

Ärende 4

DIARIENUMMER: KS 2017-11
FASTSTÄLLD/INSTANS: Kommunstyrelsen
VERSION:
SENAST REVIDERAD:
GILTIG TILL:
DOKUMENTANSVAR: Ekonomichef

Månadsrapport

per den 2017-03-31

Med prognos för 2017-12-31

Kommunstyrelsen



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

Månadsuppföljning mars

Prognosen för mars pekar mot ett överskott helår på 6 632 tkr. Jämfört med skatteintäkter och generella statsbidrag uppgår prognostiserat resultat till 3,4 % vilket är över det finansiella målet.

Bildningsnämnden samt socialnämnden lämnar positiva prognoser. Kommunstyrelsen försämrar sin prognos och redovisar nu ett prognostiserat underskott.

1. Resultaträkning

RR Belopp (tkr)	Budget 2017	Prognos helår	Avvikelse helår	Förändring prognos
Verksamhetens intäkter	240 333	241 918	1 585	745
Verksamhetens kostnader	-726 225	-724 893	1 332	510
Avskrivningskostnader	-22 928	-22 878	50	50
Verksamhetens nettokostnad (not 1)	-508 820	-505 853	2 967	1 305
				0
Skatteintäkter	405 022	408 865	3 843	0
Generella statsbidrag	108 780	108 480	-300	0
Extra statsbidrag	6 170	6 292	122	0
Finansiella intäkter	900	900	0	0
Finansiella kostnader	-695	-695	0	0
Resultat	11 357	17 989	6 632	1 305

Not 1.

Specifikation av verksamhetens nettokostnader	Budget 2017	Prognos helår	Avvikelse helår	Förändring prognos
Nämndernas nettokostnader	-505 993	-502 976	3 017	1 355
Gemensamma kostnader och intäkter	-12 000	-12 000	0	0
Återföring kapitalkostnader	32 101	32 001	-100	-100
Avskrivningar	-22 928	-22 878	50	50
Totalt	-508 820	-505 853	2 967	1 305

Verksamhetens nettokostnader

Verksamhetens nettokostnader består av nämnder och styrelsens nettokostnad samt gemensamma nettokostnader under ’’99:an’’.

Nettokostnaderna beräknas understiga budget med 1 305 tkr. Gemensamma kostnader beräknar ingen avvikelse i dagsläget. 400 tkr av utvecklingsmedel har ombudgerats till KS för besöksnäringen.

Gemensamma kostnader	Budget 2017	Prognos helår	Avvikelse helår	Förändring prognos
Pensionsutbetalningar	-8 900	-8 900	0	0
Utvecklingsmedel	-2 600	-2 600	0	0
Bankkostnader*			0	0
Semesterlöneskuld	-500	-500	0	0
Gemensamma kostnader	-12 000	-12 000	0	0

* ligger som finansiell kostnad i RD

Skatteintäkter och generella statsbidrag

SKL prognostiserar ett högre invånarantal än vad som är budgeterat.

Finansiella intäkter och kostnader

Prognos enligt budget.

2. Driftsredovisning

Prognosen för nämndernas verksamheter uppgår + 3 017 tkr och fördelas enligt nedanstående tabell.

DRIFT	Utfall	Budget	Prognos	Avvikelse	Förändring
Belopp netto (tkr)	2016	2017	helår	helår	prognos
Kommunfullmäktige	-1 628	-1 595	-1 595	0	0
Kommunstyrelse	-35 176	-32 901	-33 096	-195	-445
Bildningsnämnd	-230 290	-237 415	-237 273	142	0
Socialnämnd	-177 246	-193 680	-190 610	3 070	1 800
Teknisk nämnd –skattefinans	-18 334	-18 563	-18 563	0	0
Bygg- och miljönämnd	-13 598	-14 542	-14 542	0	0
Ej fördelat kommunbidrag lönerev		-7 297	-7 297	0	0
Summa skattefinansierat	-476 272	-505 993	-502 976	3 017	1 355
Teknisk nämnd -renhållning	0		-300	-300	0
Summa avgiftsfinansierat	0	0	-300	-300	0

Kommunstyrelsen

Kommunstyrelsen har en prognos som visar på ett underskott med 195 tkr vid årsslut.

Underskottet beror på ökade kostnader för lokalvård/lokalhyra för kommunledningen, sammantaget beräknas underskottet till 445 tkr.

Ekonomikontoret prognostiseras med ett överskott på 250 tkr, till följd av de besparingar man gör under året.

Bildningsnämnden

Bildningsnämnden redovisar en budget i balans och en prognos som ligger inom tilldelad budgetram. Som det för närvarande ser ut ligger personalkostnaderna inom tilldelad budgetram. Dock skall tilläggas att många personalkostnader bygger på statligt finansierade medel och fram tills inbetalning och redovisning gjorts finns alltid en marginell osäkerhet.

Enligt demografimodellen har bildningsnämnden fått 236 tkr för mycket tilldelning, detta beror på att tidigare räkenskaper varit felaktiga. Prognos och information om detta kommer i tertialrapporten.

Socialnämnden

Socialförvaltningen prognosticerar för året 2017 ett positivt resultat på 3 070 tkr. Prognosen är 1 800 tkr bättre än föregående prognos vilket framför allt beror på ett positivt beslut från Försäkringskassan inom LSS-verksamheten. Beslutet innebär att kommunen även får ersättning retroaktivt för utförda timmar 2016, en intäkt som inte togs med i bokslutet 2016 utifrån försiktighetsprincipen. Övriga verksamheter håller kvar sina prognoser från föregående uppföljning.

Enligt regler för hantering av flyktingbuffert ska eventuellt överskott ett ankomstår lyftas efter 5 år. För 2017 bör ska därför ca 1,5 mkr tillskjutas till resultatet. Denna summa är inte med i prognosen.

Tekniska nämnden

Prognosen för tekniska nämnden är i linje med budget. Mindre avvikelser finns och de större osäkerheterna hittas inom bostadsanpassning, gata, tvätt och lokalvård.

På lokalvård har vi satt prognos på försämrad intäkt om 100 tkr samtidigt som vi räknat med 100 tkr i lägre kapitalkostnader för mark.

Renhållningen räknar med ett underskott på 300 tkr mot intäkterna för att balansera tidigare års överskott. Detta påverkar inte kommunens resultat.

Bygg- och Miljönämnden.

Bygg och Miljönämnden har prognos mot budget.

Miljö kommer få cirka 50 tkr i lägre personalkostnad då man kommer ha en TF-chef från maj till november. Kostnaden kommer under perioden istället belasta bygg.

3. Investeringsredovisning

INVESTERINGAR	Urspr.Budget	Ombudg	Summa budget	Prognos	Avvikelse	Förändring
Belopp netto (tkr)	2017	2017	2017	helår	helår	prognos
Kommunstyrelse	1 400		1 400	1 400	0	0
Bildningsnämnd	2 250		2 250	2 250	0	0
Socialnämnd	5 020		5 020	4 000	1 020	0
Teknisk nämnd – skattefinans	42 965		42 965	42 965	0	0
Teknisk nämnd - renhållning	0		0	0	0	0
Bygg- och miljönämnd	4 650		4 650	4 650	0	0
Summa	56 285	0	56 285	55 265	1 020	0
varav						
Reinvesteringar 2016	6 400		6 400	6 400	0	0
Exploatering	3 000		3 000	3 000	0	0
Summa varavposter	9 400	0	9 400	9 400	0	0

Kommentarer till nämndernas prognoser:

Äskade ombudgeteringar är ännu inte beslutna, de är därför inte med i redovisningen

Kommunstyrelsen

Prognos enligt budget.

Bildningsnämnden

Bildningsnämnden beräknas förbruka hela investeringsbudgeten löpande under året. Sammanställningar över investeringar sker framöver.

Socialnämnden

Socialnämnden har fått investeringsmedel för HvB-boende samt stödboende för ensamkommande. I dagsläget finns inget behov av att investera i dessa boenden.

Tekniska nämnden

Prognos enligt budget.

Bygg- och Miljönämnden.

Prognos enligt budget.

Bilaga 1

Utvecklingsmedel 2017

Beslut		Budget	Prognos	Avvikelse
Besöksnäring		400	400	0
Nattkoll 2017	KS § 185 20161017	120	120	0
Eggvena bygdegård	KS § 181 2015	0	95	-95
				0
Summa		520	615	-95
Budget		3 000	3 000	
Kvar av att förfoga över			2 385	



HERRLJUNGA KOMMUN

KOMMUNSTYRELSENS
FÖRVALTNING
Alfred Dubow
Tf kommunchef

Tjänsteskrivelse
2017-04-20
DNR KS 95/2017 942
Sid 1 av 2

Utökade budgetmedel för feriearbete

Sammanfattning

Kommunstyrelsen har avsatt medel för sommarjobb. Detta för att kunna erbjuda skolungdomar som ännu inte fyllt 18 år en meningsfull sysselsättning på sommarlovet samtidigt som de tar första steget ut på arbetsmarknaden.

Pengarna som är avsatta är fördelade på sommarlovsentreprenörer och feriearbete.

Feriearbete är arbete som skolungdomarna utför inom kommunens egna verksamheter. De gör 60 timmar under en period av 2-3 veckor. 2016 var 70 skolungdomar ute och arbetade. I år har 68 ungdomar sökt feriearbete. De medel som är avsatta räcker dock enbart till 38 platser. För att alla ungdomar som har sökt ska kunna erbjudas en plats behöver kommunstyrelsen skjuta till 175 tkr från utvecklingsmedel till sommarjobb/feriejobb.

Beslutsunderlag

Budget 2017

Förslag till beslut

175 tkr avsätts från utvecklingsmedlen till sommarjobb/feriejobb.

Alfred Dubow
Tf. kommunchef

Expedieras till: Pernilla Nordberg, Enhetschef sysselsättning
Ekonomikontoret

För kännedom till:

Extra ärende 1



HERRLJUNGA KOMMUN

KOMMUNSTYRELSENS
FÖRVALTNING
Alfred Dubow
Tf kommunchef

Tjänsteskrivelse
2017-04-20
DNR KS 95/2017 942
Sid 2 av 2

Bakgrund

Kommunstyrelsen har avsatt medel för sommarjobb. Detta för att kunna erbjuda skolungdomar som ännu inte fyllt 18 år en meningsfull sysselsättning på sommarlovet samtidigt som de tar första steget ut på arbetsmarknaden.

Pengarna som är avsatta är fördelade på sommarlovsentreprenörer och feriearbete. Feriearbete är arbete som skolungdomarna utför inom kommunens egna verksamheter. De gör 60 timmar under en period av 2-3 veckor. 2016 var 70 skolungdomar ute och arbetade inom egna verksamheter. I år har 68 ungdomar sökt feriearbete. De medel som är avsatta räcker dock enbart till 38 platser.

Ekonomisk bedömning

Kommunstyrelsen har avsatt 280 tkr för sommarjobb. Av dessa 280 tkr är 60 tkr avsatta till sommarlovsentreprenörer och resterande kan användas till feriearbete.

Varje feriearbetare ska arbeta 60 timmar. Lönen för 2017 är 62 kr/timmen. Totala kostnaden per feriearbetare blir 5769 kr inkl. semesterersättning och sociala avgifter. Kostnaden för alla de som sökt skulle bli 395 tkr. Vilket är 175 tkr mer än vad som finns avsatt i budget. För att kunna erbjuda alla sökande en plats behöver kommunstyrelsen avsätta ytterligare 175 tkr.

Kommunstyrelsen har 2 385 tkr kvar av utvecklingsmedel.



Hälso- och sjukvårdsavtal och överenskommelse kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk

Sammanfattning

Inför ny avtalsperiod för Hälsa- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i Västra Götaland har parterna genomfört en gemensam översyn av nuvarande avtal. Hälsa- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och VGR har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar enligt § 3 och § 18 hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763). För patienter som får kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan landstinget ansvarar för läkarresurser och övriga kompetenser.

Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund rekommenderar medlemskommunerna att ställa sig bakom Hälsa- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland och Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk.

Beslutsunderlag

Protokollsutdrag från 2016-12-09, § 84 från Sjuhärads kommunalförbund

Hälsa- och sjukvårdsavtal 2017-2020

Sammanfattning och beskrivning av Hälsa- och sjukvårdsavtalet

Överenskommelse kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk, daterad 2016-11-28

Förslag till beslut

Herrljunga kommun ställer sig bakom Hälsa- och sjukvårdsavtalet och överenskommelse kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk

Johnny Carlsson
Kommunstyrelsens ordförande

Expedieras till:
För kännedom till:

Boråsregionen



Bakgrund

Inför ny avtalsperiod för Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland har parterna genomfört en gemensam översyn av nuvarande avtal. Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och VGR har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar enligt § 3 och § 18 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). För patienter som får kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan landstinget ansvarar för läkarresurser och övriga kompetenser.

En delprocess i översynen av Hälso- och sjukvårdsavtalet var att ta fram ett förslag till ny överenskommelse mellan parterna kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk. Målsättningen är att överenskommelsen ska ge praktiskt stöd för samverkan mellan huvudmännen och deras företrädare. Förutom representanter från VGR och kommunerna har deltagare från brukarorganisationer deltagit i utarbetat förslag.

Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund rekommenderar medlemskommunerna att ställa sig bakom Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland och Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk.

20161221

Till medlemskommunerna i
Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund

Rekommendation om att ställa sig bakom Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland och Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk

Direktionen för Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund har den 9 december beslutat att för rekommendera medlemskommunerna att ställa sig bakom nytt Hälso- och sjukvårdsavtal samt Överenskommelse om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och missbruk.

Översänder protokollsutdrag, beskrivning med sammanfattning av förslag samt avtal och överenskommelse för vidare hantering i respektive medlemskommun.

Medlemskommunernas beslut ska vara förbundet tillhanda 2017-03-17 via e-post info@borasregionen.se

BORÅSREGIONEN SJUHÄRADS KOMMUNALFÖRBUND

Lena Brännmar
Förbundsdirektör

Bilagor

1. Protokollsutdrag
2. Beskrivning med sammanfattning av avtal
3. Hälso- och sjukvårdsavtal
4. Överenskommelse om samarbete

§ 84 Hälsa- och sjukvårdsavtal 2017-2020 samt överenskommelse om samarbete

Inför ny avtalsperiod för Hälsa- och sjukvårdsavtalet mellan VGR och kommunerna i Västra Götaland har parterna genomfört en gemensam översyn av nuvarande avtal. Hälsa- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och VGR har ett gemensamt hälsa- och sjukvårdsansvar enligt § 3 och § 18 hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763). För patienter som får kommunal hälsa- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan landstinget ansvarar för läkarresurser och övriga kompetenser.

Såväl sjukhusvården som primärvården och den kommunala hälsa- och sjukvården är i ständig förändring och utveckling. För att en patient med insatser från båda huvudmännen ska få en patientsäker, sammanhållen och en god vård med god kvalitet krävs en välfungerande samverkan mellan verksamheterna. Patientens perspektiv ska alltid sättas i första rummet. Alla medarbetare måste ha kunskap om Hälsa- och sjukvårdsavtalet och dess underavtal och tillämpa dessa med fokus på patientnyttan.

En delprocess i översynen av Hälsa- och sjukvårdsavtalet var att ta fram ett förslag till ny överenskommelse mellan parterna kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk. Målsättningen är att överenskommelsen ska ge praktiskt stöd för samverkan mellan huvudmännen och deras företrädare. Förutom representanter från VGR och kommunerna har deltagare från brukarorganisationer deltagit i utarbetat förslag.

Hälsa- och sjukvårdsavtalet föreslås vara ett huvudavtal där "Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk" och "Ramavtal om läkarinsatser i kommunal hemsjukvård" och blir underavtal. Underavtalen har samma avtalstid och förutsätter att huvudavtalet är giltigt.

Direktionen beslutar

att för egen del ställa sig bakom Hälsa- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland och Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och

att rekommendera samtliga medlemskommuner att ställa sig bakom Hälsa- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland och Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk.

Vid protokollet
Lena Brännmar
Förbundsdirektör

Justerat av
Ulf Olsson Tomas Johansson
Ordförande

Justeringen tillkännagiven den 22 december 2016 enligt anslag

Rätt utdraget betygar: Lena Brännmar

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland (2017-2020) och Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk

Sammanfattning

Inför ny avtalsperiod för Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan VGR och kommunerna i Västra Götaland har parterna genomfört en gemensam översyn av nuvarande avtal. Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och VGR har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar enligt § 3 och § 18 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). För patienter som får kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan landstinget ansvarar för läkarresurser och övriga kompetenser.

Såväl sjukhusvården som primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården är i ständig förändring och utveckling. För att en patient med insatser från båda huvudmännen ska få en patientsäker, sammanhållen och en god vård med god kvalitet krävs en välfungerande samverkan mellan verksamheterna. Patientens perspektiv ska alltid sättas i första rummet. Alla medarbetare måste ha kunskap om Hälso- och sjukvårdsavtalet och dess underavtal och tillämpa dessa med fokus på patientnyttan.

En delprocess i översynen av Hälso- och sjukvårdsavtalet var att ta fram ett förslag till ny överenskommelse mellan parterna kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk. Målsättningen är att överenskommelsen ska ge praktiskt stöd för samverkan mellan huvudmännen och deras företrädare. Förutom representanter från VGR och kommunerna har deltagare från brukarorganisationer deltagit i utarbetat förslag.

Hälso- och sjukvårdsavtalet föreslås vara ett huvudavtal där ”Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk” och ”Ramavtal om läkarinsatser i kommunal hemsjukvård” och blir underavtal. Underavtalen har samma avtalstid och förutsätter att huvudavtalet är giltigt.

Konsekvenser

Sedan 1999 har samverkan och ansvarsfördelning gällande hälso- och sjukvård reglerats i ett gemensamt hälso- och sjukvårdsavtal mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland. De föreslagna avtalen ersätter tidigare avtal. Ett omfattande arbete har genomförts för att förtydliga ansvarsgränser och underlätta följsamhet till avtal och överenskommelse. Avtalet innebär inga nya åtaganden för kommunerna och skatteväxling ska inte ske. Vissa gemensamma utvecklingsområden har beskrivits både i avtalet och i överenskommelsen. Bedömningen är att de inte ska generera någon kostnadsförskjutning men

Handläggare: Elisabeth Jonsson
Telefon: 0721 912824
E-post: elisabeth.jonsson@borasregionen.se

Utfärdat: 2016-11-28

fokus på dessa områden kan göra att de lag- och författningsstyrda kraven på vård och omsorg ställer krav på förbättringar gällande handläggning och verkställighet. I kommunernas arbete ingår att implementera avtalet och överenskommelsen i den egna verksamheten.

Ärendebeskrivning

Sedan regionbildningen 1999 har samverkan och ansvarsfördelning gällande hälso- och sjukvård reglerats i ett gemensamt hälso- och sjukvårdsavtal. Kommunerna har genom detta avtal övertagit hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende efter skatteväxling.

Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och VGR har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar enligt § 3 och § 18 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). För patienter som får kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan landstinget ansvarar för läkarresurser och övriga kompetenser.

Hösten 2014 genomfördes en uppföljning av det nuvarande Hälso- och sjukvårdsavtalet genom inhämtning av synpunkter från berörda verksamheter. Beslut om förlängning av nuvarande avtal togs under 2015, för att ge utrymme för en översyn och utveckling av Hälso- och sjukvårdsavtalet. Förutsättningarna för översynen var att inga nya gränssnitt eller skatteväxlingar ska ske och att utvecklingen ska baseras på inkomna synpunkter med ett tydligare fokus på patientnyttan och samverkan mellan huvudmännen.

En processorganisation med arbetsgrupper, operativ ledningsgrupp och politisk styrgrupp har utarbetat förslag på nytt hälso- och sjukvårdsavtal och förslag på ny överenskommelse om samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk. En sådan överenskommelse är parterna skyldiga att ha enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Båda förslagen har genomgått en synpunktsrunda, till alla kommunerna i Västra Götaland och förvaltningar inom VGR och justerats utifrån inkomna synpunkter. De framtagna förslagen föreslås gälla under perioden 1 april 2017 t.o.m. 31 december 2020 med möjlighet till förlängning.

Nyheter i Hälso-och sjukvårdsavtalet

Några nya avsnitt har tillkommit för att stärka samverkan och gemensam syn. Vissa viktiga områden som t ex informationsöverföring, rutiner för vårdplanering och läkemedelshantering har lagts till för att ge en helhetsbild inom området. Länkar till mer information finns i dokumentet för att det ska bli mer lättläst.

- *Gemensam värdegrund och gemensamt åtagande*

Det nya avtalsförslaget poängterar vikten av god samverkan med fokus på individens behov. Parterna har ett gemensamt åtagande att säkerställa att Hälso- och sjukvårdsavtalet efterlevs av verksamheter som företräder dem, så att hälso- och sjukvården upplevs som en välfungerande helhet.



Handläggare: Elisabeth Jonsson

Telefon: 0721 912824

E-post: elisabeth.jonsson@borasregionen.se

Utfärdat: 2016-11-28

-
- *Ny struktur*
Avtalet har fått en ny struktur i syfte att vara mer lättläst och lättillgängligt för den som ska tillämpa avtalet. Hälso- och sjukvårdsavtalet föreslås vara ett huvudavtal där övriga överenskommelser som enligt hälso- och sjukvårdslagen ska upprättas mellan parterna blir underavtal. Det ramavtal om läkarmedverkan som redan finns föreslås därför bli ett underavtal och giltighetstiden föreslås samordnas med huvudavtalet. Underavtalens giltighet förutsätter ett giltigt huvudavtal.
 - *Nya avsnitt om avtalsvård och utveckling.*
Avvikelsehantering samt hantering av tvister har förtydligats. Särskilda tillämpningsanvisningar i form av vägledande patientfall tas fram inför avtalsstart inom ett antal områden som konkretisering av Hälso- och sjukvårdsavtalet. Gemensamma utvecklingsområden för att stärka kvaliteten för den enskilde och skapa förutsättningar för nya gemensamma vårdformer och använda gemensamma resurser effektivt har föreslagits.

Nyheter i Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk

Översynen har utgått från de förbättringsområden som pekats ut som särskilt angelägna. I linje med den politiska viljeinriktningen har överenskommelsen ett tydligare fokus på brukar- och patientnyttan.

- Ökad tydlighet genom bättre definierade ansvarsgränser och ansvarsfördelning, särskilt när det gäller samverkan kring personer med missbruk.
- Förslag till hantering av avvikelser och tvister
- Förslag till hantering av ansvars- och kostnadsfördelning vid delat ansvar vid placering på HVB-hem.
- Utvecklingsområden där huvudmännen är överens om att fortsätta arbetet med att utveckla samverkan.

Ändrad avtalstid i Ramavtal om läkarinsatser inom kommunens hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Nuvarande ramavtal om läkarinsatser mellan huvudmännen är upprättat enligt hälso- och sjukvårdslagen som ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet. Underavtalens giltighet föreslås sammanfalla med huvudavtalets giltighetstid.

Kommunikation

Parternas gemensamma åtagande innebär att implementera, kommunicera och säkerställa att innehållet i avtalet med tillhörande tillämpningsanvisningar är kända i samtliga verksamheter.



Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland

**Avtal som reglerar
hälso- och sjukvårdsansvaret
mellan Västra Götalandsregionen
och kommunerna i Västra Götaland**

Gäller från och med 1 april 2017



Innehåll

1	Allmänt om Hälso- och sjukvårdsavtalet	s.4	3.9	Egenvård	s.8
1.1	Bakgrund	s.4	3.10	Läkemedel	s.9
1.2	Syfte	s.4	3.10.1	Akutläkemedelsförråd	s.9
1.3	Avtalsparter	s.4	3.10.2	Dosexpedition	s.9
1.4	Avtalstid	s.4	3.11	Medicintekniska produkter	s.10
1.5	Omfattning	s.4	3.11.1	Personliga hjälpmedel	s.10
1.6	Termer och begrepp	s.4	3.11.2	Läkemedelsnära produkter	s.10
			3.11.3	Spolvätskor	s.10
2	Gemensam värdegrund	s.5	3.11.4	Övriga medicintekniska produkter	s.10
2.1	Gemensam värdegrund	s.5	3.12	Livsmedel för särskilda näringsändamål	s.10
2.2	Gemensamt åtagande	s.5	3.13	Munhälsa- uppsökande och nödvändig tandvård	s.11
3	Parternas ansvar	s.6	3.14	Vårdhygien	s.11
3.1	Lagstiftning	s.6	3.15	Omhändertagande av avlidna	s.11
3.2	Gemensamt ansvar och samverkan	s.6	3.16	Ickesvenska medborgare och asylsökande	s.11
3.3	Västra Götalandsregionens åtagande och ansvar	s.7	3.17	Tjänsteköp	s.11
3.4	Kommunens åtagande och ansvar	s.7	4	Avtalsvård	s.12
3.5	Kommunikation, informationsöverföring och vårdplanering	s.8	4.1	Tillämpningsanvisningar	s.12
3.6	Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård	s.8	4.2	Gemensam stödstruktur	s.12
3.7	Rehabilitering och habilitering	s.8	4.3	Avvikelser	s.12
3.8	Personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk	s.8	4.4	Tvister	s.12
			4.5	Uppföljning av Hälso- och sjukvårdsavtalet	s.13
			5	Gemensamma utvecklingsområden	s.13

1 Allmänt om Hälso- och sjukvårdsavtalet

1.1 Bakgrund

Sedan regionbildningen 1999 har kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen, VGR, reglerat ansvarsfördelning och samverkan för hälso- och sjukvård genom ett gemensamt hälso- och sjukvårdsavtal. Inför ny avtalsperiod har avtalstiden förlängts för att skapa utrymme för en gemensam översyn.

Hälso- och sjukvårdens och den

tekniska utvecklingen innebär bland annat att hälso- och sjukvård som ges i öppen vård och i hemmet förändras över tid. Den politiska viljeinriktningen med Hälso- och sjukvårdsavtalet fokuserar på individens behov framför alltför 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.

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

1.2 Syfte

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland ska säkra ett gott, säkert och jämlikt omhändertagande för de personer som har behov av hälso- och

sjukvårdsinsatser från både kommunen och VGR. Avtalet ska stärka och främja samverkan och samarbete mellan parternas vårdgivare så att resulta-

tet bidrar till ett tryggt och självständigt liv för individen.

1.3 Avtalsparter

Avtalsparter i detta avtal är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen vil-

ka fortsättningsvis i avtalet benämnas som parterna. Avtalet gäller under förutsättning att beslut tas av region-

fullmäktige respektive kommunfullmäktige.

1.4 Avtalstid

Avtalet gäller under perioden 2017-04-01 – 2020-12-31. Senast tolv månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp

avtalet förlängs det med två år i taget med tolv månaders uppsägningstid.

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet kan initiativ till en översyn tas av det politiska

samrådsorganet, SRO, mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR. Se avsnitt 4.2.

1.5 Omfattning

Avtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och VGR har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 3 § och 18 §.

Detta avtal är ett huvudavtal för

hälso- och sjukvård där övriga överenskommelser som enligt HSL ska upprättas mellan parterna utgör underavtal till detta avtal. Underavtalens giltighet är direkt kopplat till huvudavtalets giltighet.

Avtalet omfattar även samverkan

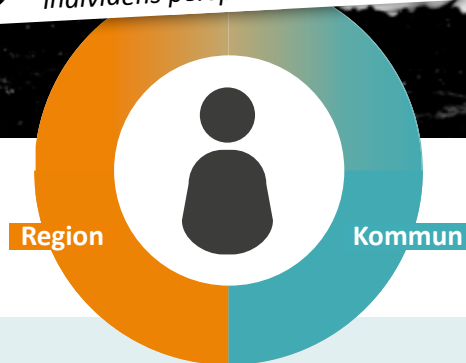
mellan VGR:s hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst. Ansvarsfördelningen beskrivs närmare under avsnitt 3 i avtalet och baseras på den lagreglerade ansvarsfördelningen samt de överenskommelser som tidigare gjorts.

1.6 Termer och begrepp

Se bilaga Termer och begrepp.



Gemensamt ansvar med
individens perspektiv i centrum



2 Gemensam värdegrund

2.1 Gemensam värdegrund

Samarbetet mellan parterna ska kännetecknas av att ...

... individens behov, inflytande och självbestämmande alltid är utgångspunkt för hälso- och sjukvården.

... utifrån patientens perspektiv ska vården vara lättillgänglig, effektiv och säker med god kvalitet och gott bemötande.

... varje medarbetare aktivt bidrar med sin kunskap och kompetens samt samarbetar så att hälso- och sjukvården upplevs som en välfungerande helhet.

2.2 Gemensamt åtagande

Parternas gemensamma åtagande innebär att ...

... implementera och säkerställa att innehållet i avtalet med tillhörande tillämpningsanvisningar är kända i samtliga verksamheter.

... 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.

3 Parternas ansvar

3.1 Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, är den lag som reglerar grundläggande skyldigheter för VGR och kommunen. Hälso- och sjukvårdsansvaret för VGR och kommunen regleras i 3 § och 18 § HSL, (1982:763), och ansvaret omfattar även rehabilitering, habilitering och hjälpmedel samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. För tandvård finns särskilda bestämmelser. Lag (1992:567).

Patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 18 § HSL:

- 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 under vistelsetiden vid bostandsbedömd dagverksamhet (3 kap.

6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Sedan regionbildningen 1999 har kommunen även ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende enligt 18 § HSL andra stycket: "*en kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård).*"

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 (8 a § och 8 b § HSL respektive 5 kap. 8 a § och 9 a § SoL).

Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas enligt HSL (3 f §) och SoL

(2 kap. 7 §) för personer som har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Planen ska upprättas om kommunen eller VGR bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. ([Länk](#))

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

Utöver det lagstadgade ansvaret för hälso- och sjukvården har VGR och kommunen flera överenskommelser om ansvarsfördelning och samverkan som beskrivs nedan i avsnitt 3.2.

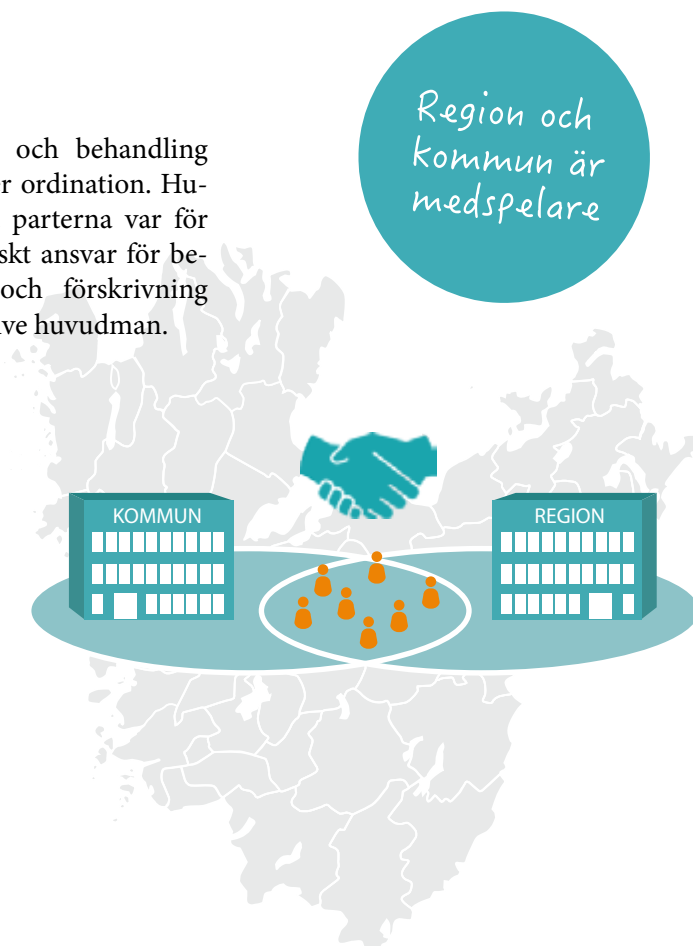
3.2 Gemensamt ansvar och samverkan

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 sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan VGR ansvarar för läkare och övriga kompetenser. Parterna ansvarar för att hälso- och sjukvårdsinsatser individanpassas och koordineras så att patienten upplever trygghet, säkerhet, kontinuitet och värdighet. Se även avsnitt 3.3-3.4.

Patienten ska ges medinflytande i planering av vård och behandling. Även närstående ska ges medinflytande om patienten samtycker.

Patientens vård och behandling sker efter beslut eller ordination. Huvudprincipen är att parterna var för sig har ett ekonomiskt ansvar för beslut, ordinationer och förskrivning som görs av respektive huvudman.



3.3 Västra Götalandsregionens åtagande och ansvar

Parterna har ett gemensamt ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser individanpassas och koordineras så att patienten upplever trygghet, säkerhet,

kontinuitet och värdighet. VGR ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till de som är bosatta eller som vistas i Västra Götaland.

Ansvaret omfattar öppen och sluten vård, akut och planerad vård.

Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar:

- ▶ Patienter som utan större svårigheter kan besöka mottagningar (inom primärvård eller specialistsjukvård). I ansvaret ingår hälso- och sjukvård i hemmet eller annan plats där patienten vistas, då insatserna är av tillfällig karaktär och ingår i pågående behandling, rehabilitering eller utredning.
- ▶ Läkarmedverkan för patienter som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården enligt ramavtal mellan parterna. Se avsnitt 3.6.

- ▶ Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser på specialist- samt primärvårdsnivå. För personer över 18 år finns en vägledning som beskriver rehabiliterings-/habiliteringsansvaret på primärvårds- respektive specialistnivå. ([Länk](#))
- ▶Handledning och kunskapsöverföring om enskild patient av primärvård eller specialistsjukvård till kommunens personal i vård, omsorg, rehabilitering samt i hantering av medicintekniska produkter.

- ▶ Specialistsjukvård till patienter inom kommunal hälso- och sjukvård enligt gällande vårdprogram och medicinska riktlinjer, eller enligt upprättad vårdplan/SIP.
- ▶ Omhändertagandet av avlidna. Se avsnitt 3.15.

3.4 Kommunens åtagande och ansvar

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

Kommunen ska enligt 18 § HSL erbjuda hälso- och sjukvård åt personer med beslut om särskilt boende, bostad med särskild service samt under vistelse-tiden åt personer med beslut om dagverk-

samhet, (SoL), samt i daglig verksamhet, (LSS). Se bilaga Termer och begrepp.

Sedan regionbildningen 1999 har kommunen även ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende.

Kommunens hemsjukvårdsansvar omfattar:

- ▶ Patienter som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till VGR:s mottagningar utan större svårigheter och där det på grund av insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem.

- ▶ Patienter med behov av hemsjukvård över tid, oavsett ålder eller diagnos, som kan ges med bibehållen patientsäkerhet i patientens hem.

- ▶ Patienter som enligt ovanstående punkter har behov av hemsjukvård kan samtidigt få vissa hälso- och sjukvårdsinsatser utförda på mottagning baserat på upprättad vårdplan/SIP. Se även avsnitt 3.5.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar även:

- ▶ Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kvälls- och nattetid för patienter som normalt besöker VGR:s vårdcentraler. Under mottagningarnas öppethållande har VGR hälso- och sjukvårdsansvaret för dessa patienter.

- ▶ Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från sluten vård som inte kan ta sig till mottagning. Detta gäller endast under förutsättning att en överenskommelse skett som stöd för de kommunala insatserna.

- ▶ Omhändertagande av avlidna. Se avsnitt 3.15.

3.5 Informationsöverföring och vårdplanering

Beslut om kommunal hemsjukvård förutsätter att en vård- och omsorgsplanering genomförs där parterna är överens om ansvarsfördelning samt där nödvändigt informationsutbyte sker. Patienten ska ges medinflytande i planeringen av sin vård och behandling. Även närstående ska ges medinflytande om patienten samtycker och/eller inte kan företräda sig själv.

Vid utskrivning från sjukhus ska den länsgemensamma rutinen *Samordnad vård- och omsorgsplanering*,

SVPL, tillämpas och vårdgivarna ska använda det gemensamma it-stödet för detta. ([Länk](#))

VGR:s verksamheter ska i samband med beslut om kommunal hemsjukvård och vid utskrivning från sjukhus säkerställa att nödvändig information medföljer samma dag som överflyttningen sker. Med nödvändig information avses i första hand:

- medicinska epikriser
- aktuella läkemedelsordinationer

En samordnad individuell plan, SIP, upprättas för personer som behöver insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård om någon av parterna bedömer att det behövs för att den enskildes behov ska tillgodoses. Den enskilde måste då ge sitt samtycke till SIP. Initiativ till SIP kan tas av den enskilde, närstående eller av personal inom parternas verksamheter. Länsgemensam *Riktlinje för SIP i Västra Götaland* som kommunerna och VGR tagit fram ska följas. ([Länk](#))

3.6 Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

Läkarinsatser inom kommunal hälso- och sjukvård regleras i underavtalet till Hälso- och sjukvårdsavtalet *Ramavtal om läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård i Västra Götaland*. ([Länk](#))

Ramavtalet avser läkarmedverkan utifrån patientens behov oberoende av läkarens organisatoriska tillhörighet. Enligt 26 d § HSL ska VGR avtala med kommunerna om omfattningen och formerna för läkar-

medverkan och avsätta de läkarresurser som behövs för att patienten inom kommunal hälso- och sjukvård ska erbjudas god hälso- och sjukvård.

3.7 Rehabilitering och habilitering

Rehabilitering och habilitering är hälso- och sjukvårdsinsatser som bedrivs både av VGR och kommunen i enlighet med detta avtal, se avsnitt 3.1-3.4.

I Västra Götalands län finns en

särskild vägledning som beskriver samverkan och ansvarsfördelning gällande rehabilitering och habilitering för vuxna personer. ([Länk](#))

Det finns också gemensamt

framtagna rutiner för tillämpning av SOSFS 2008:20, samordning av insatser för habilitering och rehabilitering i Västra Götaland. ([Länk](#))

3.8 Personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk

Personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk ska erbjudas hälso- och sjukvård i enlighet med detta avtal, se avsnitt 3.1-3.4. VGR och kommunerna i Västra Götaland har upprät-

tat en överenskommelse enligt (8 a § och 8 b § HSL respektive 5 Kap. 8 a § och 9 a § SoL) om samarbete för personer med psykisk funktionsnedsättning och för personer med missbruk. Överenskommelsen är ett

underavtal till hälso- och sjukvårdsavtalet och reglerar samarbete och ansvarsfördelning för de båda målgrupperna. ([Länk](#))

3.9 Beslut om 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 patientsäkert sätt.

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter har parterna fastställt gemensamma rutiner som ska tillämpas i Västra Götaland. ([Länk](#))

3.10 Läkemedel

Läkemedelsbehandlingar är en integrerad del i hälso- och sjukvården och ingår därmed i regelverk för samverkan mellan VGR och kommunerna i Västra Götaland. En särskild samverkansgrupp hanterar gemensamma läkemedelsfrågor mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR.

Läkemedelsgenomgång ska utföras enligt *VGR:s regionala medicinska riktlinje*. ([Länk](#)) Ansvarig sjuksköterska bör medverka vid läkemedelsgenomgång.

VGR ansvarar för kostnader, exklusive patientens egenavgift, avseen-

de läkemedel som omfattas av läkemedelsförmånen och som är förskrivna enligt lagen om läkemedelsförmåner till enskild patient.

3.10.1 Akutläkemedelsförråd

VGR tillhandahåller akutläkemedelsförråd avsedda för patienter med kommunal hälso- och sjukvård. Akutläkemedelsförråd och dess sortiment beslutas av VGR. ([Länk](#))

Läkemedlen i förrådet kan användas för akut ordination eller för att behandla under en begränsad tidsperiod (t.ex. antibiotikakur). VGR an-

svarar för läkemedelskostnaderna och kontrollen av de kommunala akutläkemedelsförråden. Kommunen har kostnadsansvaret för transporten av läkemedel till förråden.

3.10.2 Dosexpedition

Dosexpedition beslutas av läkare som tar ställning till att kriterier enligt regional medicinsk riktlinje för dosexpedition är uppfyllda. Samråd ska ske med patienten alternativt närstående och/eller sjuksköterska.

([Länk](#))



3.11 Medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter som hälso- och sjukvården tillhandahåller ska vara CE- märkta utifrån det medicin-

tekniska direktivet. Föreskrivning av medicintekniska produkter (hjälpmedel för det dagliga livet och medicin-

teknisk behandling) är en del av vård och behandling och följer hälso- och sjukvårdsansvaret.

3.11.1 Personliga hjälpmedel

Parterna har tagit fram gemensamma riktlinjer och produktanvisningar, *Handbok för föreskrivning av personliga hjälpmedel*, där bland annat kostnadsansvar och föreskrivningsrätt beskrivs. ([Länk](#))

VGR har kostnadsansvar för personliga hjälpmedel för barn och ungdomar upp till 18-årsdagen. Det finns även personliga hjälpmedel för vuxna där VGR alltid har ansvaret. I varje produktanvisning anges fördelning av kostnadsansvar för den aktuella produkten.

Förtroendeföreskrivning kan ske på annan sjukvårdshuvudmans kostnadsansvar enligt handbokens anvisningar. Detta för att underlätta en obruten vårdkedja.

3.11.2 Läkemedelsnära produkter

Parterna har antagit gemensamma riktlinjer för föreskrivning av läkemedelsnära produkter. Dessa är samlade i handböcker för respektive område:

- Diabetes
- Inkontinens, blås- och tarmdysfunktion
- Stomi
- Sondmatningstillbehör och nutritionspump. Se avsnitt 3.12.

Förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion

Fördelningen av statsbidrag för inkontinensprodukter regleras i samarbetsavtal mellan parterna. Kommunen ansvarar för föreskrivning av förbrukningsartiklar vid blås- och tarmdysfunktion till personer i kommunal hälso- och sjukvård. ([Länk](#))

Diabeteshjälpmedel och stomiproducter

VGR bär kostnaden för diabeteshjälpmedel och stomiproducter. Förtroendeföreskrivning kan ske av behörig personal inom kommunen enligt *Handbok vid föreskrivning av Diabetes-*

hjälpmedel ([Länk](#)) samt *Handbok vid föreskrivning av Stomihjälpmedel*. ([Länk](#))

3.11.3 Spolvätskor

Spolvätskor för katetersättning och kateterspolning samt behandling som kräver steril produkt och där kranvatten inte bör eller får användas föreskrivs på recept. VGR ansvarar för kostnaderna för de produkter som ingår i VGR:s *Rutin för föreskrivning av CE-märkta produkter*. ([Länk](#))

3.11.4 Övriga medicintekniska produkter

VGR tillhandahåller även andra medicintekniska produkter till patienter som har sin hälso- och sjukvård i hemmet. Medicintekniska produkter som ordinerar av läkare är ett ansvar för VGR. Generellt gäller att den vårdgivare som föreskriver produkten är kostnadsansvarig. För sårläkningsartiklar och kompressionsförband finns ett avtal där det framgår vilka produkter VGR respektive kommunen har kostnadsansvar för. ([Länk](#))

3.12 Livsmedel för särskilda näringsändamål

Barn under 16 år kan erhålla Livsmedel för särskilda näringsändamål enligt läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:13). VGR subventionerar

livsmedel för särskilda näringsändamål till barn samt till personer från och med 16 år, enligt särskilt regelverk (HSS 527-1999). Kostnadsansvaret

mellan VGR och kommunen regleras i tillämpningshänvisningen. ([Länk](#))

3.13 Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

VGR har, enligt tandvårdslagen (1985:125), ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård till personer med vissa funktionshinder och med stort behov av vård och omsorg för att dessa personer ska ges större möjlighet till god munhälsa.

Berörda personer ska årligen erbjudas avgiftsfri munhälsobedömning och individuell rådgivning.

Målgrupper:

- Personer som har behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser enligt HSL och/eller SoL.
- Personer som omfattas av LSS.

VGR och kommunen är enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) skyldiga att samverka så att berörda personer identifieras och får tillgång till det särskilda tandvårdsstödet.

Kommunen identifierar, utfärdar intyg och informerar berörda personer och deras närstående och VGR erbjuder undersökningar och behandlingar.

En gemensam överenskommelse ska upprättas mellan parterna som reglerar samverkan, uppföljning samt utvärdering av målgruppens tillgång till nödvändig tandvård.

3.14 Vårdhygien

Både kommunen och Västra Götalandsregionen har ansvar för att förebygga och förhindra smittspridning

och infektioner i vård och omsorg. VGR:s vårdhygienenheter har i uppdrag att bistå kommunerna med

vårdhygienisk experthjälp enligt VGR:s riktlinjer.

3.15 Omhändertagande av avlidna

Det är läkarens ansvar att konstatera dödsfall. Efter överenskommelse kan sjuksköterska utföra undersökningen för att fastställa att döden har inträtt, förutsatt att dödsfallet är förväntat.

Att ta hand om och stå för trans-

port och förvaring av avlidna ingår i respektive huvudmans ansvarsområde.

Transport till och från sjukhus för obduktion eller borttagande av implantat är VGR:s ansvar även om patienten ingår i kommunens hälso- och

sjukvårds ansvar. (SOSFS 2005:10)

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar i samband med dödsfall regleras i föreskriften *HSLF-FS 2015:15*. ([Länk](#))

3.16 Asylsökande

Hälso- och sjukvård till asylsökande är VGR:s ansvar. För dessa personer

har kommunen inget hälso- och sjukvårdsansvar, detta gäller även patien-

ter med behov av sjukvård i boendet.

3.17 Tjänsteköp

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.

4. Avtalsvård

4.1 Tillämpningsanvisningar

För praktisk tillämpning av detta hälso- och sjukvårdsavtal finns av parterna gemensamt framtagna tillämpningsanvisningar, med bland annat vägledande patientfall, som ska användas av alla vårdgivare inom VGR och kommuner i Västra Götaland.

Tillämpningsanvisningarna fastställs och revideras av **Ledning i samverkan, LiSA** och utgår från den ansvar

svarsfördelning som regleras i detta avtal. Syftet är att ge stöd och vägledning för jämlik och patientsäker vård samt att underlätta samarbetet mellan vårdgivarna.

4.2 Gemensam stödstruktur

Den gemensamma stödstruktur som ska förvalta och utveckla intentionerna med det gemensamma Hälso- och sjukvårdsavtalet bygger på den vårdsamverkansstruktur som finns delregionalt samt regionalt i Västra Götaland. Den gemensamma samverkansstrukturen ska fokusera på förbättringsarbete utifrån systematiskt kvalitetsarbete. Varje huvudman ska ställa krav på sina vårdgivare att delta i den gemensamma samverkans-

strukturen.

Det politiska samrådsorganet, SRO, mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR samordnar frågor rörande avtalet och kan vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet, ta initiativ till en översyn.

Gemensamma it-stöd

En välfungerande informationsöverföring mellan individer och olika aktörer behövs för att information ska

kunna överföras på ett säkert och effektivt sätt och samtidigt underlätta koordinering av insatser till den enskilde.

Varje part har ansvar för att it-stöd är kända hos berörda verksamheter och att rutinerna följs. Gemensamma it-stöd ska följas upp och utvecklas för att stödja intentionerna i avtalet.

4.3 Avvikelse

Varje vårdgivare har rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud. Inom ramen för detta avtal sätts fokus på avvikelser gällande åtaganden enligt detta avtal och gemensamma rutiner.

Respektive vårdsamverksamråde ansvarar för att gemensam rutin för avvikelshantering finns framta-

gen. Rutinen ska beskriva ärendegång och tidsramar för återkoppling och åtgärder. Varje delregionalt vårdsamverksamråde ska regelbundet rapportera till **LiSA**. Rapporten ska redovisa de mest frekventa avvikelserna, och identifierade systembrister enligt anvisningar från **LiSA**. Rapporten ska även innehålla redovisade åtgärder lokalt/delregionalt samt förslag på åtgärder för hantering på regional nivå.

Avvikelse då någon part inte uppfyller det som är överenskommet i detta avtal hanteras inom ramen för uppföljning av Hälso- och sjukvårdsavtalet.

4.4 Tvister

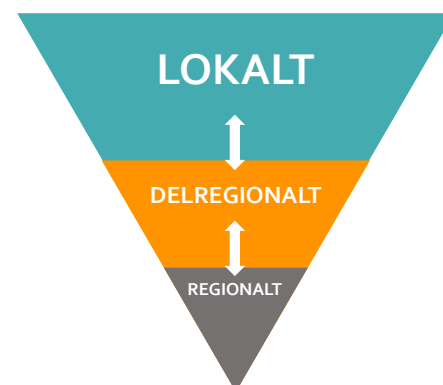
Tvister mellan parterna om tolkning av avtalets innebörd ska i första hand lösas lokalt och i andra hand delregionalt, inom vårdsamverkan.

Tvist av principiell karaktär kan lyftas till **LiSA**.

Patientens vård och omsorg ska alltid säkerställas oavsett om parterna är överens om ansvarsfördelning eller inte. Parterna har gemensamt ansvar att omgående komma överens om till-

fällig ansvarsfördelning, i väntan på långsiktig lösning.

Den rekommendation som utfärdas kan innebära ansvarsjustering i efterhand från den dag gemensam ansvarsfördelning finns. Om tvist inte kan lösas inom 30 dagar på delregional nivå hänförs den direkt till **LiSA** som ska bereda frågan inom 30 dagar.



4.5 Uppföljning av Hälso- och sjukvårdsavtalet

Detta avtal ska följas upp årligen. De delregionala vårdssamverkansgrupperna lämnar rapport enligt anvisningar från LiSA.

Rapporten bör innehålla:

- Följsamhet till avtalet – fokus på uppföljningsområden enligt anvisningar.
- Uppföljning av ramavtal om läkarmedverkan.
- Uppföljning av länsöverenskommelse personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk.
- Uppföljning av rutinen för samordnad vård- och omsorgsplanering, SVPL.
- Övriga gemensamma rutiner enligt anvisning.

5 Gemensamma utvecklingsområden

Den demografiska, medicinska och tekniska utvecklingen innebär att en ökande andel av sjukvårdsinsatserna

kommer att utföras i hemmet. Sjukvårdshuvudmännen har en gemensam utmaning i att säkra kvaliteten för den

enskilde och skapa förutsättningar för nya gemensamma vårdformer.

Utvecklingsåtgärderna

- ▶ Gemensamma mobila vårdformer.
- ▶ Förebyggande insatser för riskgrupper.
- ▶ Förändrad vårdlogik – från reaktivt till proaktivt arbete.
- ▶ Utvecklingsarbete kring de mest sjuka äldre.
- ▶ Samverkan kring patienter med specialiserad och avancerad vård i hemmet.
- ▶ Utarbeta ny överenskommelse utifrån kommande lagförslag *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*.
- ▶ Gemensamma strategiska beslut om e-hälsa, it-stöd och informationsförsörjning.
 - It-stöd ska kunna omhänderta överföring av medicinsk information, information om rehabilitering och omsorg, aktuella läkemedelsordinationer samt avvikelserapporter i samverkansfrågor.
 - Individens perspektiv och behov är i centrum för utveckling av nya digitala lösningar.

Gemensamma utmaningar:

- ▶ Utarbeta gemensam strategi för kompetensförsörjning och kompetensutveckling för Västra Götaland. Säkra kompetens till områden med stora avstånd till tätorter.
- ▶ Anordna gemensamma utbildningar och kurser inom områden som avtalet reglerar.
- ▶ Ta fram länsgemensamma riktlinjer utifrån nationella riktlinjer och vårdprogram för de gemensamma patientgrupperna.
- ▶ Resurser
 - Utforma ersättningsmodeller och patientavgifter så att intentionerna i avtalet stöds.
 - Skapa mervärde för patienter genom att använda de gemensamma resurserna effektivt.

Avttalets 50 parter

Ale kommun	Munkedals kommun
Alingsås kommun	Mölnbalds stad
Bengtstors kommun	Orust kommun
Bollebygd kommun	Partille kommun
Borås Stad	Skara kommun
Dals-Eds kommun	Skövde kommun
Essunga kommun	Svenljunga kommun
Falköpings kommun	Strömstads kommun
Färgelanda kommun	Sotenäs kommun
Grästorps kommun	Stenungsunds kommun
Gullspångs kommun	Tanums kommun
Göteborgs Stad	Tibro kommun
Götene kommun	Tidaholms kommun
Herrljunga kommun	Tjörns kommun
Hjo kommun	Tranemo kommun
Härryda kommun	Trollhättans stad
Karlsborgs kommun	Töreboda kommun
Kungälv's kommun	Uddevalla kommun
Lerums kommun	Ulricehamns kommun
Lidköpings kommun	Vara kommun
Lilla Edets kommun	Värgårda kommun
Lysekils kommun	Vänersborgs kommun
Mariestads kommun	Åmåls kommun
Marks kommun	Öckerö kommun
Melleruds kommun	

Västra Götalandsregionen

www.vgregion.se/hosavtal

www.vastkom.se/hosavtal



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN



VästKom

Grafisk formgivning: Anna Karlsson, kommunikatör, Västra Götalandsregionen och VästKom

Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktions- nedsättning och personer med missbruk

Gäller från och med den 1 april 2017

Överenskommelsen är ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland.

Innehåll

1	Allmänt om överenskommelsen	s.2	3.3	Personer med samsjuklighet	s.7
1.1	Bakgrund	s.2	3.4	Barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik	s.7
1.2	Syfte	s.3	3.5	Ansvar vid placering utanför hemmet	s.7
1.3	Parter	s.3	3.6	Personer i psykiatrisk tvångsvård	s.8
1.4	Giltighetstid	s.3	3.7	Samordnad individuell plan, SIP, verktyg för att verkställa ansvarsfördelningen	s.9
1.5	Målgrupper	s.3			
2	Utgångspunkter	s.3	4	Genomförande	s.10
2.1	Individens behov i centrum	s.3	4.1	Tillämpning	s.10
2.2	Brukarinflytande	s.4	4.2	Avvikelser	s.10
2.3	Lagstiftning	s.4	4.3	Tvister	s.10
2.4	Nationella riktlinjer ger rekommendationer om insatser	s.4	4.4	Uppföljning	s.10
3	Ansvarsområden	s.5	5	Gemensamma utvecklingsområden	s.11
3.1	Personer med psykisk funktionsnedsättning	s.5			
3.2	Personer med missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel	s.6			

1 Allmänt om överenskommelsen

1.1 Bakgrund

Överenskommelsen om samarbete mellan Västra Götalandsregionen, VGR, och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk är ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet ([Länk](#)) och ersätter tidigare överenskommelse för personer med psykisk funktionsnedsättning.

Överenskommelsen ska stärka samverkan mellan kommun och VGR för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Den behandlar även hur uppföljning och utvärdering ska bedrivas samt hur tvister ska lösas.

Framtagandet av överenskommelsen har skett som en delprocess i hälso- och sjukvårdsavtalsprocessen

och representanter för anhörig- och brukarföreningar har deltagit i den partssammansatta arbetsgruppen.

1.2 Syfte

Syftet 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 livsområdet som boende, sysselsättning och mellanmänskliga relationer.

Den enskilde ska få vård, stöd och insatser som är samordnade mellan kommunens och Västra Götalands-

regionens verksamheter och upplevs som en välfungerande helhet. Individen ska inte hamna mellan huvudmännens olika ansvarsområden och därför inte få den hjälp som hen behöver.

1.3 Parter

Parter i denna överenskommelse är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen, vilka fortsättningsvis benämns som parterna. Avtalet gäller under

förutsättning att beslut tas av kommunfullmäktige respektive regionfullmäktige. Om kommunen eller VGR tecknar avtal med någon annan och överlåter uppgifter de har ansvar för,

ska denna överenskommelse tillämpas. Respektive huvudman ansvarar för att verkställa sitt åtagande inom den egna organisationen.

1.4 Giltighetstid

Överenskommelsen gäller från och med 2017-04-01 – 2020-12-31. Senast tolv månader innan avtalstiden löper ut har part möjlighet att säga upp avta-

let. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med två år i taget med tolv månaders uppsägningstid. Överenskommelsen är ett underavtal

till Hälso- sjukvårdsavtalet i Västra Götaland ([Länk](#)) vilket innebär att överenskommelsens giltighet är beroende av ett gällande huvudavtal.

1.5 Målgrupper

Målgrupperna för överenskommelsen är personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk som har behov av in-

satser från både kommunen och VGR:s hälso- och sjukvård.

Överenskommelsen omfattar även personer med samsjuklighet, barn och

ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik, personer placerade på HVB-hem samt i psykiatrisk tvångsvård.

2 Utgångspunkter

2.1 Individens behov i centrum

Vården och stödinsatserna ska planeras och utvärderas tillsammans med den enskilde och med respekt och lyhördhet för de erfarenheter och önskemål som den enskilde och/eller dennes närstående eller företrädare har. Det är viktigt att utgå från individens egen målsättning för insatserna. Verksamheterna ska underlätta för den enskilde och/eller närstående att vara delaktig och fatta beslut som rör

den egna personen. I huvudmännens samverkan är det av särskild vikt att beakta barnens bästa.

Verksamheterna inom kommunen och VGR har ett gemensamt ansvar att ha rutiner och arbetssätt så att vård och insatser harmonierar med varandra. Den enskildes intressen får aldrig åsidosättas på grund av att huvudmän har olika syn på verksamhets- och kostnadsansvar. Även om

kostnadsansvaret är oklart ska individens behov av utredning eller behandling fullföljas utan dröjsmål.

2.2 Brukarinflytande

En utgångspunkt i samverkan mellan huvudmännen är att öka enskildas 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.

2.3 Lagstiftning

Överenskommelsen bygger på en lagstiftad skyldighet om samarbete kring två målgrupper och en generell skyldighet att samverka på individnivå.

Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning

Sedan den 1 januari 2010 är lands-ting/region och kommun genom likalydande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, HSL (8 a§) och i Socialtjänstlagen, SoL (5 kap 8 a§) skyldiga att ha överenskommelser om samarbetet när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Samarbete kring personer med missbruk

Sedan den 1 juli 2013 är landsting och kommun genom likalydande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, HSL (8 b§) och i socialtjänstlagen, SoL (5 kap 9 a§) skyldiga att ha överenskommelser gällande samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Samordnad Individuell plan, SIP

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i både HSL (3 f §)

och SoL (2 kap. 7 §) 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 eller VGR bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Initiativ till SIP kan även tas av den enskilde eller närstående.

I Västra Götaland har VGR och kommunerna genom VästKom fastställt gemensamma riktlinjer för samordnad individuell plan, SIP.

2.4 Nationella riktlinjer ger rekommendationer om insatser

Socialstyrelsen anger, i vissa fall, genom nationella riktlinjer vilka insatser som huvudmännen i första hand ska genomföra för personer som omfattas

av överenskommelsen. Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd och nationella riktlinjer för

vård och stöd vid missbruk och beroende är viktiga exempel på detta.

3 Ansvarsområden

Kommunen ska främja invånarnas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor, aktiva deltagande i samhällslivet. Kommunen ska erbjuda stöd till meningsfull sysselsättning, försörjning, bostad och

utbildning. Kommunen erbjuder också insatser enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Västra Götalandsregionen 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 primärvården, habiliteringen, tandvården och den somatiska och psykiatriska specialistvården.

3.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning

Målgruppen består av personer oavsett ålder med psykisk funktionsnedsättning som upplever väsentliga 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 ska ha funnits, eller kan antas komma att bestå, under en längre tid.

Viktiga delar i kommunens ansvar för målgruppen är att:

- 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.
- Utreda och utfärda biståndsbeslut på grund av psykisk funktionsnedsättning:
 - Utredning och bistånd/insats enligt SoL och LSS.
 - Utredning, ansökan om och verkställighet av vård enligt LVU.
 - Utreda, ansöka om och verkställa vård enligt LVM.
- Tillhandahålla boende och stöd i hemmet så att personen får möjlighet att bo på ett sätt som är anpassat efter hens behov.
- Erbjuder meningsfull sysselsättning och/eller stöd till att arbeta eller studera.
- Tillhandahålla elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser utifrån elevens skolsituation.
- Erbjuder stöd till anhöriga och närstående.
- Erbjuder hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Viktiga delar i Västra Götalandsregionens ansvar för målgruppen är att:

- Erbjuder hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Arbeta för tidig upptäckt och med tidiga insatser.
- Särskilt beakta barns rätt till information, råd och stöd.
- Motverka somatisk ohälsa, skada och förtida död och även uppmärksamma behovet av tandvård.
- Uppmärksamma och behandla självskadebeteende.
- Arbeta med suicidprevention.
- Erbjuder stöd till anhöriga och närstående.
- För personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård erbjuda samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser hen är i behov av.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, behov och förutsättningar.
- Ge handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal i patientrelaterade ärenden.

3.2 Personer med missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel

Målgruppen omfattar personer oavsett ålder med missbruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Missbruk innebär att bruket av drogen påverkar individen eller hans omgivning negativt. Missbruket går ut över individens sociala liv, såsom hem, familj, arbete och skola, men le-

der också till ökad risk för fysisk skada. I fråga om narkotika räknas ofta en användare som missbrukare oberoende av mängd, eftersom narkotika-innehav/bruk är kriminaliserat.

Viktiga delar i kommunens ansvar för målgruppen är att:

- 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.
- Göra utredning av behov och bedömning av insatser, stöd och behandling för missbruks- och beroendeproblem:
 - Utredning och bistånd/insats enligt SoL.
 - Utredning, ansökan om och verkställighet av vård enligt LVU.
 - Utredning, ansökan om och verkställighet av vård enligt LVM.
- Erbjuder stöd till boende och sysselsättning.
- Arbeta med återfallsprevention.
- Ge motiverande och familjeorienterade insatser.
- Särskilt beakta insatser till ungdomar med missbruk.
- Tillhandahålla elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser utifrån elevens skolsituation.
- Ge stöd till barn som har en förälder eller annan närstående med missbruks- och beroendeproblem.
- Erbjuder stöd till anhöriga och närstående.
- Medverka vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk.
- Erbjuder hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Viktiga delar i Västra Götalandsregionens ansvar för målgruppen är att:

- Arbeta för tidig upptäckt och med tidiga insatser.
- Särskilt beakta insatser till ungdomar med missbruk.
- Ge tvärprofessionella behandlingsinsatser som inkluderar psykologiska behandlingsmetoder.
- Identifiera samsjuklighet och säkerställa att behandling av missbruk och samtidig psykisk sjukdom sker parallellt och integrerat.
- Erbjuder stöd till anhöriga och närstående.
- Särskilt beakta barns rätt till information, råd och stöd.
- Motverka somatisk ohälsa, skada och förtida död samt bedriva smittskyddsarbete och tandvård.
- För personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård erbjuda samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser hen är i behov av.
- Bistå med intyg/bedömning av individens funktion, behov och förutsättningar.
- Fullfölja anmälningsskyldighet enligt gällande lagar.
- Erbjuder hälso- och sjukvård enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.
- Ge handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal i patientrelaterade ärenden.
- Initiera samverkan kring tillnyktring.

3.3 Personer med samsjuklighet

Samsjuklighet innebär att man har två eller flera sjukdomar, 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 lö-

per 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 värden och insatserna.

3.4 Barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik (Västbus)

Målgruppen är barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik som behöver

tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter. Den sammansatta problematiken innebär att barnet/

ungdomen har svårigheter inom flera livsområden som exempelvis skola, hemmiljö och socialt samspel.

Denna överenskommelsen ska stärka samverkan mellan parterna för att målgruppens behov av vård, stöd och behandling ska tillgodoses.

Länets kommuner och VGR har antagit gemensamma riktlinjer och

rutiner för samverkan kring barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik, Västbus. Riktlinjerna omfattar kommunernas socialtjänst och skola och VGR:s primärvård, barn- och ung-

domshabilitering och barn- och ungdomspsykiatri. ([Länk](#))

Hantering av avvikelser och tvister ska ske i enlighet med punkterna 4.2 och 4.3.

3.5 Ansvar vid placering utanför hemmet av personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk (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 socialtjänstens ansvarsområde. Hem för viss annan heldygnsvård är ett tillfälligt boende som ger möjlighet till av-

lastning för anhöriga eller rehabilitering för individen.

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

frågan om placering aktualiseras ska huvudmännen ha kommit fram till att resurser i närmiljön är uttömda och att den enskildes behov inte kan till-

godoses på annat sätt än genom placering. Om en placering bedöms nödvändig ska en placering inom det egna länet i första hand väljas.

Ansvar

Varje huvudman ansvarar för bedömning, utredning, insatser och uppföljning utifrån sitt uppdrag. Kommunen ansvarar för sociala insatser enligt SoL, LSS, LVU och LVM samt skolgång enligt skollagen. VGR ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser. Båda huvudmännen har rätt att själva utföra insatserna eller träffa avtal med annan part som har kompetens att utföra uppdraget. Socialtjänsten 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.

Gemensam planering

Inför en placering där båda huvudmännen är delaktiga, ska en samordnad individuell plan eller motsvarande upprättas där ansvarsfördelningen tydliggörs.

Vid placering ska särskilt beskrivas:

- målsättning med placeringen.
- individens önskemål.
- respektive huvudmans och parts ansvar för de vård- och stödinsatser som ska utföras.

- om huvudmännen själva utför insatsen eller om de utförs av annan part.
- hur skola/sysselsättning tillgodoses

Överenskommelse om kostnadsansvar

Huvudregeln är att varje huvudman ansvarar för de kostnader som kan knytas till var och ens ansvar för vård, stöd och insatser, oavsett om insatserna utförs av huvudmannen eller om avtal med annan part upprättats.

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 vård- och stödinsatser som ska utföras.
- hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses.
- fördelning av kostnader i kronor eller procent.

I de fall HVB tillhandahåller både socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser och fördelningen mellan dessa är oklar kan huvudmännen dela på kostnaden utifrån en schablon där VGR betalar en tredjedel och kommunen två tredjedelar av placeringskostnaden, om inget annat är överenskommet.

I takt med att den enskildes behov förändras ska parterna bedöma om och hur kostnadsfördelningen ska justeras. 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.

Uppföljning

Uppföljning av den enskildes placering ska ske gemensamt och regelbundet av huvudmännens berörda verksamheter. Inför avslut av placering ska gemensam planering för vidare insatser göras.

3.6 Personer i psykiatrisk tvångsvård

En person som lider av allvarlig psykisk störning, som utgör en fara för sig själv eller sin omgivning, och som inte frivilligt samtycker till vård, kan tvingas till vård enligt lagen om psy-

kiatrisk tvångsvård, LPT. En person med allvarlig psykisk störning som begått brott kan som påföljd dömas till rättspsykiatrisk vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV. En per-

son som är häktad eller fängslad och som får en psykisk störning, kan också överföras till rättspsykiatrisk vård.

Viktiga delar i kommunens ansvar för målgruppen är:

- Att medverka vid samordnad vårdplanering inför utskrivning från slutenvård och vid upprättande av SIP.
- Insatser enligt SoL och LSS vid permission från slutenvård.
- Insatser enligt SoL och LSS vid öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet, med undantag av tvångsätgärder.

Viktiga delar i Västra Götalandregionens ansvar för målgruppen är att:

- Erbjuda behandling i slutenvård enligt LPT och LRV.
- Besluta om permission från sluten tvångsvård.
- Ansöka till allmän förvaltningsdomstol om övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Genomföra samordnad vård- och omsorgsplanering, SVPL, vid utskrivning från slutenvård i samråd med kommunen.
- Erbjuda behandlings- och rehabiliteringsinsatser i öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- I samråd med kommunen föreslå förvaltningsdomstolen placering i boende. Vid placering gäller den under punkt 3.5 beskrivna ansvarsfördelningen.
- Upprätta en SIP vid utskrivning från öppen tvångsvård till frivillig öppenvård om behov finns av insatser från båda huvudmännen.

Betalningsansvarslagen är tillämplig även vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. En förutsättning är att patienten bedöms vara utskrivningsklar av ansvarig läkare samt att förvaltningsrätt fattat beslut om öp-

pen tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård. En patient är utskrivningsklar när behandlande läkare bedömer att behandling i slutenvård inte längre behövs. Kommunens betalningsansvar inträder om personen

inte får de insatser som hen har behov av enligt SoL/LSS och därför blir kvar i slutenvård enligt HSL (frivillig vård).

3.7 Vårdplaneringen - verktyg för att verkställa ansvarsfördelningen

Samordnad individuell plan, SIP

En samordnad individuell plan, SIP, upprättas för personer som behöver insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård om någon av parterna bedömer att det behövs för att den enskildes behov ska tillgodoses. Den enskilde måste då ge sitt samtycke till SIP. Initiativ till SIP kan tas av den enskilde, närstående eller av personal inom parternas verksamheter.

Planen ska innehålla:

1. Insatser den enskilde behöver.
2. Huvudmännens ansvar.
3. Vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen och landstinget.
4. Vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.

Upprättande och uppföljning av SIP ska ske enligt de riktlinjer som antagits av Västra Götalandsregionen och Västkom. [\(Länk\)](#)

Samordnad vård- och omsorgsplanering, SVPL

Vid utskrivning från sjukhus ska den läns-gemensamma rutinen SVPL tillämpas och vårdgivarna ska använda det gemensamma it-stödet för detta. [\(Länk\)](#)

4 Genomförande

4.1 Tillämpning

Överenskommelsen ska verkställas på lokal nivå, nära brukaren. Detta förutsätter en organiserad delregional och lokal samverkan mellan huvud-

männen så att överenskommelsen kan tillämpas lokalt. Vid framtagande av lokala tillämpningar ska brukar- och anhörigföreningarna ges möjlighet

att delta. I den lokala samverkan ska också det gemensamma förebyggande arbetet beaktas.

4.2 Avvikelse

Avvikelsehantering enligt de principer som anges i Hälso- och sjukvårdsavtalet. Detta innebär att:

Varje vårdgivare har rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud. Här avses avvikelser från åtaganden enligt denna överenskommelse och gemensamma rutiner.

Respektive vårdsamverkansområde

de ansvarar för att gemensam rutin för avvikelsehantering finns framtagen. Rutinen ska beskriva ärendegång och tidsramar för återkoppling och åtgärder. Från respektive delregionalt vård- samverkansområde ska en rapport redovisas regelbundet till **Ledning i samverkan, LiSA**. Rapporten ska redovisa de mest frekventa avvikelserna, och identifierade systembrister enligt anvisningar från **LiSA**. Rapporten ska

även innehålla redovisade åtgärder lokalt/delregionalt samt förslag på åtgärder för hantering på regional nivå.

Avvikelse då någon part inte uppfyller det som är överenskommet i denna överenskommelse hanteras inom ramen för uppföljning av Hälso- och sjukvårdsavtalet.

4.3 Tvister

Tvister ska hanteras enligt de principer som anges i Hälso- och sjukvårdsavtalet. Detta innebär att: Tvister mellan parterna om tolkning av överenskommelsens innebörd ska i första hand lösas lokalt och i andra hand delregionalt, inom vårdsamverkan. Om en tvist inte kan lösas inom delregional vårdsamverkan kan den lyftas till

LiSA som utfärdar rekommendation om hantering av ärendet. Patientens vård och omsorg ska alltid säkerställas oavsett om parterna är överens om ansvarsfördelning eller inte. Parterna har gemensamt ansvar att omgående komma överens om tillfällig ansvarsfördelning, via SIP, i väntan på lösning. Den rekommendation som ut-

färdas kan innebära ansvarsjustering i efterhand från den dag gemensam ansvarsfördelning finns. Om tvist inte kan lösas inom 30 dagar på delregional nivå hänförs den direkt till **LiSA** som ska bereda frågan inom 30 dagar.

4.4 Uppföljning

Uppföljning av överenskommelsen ska ske enligt de principer som anges i Hälso- och sjukvårdsavtalet. Detta innebär att den följs upp årligen enligt anvisningar av **LiSA**. Tillgänglighet, samordning och kvalitet i insatser ska bland annat vara i fokus.

Uppföljning placeringar HVB-hem

Gemensam uppföljning av förslaget om tillämpning vid placering HVB-hem, (volym, motiv samt vård och behandlingsinnehåll).

5 Gemensamma utvecklingsområden

Huvudmännen har identifierat några viktiga utvecklingsområden att samverka kring för att säkra kvaliteten för den enskilde och skapa förutsättningar för en sammanhållen vård och omsorg.

► Länsgemensam handlingsplan psykisk hälsa

Genom årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL ges huvudmännen stöd i arbetet med att erbjuda befolkningen individanpassade och effektiva insatser av god kvalitet inom området psykisk hälsa. Inom ramen för detta tas en länsgemensam handlingsplan för psykisk hälsa fram för att stärka förutsättningarna för ett långsiktigt arbete som bygger på ett gemensamt ansvarstagande mellan parterna. Syftet är att tillsammans utveckla insatser inom området psykisk hälsa, och också för personer som denna länsöverenskommelse omfattar.

► Integrerade mottagningar

I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende bedömer socialstyrelsen att det krävs en utökad samverkan mellan kommuner och landsting för att kunna införa riktlinjerna och för att kunna erbjuda ett bredare utbud av insatser samt en integrerad vård och behandling. Utifrån patientens perspektiv ska vården vara lättillgänglig, effektiv och säker med god kvalitet. Integrerade mottagningar underlättar en smidig och integrerad vård och behandling.

► Integrerade arbetsätt

Personer med komplex problematik och omfattande vårdbehov behöver ofta samordnade insatser. Case management, vård- och stödsamordning och ACT är exempel på integrerade arbetsätt.

► Insatser för ungdomar med missbruk

Missbruk bland barn, ungdomar och unga vuxna är ofta komplext och samsjuklighet är vanligt. En avgörande framgångsfaktor för denna målgrupp är att huvudmännens insatser samordnas och att behandlingsutbudet utvecklas. Utvecklingsarbetet bör omfatta samtliga delar av vården samt hur denna organiseras.

► Samverkan kring berusade och drogpåverkade personer

Det finns behov av att utveckla samverkan på organisations- och individnivå kring personer med missbruk, för att tidigt fånga upp, lösa vårdbehov i samband med tillnyktring och om möjligt i en samordnad individuell plan ge fortsatt stöd och behandling från primärvård, specialistvård och socialtjänst. Samverkan kan utvecklas tillsammans med polismyndigheten, för omhändertagande av berusade och drogpåverkade personer.

► Samverkan kring upphandling av HVB-platser

Huvudmännen bör utreda förutsättningarna för att utveckla ett samarbete i upphandlingsförfarandet av HVB-platser.