om eventuell förändring inom N-tandvård och uppsökande verksamhet.
- VGR ska tillhandahålla informationsmaterial om N-tandvård och munhälsobedömning. Informationsmaterialet riktar sig till individer som är berättigade till N-tandvård och munhälsobedömning, anhöriga och närstående, patientföreningar, vårdpersonal med flera.
- VGR tillhandahåller ett IT-stöd för kommunen, Intygsbeställningen, för all administration som krävs gällande intyg om N-tandvård, munhälsobedömning, boendeenheter med mera.
- VGR ansvarar för att uppgifter från Intygsbeställningen förs över till tandvårdsleverantörens IT-system.

Munhälsobedömning

- VGR ansvarar för att tandvårdsleverantören tillhandahåller utbildning för personal inom vård och omsorg.
- Tandvårdsleverantören ansvarar för att behovet av hjälp med daglig munvård beskrivs av tandhygienisten i ett individuellt dokument. I dokumentet beskrivs förutsättningen att klara daglig munvård utifrån ett individuellt perspektiv.
- Tandvårdsleverantören ansvarar för återrapportering till personal/närstående om eventuellt vårdbehov vid munhälsobedömning.

Avvikelser

- Om samarbetet med kommunen i den uppsökande verksamheten inte fungerar ska tandvården lämna avvikelse*.

* L Ä S M E R

[N-tandvård och munhälsobedömning - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)

5.2 Kommunens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Kommunen tillhandahåller den personal, så kallad intygsutfärdare, som ska identifiera individer berättigade till N-tandvård och munhälsobedömning.

Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

- Kommunen ska utse minst en kontaktperson per kommun/stadsdel för kommunikation och informationsutbyte med VGR gällande det som rör intyg om N- tandvård och munhälsobedömning.
- Kommunen ansvarar för att det finns tillräckligt många intygsutfärdare inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst som säkerställer att berättigade individer får erbjudande om årlig munhälsobedömning och intyg om N-tandvård. En intygsutfärdare kan till exempel vara biståndshandläggare, LSS-handläggare, sjuksköterska inom hemsjukvård, socialsekreterare, enhetschef med flera*. Kommunen ansvarar för att en intygsutfärdare regelbundet genomgår utbildning som VGR tillhandahåller och som säkerställer att intygsutfärdaren har aktuell kompetens för att kunna identifiera vilka individer som är berättigade till N-tandvård.

- Kommunen ansvarar för att aktuella uppgifter är registrerade i det IT-stöd, Intygsbeställningen, som VGR tillhandahåller för all administration gällande intyg om N-tandvård och munhälsobedömning. Det är viktigt att det finns rätt boendeadress till individ med intyg om N-tandvård, rätt kontaktuppgift till ansvarig på boende/hemtjänst med mera för att tandvårdsleverantören ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

*** L Ä S M E R**

[Intygsbeställningen för utfärdare och administratörer](#)

Munhälsobedömning

En munhälsobedömning är en enkel kontroll av munhåla och tänder. Vid en munhälsobedömning dokumenteras förutsättningen att klara daglig munvård utifrån ett individuellt perspektiv. Tips och råd om hur personal kan hjälpa till med daglig munvård ingår i munhälsobedömningen.

Kommunen ska samverka med tandvårdsleverantören gällande utbildning i allmän munhälsovård och munhälsobedömning.

Uppgift om individens behandlare eller vårdgivare av N-tandvård (folktandvård eller privat) ska finnas dokumenterad och tillgänglig för omvårdnadspersonal för att säkerställa regelbunden kontakt med tandvård.

Individer med intyg om N-tandvård som är registrerade att de inte önskar en munhälsobedömning ska årligen erbjudas sådan. Förändrat svar registreras i IT-stödet, Intygsbeställningen.

Kommunen ansvarar för att omvårdnadspersonal deltar vid munhälsobedömning.

Omvårdnadspersonal har ansvar för att individen ges daglig munvård enligt tandvårdens instruktioner. Tid för daglig munvård ska ingå i personlig hygien.

Utbildning

I den uppsökande verksamheten ingår utbildning till personal inom vård och omsorg i allmän munhälsovård. Den tandvårdsleverantör som VGR tillhandahåller ansvarar för utbildningen. Utbildningen kan varieras i tid och rikta sig till det behov personalen har. Till exempel allmän munhälsovård, tandvård för dementa, praktisk träning i hur munvård utförs på annan person med mera.

Genom rätt utbildning ges förutsättning för ett gott omhändertagande av daglig munvård. Kommunen ansvarar för att berörd omvårdnadspersonal genomgår de utbildningar i allmän munhälsovård som VGR/tandvårdsleverantör erbjuder.

Avvikelser

- Om samarbetet med tandvården i den uppsökande verksamheten inte fungerar ska kommunen lämna avvikelse*.

* L Ä S M E R

[Samverkansavvikelse](#)

6. Uppföljning och utvärdering

Parterna har ett gemensamt ansvar för länsgemensam uppföljning av överenskommelsen.

VGR ansvarar för att genomförd verksamhet följs upp och rapporteras inom VGR, kommuner och centrala myndigheter. Kommunen är i vissa delar av uppföljningen ansvariga för att rätt uppgifter lämnas till VGR.

VGR sammanställer statistik kring munhälsa från IT-stöden. Återkoppling ges kvartalsvis. Mått som redovisas är bland annat:

- Antal individer med intyg om N-tandvård per kommun.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som önskar munhälsobedömning.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som får munhälsobedömning.
- Antal individer med intyg om N-tandvård som får nödvändig tandvård.
- Antal deltagare och utbildningstimmar för vårdpersonal i kommunen.
- Antal avvikelser som visar hur många individer med intyg om N-tandvård som är registrerade på fel boendeenhet.
- Antal avvikelser som visar hur många individer med intyg om N-tandvård som inte vill ha munhälsobedömning när tandvården kommer trots att det är registrerat att de vill.

7. Utveckling och gemensamma utmaningar

7.1 Öka andel intyg om N-tandvård

Målsättningen är att alla individer som har rätt till intyg om N-tandvård ska få det.

Det är parternas gemensamma intresse att öka täckningsgraden för att uppfylla målet.

En beräkning (sammanställd av VGR februari 2017) av andel intyg om N-tandvård per befolkning från 24 år och uppåt visar en variation mellan kommunerna från 1,17 - 3,47 procent.

Den differens som finns mellan olika kommuner kan visa på att det finns individer som har rätt till intyg om N-tandvård men som inte får detta. I dialog mellan kommunernas kontaktpersoner och VGR föreslås, som ett första delmål och rimlighet för den enskilda kommunen, att minst 3 procent av befolkningen i varje kommun över 24 år får intyg om N-tandvård.

Utveckla uppföljning till att omfatta kvalitetsmått

Parterna har ett gemensamt ansvar för att fortsatt utveckla former för kvalitativ uppföljning till exempel utifrån brukare, närstående och omvårdnadspersonal.

Mått som kommer att följas upp är:

- Antal avvikelser som visar på samverkansbrist och skäl till dessa.
- Att samtliga enheter i kommunen under en treårsperiod har genomgått utbildning i allmän munhålsvård.
- Antal intygsutfärdare som deltar i utbildningar som VGR årligen erbjuder.

Missiv

Förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser

Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser i Västra Götaland reglerar samverkan och ansvar för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunen och Västra Götalandsregionen (VGR).

På uppdrag av det politiska samrådsorganet, SRO, har Hälso- och sjukvårdsavtalet uppdaterats och reviderats inför ny avtalsperiod. Samtidigt har underavtal och överenskommelser med koppling till Hälso- och sjukvårdsavtalet, där lagstiftningen ställer krav på att samverkan ska regleras i överenskommelse, också reviderats.

Nationellt pågår ett omställningsarbete där både kommunal och regional primärvård, är navet i vården och samspelar med socialtjänsten. Målet med omställningen är att patienten får en god, nära, samordnad och hälsofrämjande vård och är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser.

Förändringar har gjorts med syfte att lyfta fram den omställning som sker och för att få avtalet att hålla över tid med fokus på personcentrerat förhållningssätt.

Ett huvudavtal med tillhörande överenskommelser

I samband med revideringen har det tydliggjorts hur avtal och överenskommelser mellan kommunerna i länet och VGR är kopplade till varandra. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser läses som en helhet.

I de fyra lagstadgade överenskommelserna enligt hälso- och sjukvårdslagen finns de avtalstexter som är specifika för aktuellt samverkansområde/målgrupp såsom samverkansansvar och ansvarsfördelning.

- Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal primärvård i Västra Götaland.
- Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende.
- Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

Det finns ytterligare avtal och överenskommelser som regleras i annat sammanhang.

Sammanfattning av förslag

Genomgående har förtydligande gjorts i både hälso- och sjukvårdsavtal och i överenskommelserna kring personcentrerat förhållningssätt, patientsäkerhet samt samverkan och tillit. Barnkonventionen har lyfts in. Förtydligande har även gjorts kring att primärvård omfattas av två huvudmän och att kommunens hälso- och sjukvård är en del av primärvården.

En stor mängd synpunkter har inkommit från remissinstanserna, vilket tyder på ett stort engagemang. Det har varit en utmaning att ta hand om motstridiga synpunkter, som exempel förkorta eller förlänga avtalets längd. Några remissinstanser har önskat en högre detaljeringsgrad och andra en lägre. Flera av synpunkterna kommer att tas om hand i det fortsatta länsgemensamma utvecklingsarbetet.

Del A: Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande

- Avtalstiden är förändrad från 3,5 år till 4 år.
- Möjligheten att förlänga avtalet har ändrats från 2 år till 3 år.
- Uppsägningstiden är förändrad från 12 månader till 18 månader.
- Ansvarsförhållande, primärvårdens hälso- och sjukvårdsuppdrag/specialiserad vård
- Samlat information kring SIP, informationsöverföring och planering

Del B: Hälso- och sjukvårdsavtalet

- Kommunal hälso- och sjukvård är en del av primärvården.
- Kompletterat med Primärvårdens grunduppdrag under lagstiftning
- Patientens fasta vårdkontakt ska utses där den huvudsakliga vården ges.
- Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ska tillsammans stärka patientens ställning.
- Tillsammans utgör professioner från de båda huvudmännen det team som ansvarar för att ge en god och säker hälso- och sjukvård till målgruppen
- Förtydligat att ansvaret för rehabilitering ska följa hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Kommunens möjlighet att bistå VGR i enskilda fall är utökad till att även omfatta dagtid helg, tidigare enbart kväll och natt.
- Regionen ska erbjuda samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård.

Del C: Överenskommelser

Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunernas primärvård i Västra Götaland

- Gemensamt ansvar kring lokal samverkan bl.a. genom närområdesplan med bilaga
- Regionen ska ge möjlighet till fast läkarkontakt i primärvård
- Tillgänglighet till läkare hela dygnet

Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

- Patienter som inte längre har behov av slutenvårdens resurser ska *så snart som möjligt* skrivas ut
- Målet är att patienten får vård på rätt vårdnivå
- Tydliggörande kring förutsättningar för kommunens betalningsansvar kopplat till den regionfinansierade öppenvården
- Betalningsmodellen kvarstår

Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

- Omfattar samtliga kommunala och regionala verksamheten som möter målgruppen
- Tydliggöranden gällande ansvarsfördelning för respektive huvudman samt för gemensamma ansvarsområden
- Större fokus på individen och dess behov
- Gemensamma texter har lyfts till A och B delen

Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

- N-Tandvårds åldersgräns är förändrad, gäller numera från det år den enskilde fyller 24 år

Länsgemensam uppföljning, analys och utveckling

Under arbete med Färdplan, Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna har utvecklingsområden identifierats. De kommer

omhändertags för att omsättas i Färdplan läns gemensam strategi för god och nära vård. *Utvecklingsområdena kommer redovisas löpande på vardsamverkan.se*. Genom läns gemensam uppföljning och analys följs både avtal och utveckling i sin helhet.

Fortsatt beslutsgång

SRO har den 24 februari, 2022 ställt sig bakom reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser och rekommenderar samtliga parter att var för sig besluta om att anta reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser.

Datum:

Datum:

Johnny Magnusson, Ordförande SRO,
Ordförande Regionstyrelsen

Axel Josefsson, Vice ordförande SRO,
Göteborgsregionens kommunalförbund

Protokollsutdrag

§ 357. Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård

Diarienummer: 2021-00198

Beslut

Förbundsstyrelsen ställer sig bakom samt rekommenderar medlemskommunerna att anta förslaget till färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård.

Sammanfattning av ärendet

Färdplanen är en övergripande länsgemensam strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Den innehåller de områden som kommuner i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030. Den länsgemensamma strategin ska bidra till ett kraftfullt genomförande.

SRO behandlade ärendet 2022-02-24. Förslag till beslut är att ställa sig bakom Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård och rekommendera samtliga parter att var för sig besluta om att anta Färdplanen. Västkom's styrelse behandlade ärendet 2022-03-14.

Beslutsunderlag

- Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård
- Utkast Missiv till SRO 2022-02-24

Skickas till

Västra Götalandsregionen
SRO
Västkom
Medlemskommunerna

Vid protokollet:

Gunnel Rydberg
Förbundssekreterare

Justeras:

Axel Josefson
Ordförande

Marina Johansson
Justerare

Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård

Förslag till beslut

Förbundsstyrelsen föreslås, under förutsättning att SRO och Västkomms styrelse fattar samma beslut, ställa sig bakom och rekommendera medlemskommunerna att anta förslaget till färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård.

Sammanfattning av ärendet

Alla som bor och verkar i Västra Götaland ska kunna leva ett gott liv. Nyckeln till Västra Götalands långsiktiga attraktivitet och konkurrenskraft är vår gemensamma förmåga att vara innovativa och ställa om till ett hållbart samhälle. God och nära vård är riktningen i omställningsarbetet.

Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov.

Färdplanen är en övergripande länsgemensam strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Den innehåller de områden som kommuner i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030. Den länsgemensamma strategin ska bidra till ett kraftfullt genomförande.

Framgångsfaktorer för den nära vården är personcentrering som förhållningssätt, samverkan och tillit mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen samt en gemensam målbild som visar färdriktningen.

SRO kommer behandla ärendet 2022-02-24. Förslag till beslut är att ställa sig bakom Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård och rekommendera samtliga parter att var för sig besluta om att anta Färdplanen. Västkomms styrelse behandlar ärendet 2022-03-14.

Beslutsunderlag

- Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård
- Utkast Missiv till SRO 2022-02-24

BESKRIVNING AV ÄRENDET

Bakgrund och syfte

Nationellt pågår ett omställningsarbete där både kommunal och regional primärvård, är navet i vården och samspelar med socialtjänsten. Målet med omställningen är att patienten får en god, nära, samordnad och hälsofrämjande vård och är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser

SRO gav direktörerna på VästKom och Västra Götalandsregionen att i samverkan ta fram en färdplan för omställningen till en god och nära vård. Ett dialogunderlag togs fram under 2020. Dialog har därefter förts inom delregional vårdsamverkan. Göteborgsregionens styrgrupp för Social Välfärd och strategiska chefsnätverk har fått regelbunden rapportering och haft dialog med VästKom. En remissversion har varit klar sedan våren 2021.

Sammanfattning av ändringar från remissversion

Färdplanen - länsgemensam strategi för god och nära vård har kompletterats med att den ska beakta barnkonventionens mål samt de länsgemensamma mål som sätts i den Regionala utvecklingsplanen (RUS).

Målgruppen har omformulerats sedan remissversionen för att minska risken för exkludering. Målgruppen är personer som behöver insatser och samordning från både region och kommun oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning.

Färdplanen - länsgemensam strategi för god och nära vård innehåller gemensamt prioriterade områden att kraftsamla kring. Sex förändrade arbetssätt beskrivs. Området "utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet" har reviderats. Primärvården har patientansvar dygnet runt och primärvården består av två huvudmän.

Länsgemensam uppföljning, analys och utveckling

Under arbete med Färdplan, Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna har utvecklingsområden identifierats. De kommer omhändertas för att omsättas i Färdplan länsgemensam strategi för god och nära vård. Utvecklingsområdena kommer redovisas löpande på vardsamverkan.se. Genom länsgemensam uppföljning och analys följs både avtal och utveckling i sin helhet.

Bedömning

Göteborgsregionen bedömer att Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård ger en riktning och bidrar till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg.



Tjänsteskrivelse Göteborgsregionens kommunalförbund

Handläggare: Maria Ljung, Planeringsledare

Datum: 2022-02-17 Diarienummer: 2021-00198

Helena Söderbäck
Förbundsdirektör

Lena Holmlund
Avdelningschef

Skickas till

Västra Götalandsregionen

SRO

Västkom

Medlemskommunerna



FÖRSLAG

STRATEGI

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

Gällande länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen

Riktat sig till; vård och omsorg, socialtjänst, kommunalt och regionalt finansierad hälso- och sjukvård, skolverksamheterna, tandvård samt hälsofrämjande och förebyggande områden.



Innehåll

1	Inledning: Tillsammans för en hållbar omställning till en god och nära vård	2
2	Begreppet god och nära vård.....	3
3	Varför behövs en omställning för en god och nära vård?	3
3.1	Utmaningar inom demografin.....	3
3.2	Bristande samordning.....	3
3.3	Ekonomi.....	4
4	Syfte	4
5	Parter	5
6	Giltighetstid	5
7	Målbild Västra Götaland	5
8	Prioriterade målgrupper.....	6
9	Sex steg för att förändra och utveckla arbetsätt i samverkan.....	6
9.1	Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser.....	6
9.2	Utveckla Personcentrerade arbetsätt.....	7
9.3	Stärk samverkanskultur för att öka tillit mellan huvudmännen	8
9.4	Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen	8
9.4.1	Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt.....	9
9.4.2	Fast omsorgskontakt	9
9.4.3	Samordnad individuell plan, SIP	9
9.4.4	Patientkontrakt.....	9
9.5	Utveckling av arbetsätt med stöd av digitalisering.....	9
9.6	Utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet.....	10
10	Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan.....	10
10.1	Digitala hjälpmedel/välfärdsteknik.....	11
10.2	Gemensam vårdinformation	11
10.3	Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan	11
10.4	Kompetensförsörjning.....	12
10.5	Verksamhetsutveckling och implementering	12
11	Gemensamt ansvar - Ledning och styrning.....	13
12	Från Färdplan - läns-gemensam strategi för god och nära vård till genomförande.....	13
13	Läns-gemensam uppföljning och analys.....	14



1 Inledning: Tillsammans för en hållbar omställning till en god och nära vård

Alla som bor och verkar i Västra Götaland ska kunna leva ett gott liv. Nyckeln till Västra Götalands långsiktiga attraktivitet och konkurrenskraft är vår gemensamma förmåga att vara innovativa och ställa om till ett hållbart samhälle. God och nära vård är riktningen i omställningsarbetet.

Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Den ska beakta barnkonventionens mål samt de länsgemensamma mål som sätts i den Regionala utvecklingsplanen (RUS). Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Färdplanen - länsgemensamma strategin för god och nära vård är en övergripande strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030. Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland har olika ansvar, resurser och kunskaper, strategin ska bidra till ett kraftfullt genomförande.

Ingen kan lösa dessa utmaningar på egen hand, men tillsammans kan vi bidra till en omställning mot en god och nära vård.

Framgångsfaktorer för den nära vården är personcentrering som förhållningssätt, samverkan och tillit mellan kommun och Västra Götalandsregionen, VGR samt en gemensam målbild som visar riktningen.

Länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen har i färdplanen valt att använda begreppet *den enskilde*; med det menar vi individ, patient, brukaren, eleven eller invånare.

2 Begreppet god och nära vård

Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den nära vården är inte en ny organisationsnivå, det är heller inte en benämning på dagens primärvård. Nära vård är snarare ett nytt synsätt och ett arbetssätt som ser annorlunda ut mot det vi idag har i Västra Götaland.

Den närmsta vården är det som den enskilde kan ge sig själv: egenvården och det stöd kommuner och regionen kan ge för att möjliggöra det. I den nära vården är den enskilde och dess anhöriga medskapare till vården som har primärvården (region och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård) som bas, vilket innebär ett skifte från dagens sjukhusbaserade specialistvård. Delar av den kommunala socialtjänsten, sjukhusvård, specialiserad öppenvård, ungdomsmottagning, elevhälsa, civilsamhället men även statliga myndigheter blir del av den nära vården.

Hälso- och sjukvården består av många organisationer och den nära vården innehåller hela eller delar av dessa verksamheter, den inkluderar också övergångarna och hur väl vi förmår att överbygga dessa och skapa en god och nära vård för den enskilde. För att klara det skapar vi nya arbetssätt så som mobila team, använder e-hälsans möjligheter, arbetar mer preventivt och proaktivt samt möter problemen uppströms.

3 Varför behövs en omställning för en god och nära vård?

3.1 Utmaningar inom demografien

Den stora ökningen av de som är 80 år och äldre, kombinerat med en relativt sett lägre ökning av de som är i arbetsför ålder leder till att verksamheterna inom välfärdens områden inte kommer att kunna anställa personal i den utsträckning som det demografiska behovet medför. Det innebär ett behov av effektivare arbetssätt, mer hälsofrämjande och förebyggande arbete och att verksamheten behöver bli mer teknik- och digitaliseringsorienterade samt att samverkan måste öka.

3.2 Bristande samordning

Myndigheten för vård och omsorgsanalys är en myndighet under socialdepartementet som har uppskattat att cirka en miljon människor i Sverige behöver insatser från flera aktörer, samtidigt som de har nedsatt förmåga att själva samordna sitt stöd, sin vård och omsorgsinsatser. Men vården och omsorgen har inte organiserats för att möta den enskilde med sådana komplexa behov. Den medicinska och tekniska utvecklingen har

bidragit till att sjukvården blivit mer specialiserad vilket innebär att den enskilde kan behöva komma i kontakt med allt fler instanser för att få hjälp med sina problem.

Mycket tyder på att samordningen i Sverige brister. I jämförelse med andra länder anser till exempel en mindre andel av de svenska patienterna att de får hjälp av sin ordinarie läkare eller annan vårdpersonal att planera vården som andra verksamheter ger. Endast drygt hälften svarar att de får denna hjälp, jämfört med 80 procent i länderna med bäst resultat. Inom socialtjänsten saknas dessvärre större studier av hur brukarna uppfattar samordningen men intervjuer med verksamhetsföreträdare vittnar om samordningsbrister även inom detta område (Vård- och omsorgsanalys).

Bristande samordning bidrar ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till sämre stöd, vård och omsorg. När samordningen brister vältras dessutom ansvaret för att koordinera insatserna över på patienten, brukaren eller dennes närstående. Till exempel har samordningen kring äldre med flera kroniska sjukdomar och barn med funktionsnedsättning lyfts fram som områden med stora brister där anhöriga får bära ett stort ansvar.

3.3 Ekonomi

Omställningen mot god och nära vård, den pågående digitaliseringen samt att vi måste minska väntetider inom hälso- och sjukvården ställer stora krav på resursfördelningen. Arbetet måste vara långsiktigt. En resursöverföring från specialistvård till primärvård handlar inte enbart om ekonomi. Det handlar även om en succesiv överföring eller att tillgängliggöra resurser till den nära vården.

Att följa det ekonomiska perspektivet över tid under den pågående omställningen är av största vikt, samtidigt bör det ekonomiska perspektivet kompletteras med övriga resurser i en löpande och transparent process.

Välfärdens resurser ska räcka till mycket, vår demografiska situation visar på fler äldre och färre i arbetsför ålder de kommande åren.

4 Syfte

Syftet med Färdplanen - läns gemensamma strategin är att stödja omställningen till en god och nära vård, att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen.

Färdplan - läns gemensam strategin för god och nära vård är en övergripande strategi och ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Den innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring.

Följande politiska prioritering ska vara vägledande i framtagandet av färdplanen och Hälso- och sjukvårdsavtalet:

1. Vad blir bäst för brukaren/patienten?
2. Vad är bästa sättet att använda våra skattemedel ur ett samhälls-/invånarperspektiv?
3. Behöver vi överenskommelser eller avtal för att stödja detta?

5 Parter

Parterna är länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen och riktar sig till; vård och omsorg, socialtjänst, kommunal primärvård, förskola- och skolverksamhet, regional primärvård, specialistvård, tandvård samt hälsofrämjande och förebyggande områden.

6 Giltighetstid

Målsättningen är att färdplanen ska vara långsiktig och ange färdriktningen mot 2030. Avstämning med fördjupad uppföljning ska ske 2024 och 2028.

7 Målbild Västra Götaland

Målbilden ska ge en vägledning för hur vår samverkan kring hälsa, vård och omsorg i Västra Götaland ska vara utformad för att ge våra invånare förutsättningar för ett bra liv oavsett ålder eller diagnos.

En god och nära vård

- utgår från individuella förutsättningar och behov.
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.



8 Prioriterade målgrupper

Vården behöver komma närmare patienten. Prioriterade målgrupper i den nära vården är personer som behöver insatser och samordning från både region och kommun oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning. Samverkan ska särskilt beakta barnkonventionens mål.

Det innebär att alla berörda parter ska prioritera tid och resurser för samordning och samverkan. Det centrala är den personcentrerade vården som utgår från den enskildes förutsättningar och behov.

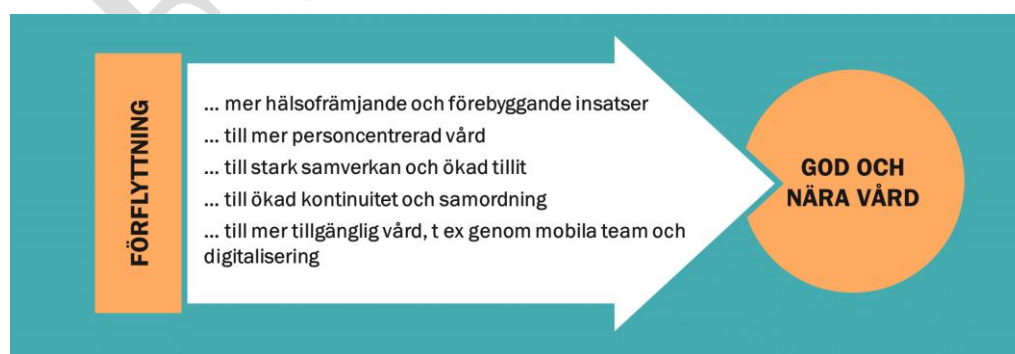
9 Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan

För att uppnå målbilden för god och nära vård behöver stöd, vård och omsorgsstrukturen förändras. Förstärkning av en mer god och nära vård behöver ske i tätt samspel mellan den enskilde och huvudmännen som har ansvar för samma invånare.

Sex förändrade arbetssätt:

1. Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser
2. Utveckla personcentrerade arbetssätt
3. Stärk samverkanskultur för att öka tillit mellan huvudmännen
4. Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen
5. Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering
6. Utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet

En omställning till god och nära vård innebär ett förändrat förhållningssätt, där det sker en förflyttning i såväl förhållningssätt som i sättet att arbeta.



9.1 Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser

Förbättrad hälsa skapar stora vinster, både för den enskilde och för samhället. För att bidra till en mer jämlik hälsa och därmed minska skillnaderna behöver

det hälsofrämjande och förebyggande arbetet få en högre prioritering i det vardagliga arbetet.

Tidiga insatser med familjebaserade arbetssätt och möjligheter till utbildning är viktiga beståndsdelar i ett robust och öppet Västra Götaland.

Att ge stöd till individens egenvård och till anhöriga/närstående är angelägna områden.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är också angeläget för att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara hållbart när fler lever längre med kroniska sjukdomar och vi får en äldre befolkning. Minskade hälsoklyftor och bättre möjligheter till utbildning för barn, unga och vuxna är viktiga beståndsdelar i ett robust och öppet Västra Götaland. Tidiga insatser för att ge barn och unga goda förutsättningar att klara grundskolan och gymnasiet betyder mycket för deras välmående och möjlighet till framtida försörjning och god hälsa där elevhälsan har en viktig roll.

Arbetet behöver få en högre prioritering i det vardagliga arbetet i hälso- och sjukvården och inom den kommunala vård och omsorgen.

Vi behöver gemensamt utveckla områden inom folkhälsan

- social hållbarhet
- stöd för individens egenvård
- stöd till anhöriga/närstående
- socialsamhället och frivilliga/volontärverksamhet.

Den digitala utvecklingen kan bidra till såväl förebyggande som hälsofrämjande insatser. Alla människor ska ha möjlighet till ökad kontroll över sin egen hälsa, att kunna fatta informerade beslut och i större utsträckning klara sig själva. Olika digitala stödprogram, egenmonitorering och lättillgänglig information är exempel på nya arbetssätt.

Huvudmännen bör var och en samt gemensamt öka tillgängligheten till förebyggande insatser. Särskilt fokus på gemensamma målgrupper.

9.2 Utveckla Personcentrerade arbetssätt

Inom hälso- och sjukvården pågår en utveckling till personcentrerade arbetssätt. Det personcentrerade arbetssättet syftar till att patienten är en medskapare i sin vård utifrån sina behov, erfarenheter och resurser. En patient får inte objektifieras till en sjuk kropp, ett tillstånd eller en diagnos. Arbetssättet innebär att utgångspunkten är den enskildes egna resurser och målsättningar med insatserna. Verksamheterna ska underlätta och motivera patienten och/eller närstående att vara delaktiga kring beslut som rör den egna personen. En person kan vara delaktig i vårdprocessen och beslut i olika

hög grad och som professionell är det viktigt att i kommunikationen vara lyhörd för varje persons preferenser.

Med detta som utgångspunkt görs en samordnad individuell plan (SIP) där patient och/eller närstående samt parter är delaktiga i hela processen. Delaktighet är grundläggande i personcentrerat arbetssätt och innebär bland annat att det finns utrymme för patienten och/eller närstående att uttrycka frågor och eventuell oro.

9.3 Stärk samverkanskultur för att öka tillit mellan huvudmännen

En av de viktigaste åtgärderna för att öka kraften i genomförandet är en organisationskultur baserad på tillit. Alla grupper i samverkan ska tydliggöra och skapa förutsättningar för en stark samverkan. I detta arbete krävs att struktur som hänger samman och att avtal och andra styrande dokument speglar en vilja av samsyn, samverkan och tillit.

Några exempel från Socialstyrelsen som har lyfts fram särskilt som stöd för omställning mot en god och nära vård är följande:

- Attityd- och kulturförändring för en god och nära vård som främjar samverkan
- Kunskap om styrning och ledning av hälso- och sjukvård respektive socialtjänst för chefer i kommuner och regioner för att underlätta samverkan
- Personcentrerat bemötande i såväl fysiska som digitala möte

9.4 Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen

Vi behöver säkerställa kontinuiteten inom stöd, vård och omsorgsprocesser. I god och nära vård spelar kontinuitet en viktig roll, främst för den enskilde men också för verksamhetens effektivitet. När kontinuiteten brister är det sannolikt att den enskilde söker stöd, vård och omsorg i högre utsträckning. Genom kontinuitet i vård- och stödkontakten möjliggörs en relation som skapar tillit och trygghet hos den enskilde. Det ökar förutsättningarna för god och säker vård och omsorg. Det är särskilt angeläget för multisjuka i alla åldrar.

Inom ramen för arbetet med Färdplan läns gemensamma strategin för god och nära vård ska den samordnade individuella planen, fast läkarkontakt, fast vårdkontakt samt fast omsorgskontakt utvecklas och stärkas.

9.4.1 Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården är de enda samordnarfunktioner som är lagreglerade. Den fasta läkarkontakten samordnar vården mellan olika vårdenheter. En fast vårdkontakt bör kunna bistå den enskilde i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara den enskildes kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården samt för socialtjänst och andra myndigheter.

9.4.2 Fast omsorgskontakt

Med en fast omsorgskontakt i socialtjänsten kan stödet och hjälpen bättre anpassas till den enskildes behov och önskemål. Om rollen ges vissa förutsättningar kan den bidra till bättre kontinuitet och ökad trygghet för såväl omsorgstagare, som anhöriga och personalen. Samordningsvinster kan uppnås då den fasta omsorgskontakten utgör ett viktigt stöd till anhöriga och närstående samt i det tvärprofessionella arbetslaget.

9.4.3 Samordnad individuell plan, SIP

Samordnad individuell plan, SIP är den enskildes dokument och samtidigt ett verktyg för samverkan. SIP ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsnedsättning eller behov och är patientens plan. SIP ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och region samt andra aktörer. Alla ska ha möjlighet att leva ett tryggt, meningsfullt och självständigt liv. Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, förskola/skola ställs det stora krav på samordning. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet.

9.4.4 Patientkontrakt

Patientkontrakt består av flera delar som tillsammans ska bidra till samförstånd och delat ansvar mellan patienten och vården. Det har tillkommit för att uppnå delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan inom regionens olika verksamheter. Patientkontraktet görs i första hand vid planering inom regionen och en SIP genomförs när det krävs samverkan mellan region och kommun.

9.5 Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering

Teknisk utveckling, digitalisering och automation är starka drivkrafter i utvecklingen av vård och omsorg. Nya arbetssätt och verktyg inom e-hälsoområdet utgör ett viktigt stöd och vård och omsorgen behöver utvecklas och organiseras gemensamt för att säkerställa kontinuitet, trygghet och resurseffektivitet.

9.6 Utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet

Mobil nära vård gör det möjligt för patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov att få vård i sitt eget hem, såväl ordinärt boende som särskilda boendeformer. Hälso- och sjukvård i hemmet bygger på samverkan mellan kommunens socialtjänst, primärvård (kommun och region) samt den specialiserade vården. Primärvården har patientansvar dygnet runt. Ett väl fungerande samarbete mellan primärvårdens två huvudmän och den specialiserade vården utifrån ett personcentrerat arbetssätt skapar trygghet och kontinuitet för både patient och medarbetare vilket leder till minskat behov av akuta vårdbesök.

Den medicinska utvecklingen samt utvecklingen inom medicinteknik och digitalisering möjliggör andra arbetssätt exempelvis digitala vårdmöten och egenmonitorering.

Målsättning för all hälso- och sjukvård är att ge förutsättningar för att patienten ska få ett självständigt liv med delaktighet och inflytande utifrån sina förutsättningar och preferenser.

10 Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

För att utveckla en god och nära vård i samverkan finns det grundläggande förutsättningar som behöver stärkas för att kunna genomföra de förändringar som krävs.



10.1 Digitala hjälpmedel/välfärdsteknik

Digitaliseringen genomsyrar dagens samhälle. Rätt använd skapar digitaliseringen trygghet vilket stödjer den enskilde till egen vård och minskar därigenom behovet av vård. Det kan också bidra till ökad tillgänglighet och patientsäkerhet. Samtidigt ökar behovet av att ta hänsyn till bedömningar av risk, etik och sårbarhet, bland annat kopplat till personlig integritet. Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-stöd kan information presenteras och överföras på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser till den enskilde. Därmed kan personal inom stöd, vård och omsorg, oberoende av geografiska, organisatoriska eller tekniska gränser, planera och utföra insatser av hög kvalitet.

För personalen ska e-hälsolösningar vara ett konkret stöd. De ska göra det enklare att fatta beslut, minska administrationen och ge mer tid till det personliga mötet med patienter och brukare.

Stöd och behandling via digitala tjänster samt digitala vårdmöten är redan etablerade arbetssätt. Dock behöver tjänsterna vidareutvecklas och bli en del av allas vardag. En samordnad utveckling är nödvändig i länet.

10.2 Gemensam vårdinformation

En patientsäker vård bygger på att information om den enskilde som behövs för vårdens genomförande finns tillgänglig. För att skapa en gemensam plattform krävs både samverkan och gemensamma arbetssätt. Digitalisering och informationsmiljö hänger tätt ihop och behöver prioriteras i samverkan.

10.3 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan

För att säkerställa kvaliteten i god och nära vård är det angeläget med löpande kompetensutveckling inom alla delar av välfärdens område. Det gäller alla personalkategorier. Utbildningsåtgärder behöver gemensamt struktureras så att de enklare kan integreras och bidra till nya arbetssätt.

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom vård och omsorg och omfattar områdena; kunskapsstöd, uppföljning och analys. På sikt kan en gemensam informationsmiljö göra ny kunskap tillgänglig genom beslutsstöd och digitala utbildningar. Informationsmiljön behöver på sikt även omfatta socialtjänstens område för att säkerställa helhetsperspektiv för den enskilde.

Vikten av forskning, utveckling och implementering av ny kunskap behöver lyftas fram. Den gemensamma tvärprofessionella forskningen inom välfärdens

område kan ge oss nödvändig kunskap om hur helheten för den enskilde kan utvecklas.

Förutom att ta fram kunskapsstöd och implementera dem, behövs metoder för att omsätta ny kunskap till praktiskt arbete och att analysera resultat. Det ska sedan omsättas och integreras i löpande förbättringsarbete och lärande på ett systematiskt sätt.

En gemensam, långsiktig och stabil struktur för kunskapsutveckling i länet ska ingå i arbetet framöver.

Nya former för kunskapsutveckling som stödjer en god och säker, tillgänglig och effektiv vård och omsorg för invånarna i Västra Götaland bör tas fram och kopplas till nationella och regionala riktlinjer. Nya former för kunskapsutveckling som stödjer en god och säker vård och omsorg för invånarna i Västra Götaland bör tas fram och kopplas till nationella och regionala riktlinjer.

Framtagandet av Läns gemensamma medicinska riktlinjer har startat. Detta ger oss en möjlighet att utforma vårdens processer på ett patientsäkert och gemensamt sätt.

10.4 Kompetensförsörjning

Vi behöver lösa vårdens och omsorgens kompetensförsörjning på ett långsiktigt, hållbart sätt och säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens. Vi behöver gemensamt bedöma tillgång och efterfrågan på personal och erbjuda kompetensutveckling och utbildningsstöd till våra medarbetare. Att attrahera och behålla kompetens är en gemensam investering. En samlad dialog med utbildningsanordnare och planering av verksamhetsförlagd utbildning stärker vård- och omsorgsområdet som helhet. Det gör vi för att invånarna i Västra Götaland ska få tillgång till god vård på lika villkor.

10.5 Verksamhetsutveckling och implementering

Verksamhetsnära forskning och utveckling, med aktiv medverkan av den enskilde, kan tillsammans skapa förutsättningar för en kunskapsbaserad och nära vård. Den enskildes medverkan i utvecklingen av god och nära vård är en förutsättning för att utveckla innovativa lösningar och nya arbetssätt.

För att nya verktyg och arbetssätt ska få genomslag krävs implementering. Det räcker sällan med att upprätta riktlinjer för att få genomslag inom verksamheterna. En ny riktlinje och/eller rutin måste förankras lokalt för att implementeringen ska lyckas.

Vi behöver utveckla utförandet av stöd, vård och omsorg inom god och nära vård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

11 Gemensamt ansvar - Ledning och styrning

Huvudmän och vårdgivare behöver utveckla ett samarbete som upplevs gränslöst för den enskilde för att säkerställa ett gott stöd och en god vård och omsorg. Det är viktigt att den enskilde är med och har inflytande över sin vård och behandling.

Inblandade – regionens olika verksamheter och kommunen, genom social- och skolförvaltning med flera – har ett särskilt ansvar att leda arbetet tillsammans. Brist på tillit mellan huvudmännen försvårar uppdraget till att utveckla en god och nära vård. Den samlade ledningen och styrningen behöver karaktäriseras av helhetssyn, samarbete och tillit, i såväl struktur som kultur och faktiska beslut.

Ledarskapet och dialogens betydelse är viktig för att skapa förutsättningar för mod, vilja och uthållighet hos chefer och medarbetare i de förändringar som krävs.

Inom Västra Götaland finns sen flera år tillbaka en utvecklad samverkan inom Vårdsamverkan mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. Samrådsorganet (SRO) samt Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG, är den regionala ledningsstrukturen för samverkan mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen. Det finns sex delregionala vårdsamverkansområden. Samverkan behöver ske på flera organisatoriska nivåer: läns gemensam, delregional och lokal nivå.

12 Från Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård till genomförande

Färdplanen - läns gemensamma strategin för god och nära vård är ett dokument som anger inriktningen av utvecklingen inom god och nära vård för alla berörda aktörer och målgrupper. Till strategin kopplas handlingsplaner utifrån målgrupp med gemensamt framtagna aktiviteter, mål och indikatorer.

På delregional nivå är uppdraget att vara ett stöd i implementering och uppföljning samt upprätta struktur för samverkansarenor mellan kommunerna och VGR på delregional och lokal nivå

Det är på lokal nivå; det där som det verkligen händer: utveckling av nya arbetssätt, implementering sker och utveckling av god och nära vård genomförs och utvärderas gemensamt.

Kommuner och regionen behöver fortsätta utveckla ett samarbete som upplevs gränslöst för den enskilde för att säkerställa en god hälsa, vård och omsorg. Samarbetet behöver stärkas och utvecklas på lokal nivå och bli en del av det vardagliga arbetet.

LÄNSGEMENSAM UTVECKLINGSSTRATEGI



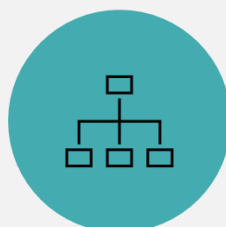
Inriktningen

HANDLINGSPLANER UTIFRÅN MÅLGRUPP



Aktiviteter, mål och indikatorer

DELREGIONAL NIVÅ



Stöd och struktur i implementering och uppföljning

LOKAL NIVÅ utveckling av nya arbetssätt, implementering sker



Utveckling av god och nära vård genomförs och utvärderas gemensamt

13 Läns gemensam uppföljning och analys

Utifrån Färdplan - läns gemensamma strategin för god och nära vård, hälso- och sjukvårdsavtalet och tydliggörande av primärvårdsuppdraget i hälso- och sjukvårdslagen ska en gemensam analys och uppföljning löpande tas fram. Målsättningen att kunna följa utvecklingen mot en god och nära vård.

Verksamheternas tillgång till gemensamma data för uppföljning, prioritering och förbättringsarbete är en viktig utvecklingsfråga. Inom ramen för SKR pågår ett arbete med att ta fram förslag till indikatorer inom nära vård.

Ytterligare sätt att följa arbetet är att analysera de avvikelser som sker i samverkanssituationer. Analyser av avvikelser ska göras lokalt, delregionalt samt läns gemensamt och ligga till grund för ett ständigt förbättringsarbete.

Missiv

Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård

Alla som bor och verkar i Västra Götaland ska kunna leva ett gott liv. Nyckeln till Västra Götalands långsiktiga attraktivitet och konkurrenskraft är vår gemensamma förmåga att vara innovativa och ställa om till ett hållbart samhälle. God och nära vård är riktningen i omställningsarbetet.

Syftet med en omställning till en god och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov.

Färdplanen är en övergripande länsgemensam strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Den innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030. Den länsgemensamma strategin ska bidra till ett kraftfullt genomförande.

Framgångsfaktorer för den nära vården är personcentrering som förhållningssätt, samverkan och tillit mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen samt en gemensam målbild som visar färdriktningen.

Sammanfattning av ändringar från remissversion

Färdplanen - länsgemensam strategi för god och nära vård har kompletterats med att den ska beakta barnkonventionens mål samt de länsgemensamma mål som sätts i den Regionala utvecklingsplanen (RUS).

Målgruppen har omformulerats sedan remissversionen för att minska risken för exkludering. Målgruppen är personer som behöver insatser och samordning från både region och kommun oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning.

Färdplanen - länsgemensam strategi för god och nära vård innehåller gemensamt prioriterade områden att kraftsamla kring. Sex förändrade arbetssätt beskrivs. Området "utveckling av mobila team som stöd för vård i hemmet" har reviderats. Primärvården har patientansvar dygnet runt och primärvården består av två huvudmän.

Länsgemensam uppföljning, analys och utveckling

Under arbete med Färdplan, Hälsö- och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna har utvecklingsområden identifierats. De kommer omhändertas för att omsättas i Färdplan länsgemensam strategi för god och nära vård. Utvecklingsområdena kommer redovisas löpande på vardsamverkan.se. Genom länsgemensam uppföljning och analys följs både avtal och utveckling i sin helhet.

Fortsatt beslutsgång

SRO har den 24 februari, 2022 ställt sig bakom Färdplanen - läns gemensam strategi för god och nära vård och rekommenderar samtliga parter att var för sig besluta om att anta Färdplanen - läns gemensam strategi för god och nära vård.

Datum:

Datum:

Johnny Magnusson, Ordförande SRO,
Ordförande Regionstyrelsen

Axel Josefsson, Vice ordförande SRO,
Göteborgsregionens
kommunalförbund

UTKAST