



Plats och tid Herrljunga kommun, Kommunhuset, Nossan (A-salen) kl. 13 00--14 30

Beslutande

Beslutande

Lennart Ottosson (KV), ordförande
Andreas Johansson (M), vice
ordförande
Ragnar Emanuelsson (C)
Kerstin Setterberg (KD)
Inger Gustavsson (L)
Magnus Fredriksen (S)
Armina Dzananovic (S)
Carina Fredriksen (S)
Auli Karnehed (SD)
Margareta Yngvesson (C)

Ersättare

Kari Hellstadius (S) tjs. ers. för
Anette Rundström (S)

Ej tjänstgörande ersättare

Kitty Andersson (S)
Tommy Thulin (SD)
Åke Henningsson (KD)
Magnus Lennartsson (M)
Gudrun Gustafsson (M)
Kitty Andersson (S)

Övriga deltagare

Personal

Magnus Stenmark, socialchef
Aniko Andersson, verksamhetschef
Carina Öhman, enhetschef § 74
Berith Källerklint, MAS § 72-80
Moa Andersson, nämnsamordnare

Helene Backman Carlsson,
SAS/kvalitetssamordnare
Jenny Andersson, controller § 72-77
Linnea Holm, stabschef

Utses att justera

Inger Gustavsson (L)

Justeringens
plats och tid

Kommunhuset, Herrljunga, 2018-09-03 kl. 10.00

Under-
skrifter

Sekreterare


Moa Andersson

Paragrafer 72-86

Ordförande


Lennart Ottosson

Justerande


Inger Gustavsson

ANSLAG / BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag

Organ

Socialnämnden

Sammanträdesdatum

2018-08-28

Datum för
anslags uppsättande

2018-09-03

Datum för
anslags nedtagande

2018-08-18

Förvaringsplats
för protokoll

Socialförvaltningen, Torggatan 4 A, Herrljunga

Underskrift





Innehållsförteckning

| | | |
|------|--|----|
| § 72 | Andring av dagordningen | 3 |
| § 73 | Sekretess - [REDACTED] | 4 |
| § 74 | Socialförvaltningen informerar (information) | 5 |
| § 75 | Kontorslokaler socialförvaltningen (information) | 6 |
| § 76 | Bistånd enligt Lagen om mottagning av asylsökande (LMA) (information) | 7 |
| § 77 | Månadsuppföljning 2018 | 8 |
| § 78 | Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt SOL och LSS 2018-06-30 | 9 |
| § 79 | Halvårsrapport 2018 - Avvikelser | 10 |
| § 80 | Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård | 12 |
| § 81 | Gallring av APT-anteckningar | 13 |
| § 82 | Inriktningsdokument för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 2019-2022 | 14 |
| § 83 | Avtal mellan Västra Götalands läns landsting genom södra hälso- och sjukvårdsnämnden, och Herrljunga kommun avseende samverkan vid Ungdomsmottagningen i Herrljunga kommun 2019-2022 | 16 |
| § 84 | Val av ledamot till socialnämndens myndighetsutskott | 17 |
| § 85 | Meddelanden | 18 |
| § 86 | Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2018-06-01 - - 2018-07-31 | 19 |

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande



SN § 72

Ändring av dagordningen

Förslag till beslut

Ordförande föreslår följande tillägg till dagordningen:

- Avtal mellan Västra Götalands läns landsting genom södra hälso- och sjukvårdsnämnden, och Herrljunga kommun avseende samverkan vid Ungdomsmottagningen i Herrljunga kommun 2019–2022
- Val av ledamot till socialnämndens myndighetsutskott

Beslutsgång

Ordföranden frågar om samtliga förslag om tillägg till dagordningen antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Följande tillägg till dagordningen görs:
 - Avtal mellan Västra Götalands läns landsting genom södra hälso- och sjukvårdsnämnden, och Herrljunga kommun avseende samverkan vid Ungdomsmottagningen i Herrljunga kommun 2019–2022
 - Val av ledamot till socialnämndens myndighetsutskott



SN § 74

Socialförvaltningen informerar (information)

Sammanfattning

Ny enhetschef på hemtjänsten i Ljung, Carina Öhman presenterar sig.

Verksamhetschef vård och omsorg informerar om sommaren som har fungerat bra med semestervikarierna.

Socialchef informerar om att Jurgita Jonsson är ny enhetschef i verksamheten myndighet, samt om aktuellt läge i verksamheterna myndighet och socialt stöd.

Informationen läggs till handlingarna.

FL

MA



SN § 75

Kontorslokaler socialförvaltningen (information)

Sammanfattning

Socialchef informerar om kontorslokaler i TB-huset och i Tors hus. TB-huset och Tors hus byggs om i syfte att höja säkerheten.

Informationen läggs till handlingarna.

JG.

MA



SN § 76

**Bistånd enligt Lagen om mottagning av asylsökande (LMA)
(information)**

Sammanfattning

Controller informerar om vad lagen om mottagning av asylsökande (LMA) innebär för Herrljunga kommun. Förvaltningen arbetar med att ta fram en rutin för arbetsprocessen.

Informationen läggs till handlingarna.

Jy

RA



SN § 77

DNR SN 18/2018

Månadsuppföljning 2018

Sammanfattning

Socialförvaltningen har sammanställt en rapport med budget och prognos för helåret 2018.

Socialförvaltningen prognostiserar ett överskott för 2018 på 1 190tkr. I denna prognos ingår resultatföring av flyktingbuffert för nyanlända med 1 200 tkr

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2018-08-10
Månadsrapport per 2018-07-31

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner månadsrapporten och lägger den till handlingarna.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden godkänner månadsrapporten och lägger den till handlingarna.



SN § 78

DNR SN 37/2018

Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt SOL och LSS 2018-06-30

Sammanfattning

Socialnämnden ska till fullmäktige lämna en statistikrapport över hur många av nämndens gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SOL och 9 § LSS som inte har verkställts inom tre månader från dagen för respektive beslut. Socialnämnden ska även rapportera gynnande beslut enligt 4 kap 1 § SOL och 9 § LSS som inte har verkställts på nytt inom tre månader från den dag då verkställigheten avbröts. Nämnden ska vidare ange vilka typer av bistånd dessa beslut gäller samt hur lång tid som har förflutit från dagen för respektive beslut. Denna rapporteringsskyldighet regleras i 16 kap 6 h § SOL och 28h § LSS. Anledning till ej verkställda beslut är oftast bristande resurser. Ett rapporterat ärende gällande ej verkställt beslut särskilt boende för äldre är vid rapporteringstillfället verkställt. Väntetiden har varit 6,5 månad. Inom Individ och familjeomsorgens rapporteras ett ärende vilket gäller kontaktperson. Det finns aktuell person för uppdraget. Fem rapporterade ärenden enligt LSS, samtliga gäller kontaktperson och orsaken är svårigheten att finna lämpliga personer för uppdraget. Ingen av insatserna är vid rapporteringstillfället verkställda. Väntetiden har uppgått till mellan 7 månader till 1 år och 5 månader i de olika ärendena. Ett av dessa rapporterade ärenden är också föremål hos tillsynsmyndigheten, IVO för eventuell ansökan till förvaltningsrätten om särskild avgift.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2018-07-02

Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt SOL och LSS 2018-06-30

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige att lägga rapporten av ej verkställda gynnande beslut enligt SOL och LSS per 2018-06-30 till handlingarna.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden föreslår kommunfullmäktige att lägga rapporten av ej verkställda gynnande beslut enligt SOL och LSS per 2018-06-30 till handlingarna.

Expedieras till:
För kännedom
till:

Kommunfullmäktige
Revisorena

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande



SN § 79

DNR SN 55/2018

Halvårsrapport 2018 - Avvikelser

Sammanfattning

Inom socialförvaltningens verksamheter rapporteras avvikelser enligt socialtjänstlagen, SoL, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS samt hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Rutiner för avvikelserapportering finns upprättade.

För att minimera att missförhållanden och vårdskador sker krävs att händelser uppmärksammas, att orsakerna till händelserna analyseras och att det sker ett systematiskt arbete för att förebygga att liknande händelser, så långt det är möjligt inte sker igen. Det är viktigt att sammanställa och återföra erfarenheter från avvikelshanteringen till verksamhetens personal och andra berörda samt att använda erfarenheterna i det förebyggande arbetet. Detta är grunden till ett systematiskt kvalitetsarbete.

Under första halvåret 2018 har totalt 1008 händelser rapporterats. Det är en ökning med 125 avvikelser jämfört med halvåret 2017. Ökningen ligger främst på fallincidenter med 158 fler rapporter. I jämförelse med förra året har det skett en liten minskning av avvikelser som handlar om läkemedelshantering, 229 och en liten ökning av rapporterade händelser inom SoL, LSS, 194. Uteblivna insatser pga. personalbrist totalt i förvaltningen utgör ca 34 % av alla avvikelser, SoL, LSS.

Uteblivna insatser pga. personalbrist är en av förvaltningens målindikatorer och målet 2018 är att avvikelser/uteblivna insatser ska högst vara 28 % av totala antalet.

Det har rapporterats 78 händelser gällande utebliven träningsinsats. Om insatsen är genomförd framgår inte av signeringslistorna. Har personal inte utfört träning kan det innebära stor risk för försämrad/utebliven funktion för patient.

Att verksamheter har många rapporterade avvikelser eller få rapporteringar är inte alltid detsamma som att det är en dåligt fungerande verksamhet med många händelser eller en bra fungerande verksamhet utan händelser. Det kan bero på hur aktivt och medvetet eller inte aktivt och medvetet verksamheten arbetar med avvikelser. Äldreomsorgen står för den största delen av avvikelserna. Det finns verksamheter som inte rapporterat avvikelser trots att det framkommit att händelser inträffat

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2018-07-31

Halvårsrapport 2018 Sammanställning av avvikelser.



Fortsättning SN § 79

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden godkänner Halvårsrapport 2018 gällande förvaltningens avvikelser under första halvåret och lägger den till handlingarna.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden godkänner Halvårsrapport 2018 gällande förvaltningens avvikelser under första halvåret och lägger den till handlingarna.



SN § 80

DNR SN 52/2018

Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Sammanfattning

VästKoms styrelse och Direktionen för Boråsregionen Sjuhärad's kommunalförbund rekommenderar sina medlemskommuner att anta Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård samt Gemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2018-07-12
Protokollsutdrag från Boråsregionen daterad 2018-06-01
Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård daterad 2018-05-04
Gemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland daterad 2018-05-04

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Att socialnämnden antar *Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård samt Gemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland* och lägger den till handlingarna.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden antar *Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård samt Gemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland* och lägger den till handlingarna.

Expedieras till: Boråsregionen
För kännedom
till:

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande



SN § 81

DNR SN 58/2018

Gallring av APT-anteckningar

Sammanfattning

I socialnämndens dokumenthanteringsplan har det stått att anteckningar/protokoll från APT ska bevaras och skickas till centralarkivet efter 10 år. Personalenheten har tagit fram nya rekommendationer för hur personaladministration ska hanteras och däri rekommenderas det att APT-anteckningar/protokoll gallras efter två år. Detta föreslås som en ändring i socialnämndens dokumenthanteringsplan. Förvaltningen önskar gallra anteckningar/protokoll från APT som tidigare omfattats av bevarande för att minska på behovet av arkiv samt för att inte hantera personuppgifter längre än nödvändigt.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2018-07-12
Socialnämndens dokumenthanteringsplan
Socialnämnden § 52/2014-06-10

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden beslutar att APT-anteckningar/protokoll från 2015 och tidigare gallras. APT-anteckningar/protokoll från 2016 och framåt ska gallras efter 2 år.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden beslutar att APT-anteckningar/protokoll från 2015 och tidigare gallras. APT-anteckningar/protokoll från 2016 och framåt ska gallras efter 2 år.

JL

MA



SN § 82

DNR SN 60/2018

Inriktningsdokument för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 2019-2022

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli och Boråsregionen, Sjuhärads kommunalförbund fick hösten 2014 i uppdrag att utveckla modellen för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg och ta fram förslag på nytt inriktningsdokument. En arbetsgrupp med representation från kommun, primärvård och specialistvård var med i diskussionen kring en ny modell. Samverkan ska ske på lägsta effektiva nivå och en genomgång av samtliga grupper i dåvarande organisation gjordes. Det första inriktningsdokumentet med den nya modellen gällde 2016-2018 och under 2017-2018 har dokumentet uppdaterats. Under hösten 2017 gavs ett uppdrag från Delregionalt politiskt samråd till Västra Götalandsregionen, Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund och Närvårdssamverkan att göra en översyn av nuvarande inriktningsdokument och ta fram förslag på Inriktningsdokument för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 2019-2022. Revideringen har utförts av en arbetsgrupp bestående av representanter från de tre ovan nämnda organisationerna. Direktionen har den 1 juni 2018 beslutat rekommendera medlemskommunerna att godkänna Inriktningsdokument för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 2019-2022

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse i ärendet daterad 2018-08-16
Rekommendation från Boråsregionen om att godkänna Inriktningsdokument för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 2019-2022
Protokollsutdrag direktionen § 46/2018-06-01
Inriktningsdokument för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 2019-2022 Mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Södra Älvsborg

Förslag till beslut

Förvaltningens förslag till beslut:

- Socialnämnden antar *Inriktningsdokument för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 2019-2022* och föreslår kommunstyrelsen att anta inriktningsdokument för kommunen som helhet.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om förvaltningens förslag till beslut antas och finner att så sker.



Fortsättning § 82

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden antar *Inriktningsdokument för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 2019-2022* och föreslår kommunstyrelsen att anta inriktningsdokument för kommunen som helhet.

Expedieras till: Boråsregionen, Kommunstyrelsen
För kännedom
till:



SN § 83

DNR SN 62/2018

Avtal mellan Västra Götalands läns landsting genom södra hälso- och sjukvårdsnämnden, och Herrljunga kommun avseende samverkan vid Ungdomsmottagningen i Herrljunga kommun 2019–2022

Sammanfattning

Socialnämnden har tidigare antagit inriktningsdokumentet för ungdomsmottagningen. Kommunen har fått ett nytt avtal för år 2019-2022 som undertecknats av kommunstyrelsen. Inriktningsdokumentet reglerar kostnadsfördelningen mellan kommun och region. Den nya justeringen är 75/25 att jämföras med tidigare 84/16. Detta innebär en kostnadsökning för Herrljunga på 80 000 kr per år.

Informationen läggs till handlingarna.



SN § 84

Val av ledamot till socialnämndens myndighetsutskott

Sammanfattning

Socialnämndens myndighetsutskott har två vakanta platser från centerpartiet och behöver en ny ledamot och en ny ersättare.

Förslag till beslut

Centerpartiet föreslår att:

- Socialnämnden beslutar att Margaretha Yngvesson (C), Herrljunga väljs till ledamot i socialnämndens myndighetsutskott.
- Socialnämnden beslutar att Ragnar Emanuelsson (C), Floby väljs som ersättare i socialnämndens myndighetsutskott.

Beslutsgång

Ordföranden frågar om centerpartiets förslag till beslut antas och finner att så sker.

Socialnämndens beslut

1. Socialnämnden beslutar att Margaretha Yngvesson (C), Herrljunga väljs till ledamot i socialnämndens myndighetsutskott.
2. Socialnämnden beslutar att Ragnar Emanuelsson (C), Floby väljs som ersättare i socialnämndens myndighetsutskott.



SN § 85

Meddelanden

Följande meddelanden redovisades vid sammanträdet

| <i>Nr</i> | <i>Meddelandeförteckning</i> | <i>DNR</i> |
|-----------|--|---------------------|
| 1 | Domar inkomna under tidsperioden 2018-06-05- -2018-08-27 | -- |
| 2 | KF § 86/2018-06-19 Budget 2019 och verksamhetsplan 2019-2021 för Herrljunga kommun | Postlista SN 2018:5 |
| 3 | KF § 89/2018-06-19 Rapportering av ej verkställda gynnande beslut enligt SoL och LSS 2018-03-31 | Postlista SN 2018:6 |
| 4 | KF § 90/2018-06-19 Tillägg till "Riktlinjer för handläggning av taxor och avgifter" – Boendeavgift för korttidsplatserna | SN 22/2018 |
| 5 | KS § 98/2018-05-28 Riktlinjer för personuppgiftshantering i Herrljunga kommun | Postlista SN 2018:7 |
| 6 | KF § 92/2018-06-19 Fyllnadsval av ersättare i socialnämnden | Postlista SN 2018:8 |
| 7 | KF § 94/2018-06-19 Avsägelse och fyllnadsval av uppdrag som ledamot i socialnämnden | Postlista SN 2018:9 |

Socialnämndens beslut
Meddelandena läggs till handlingarna



SN § 86

**Anmälan av delegeringsbeslut under tidsperioden 2018-06-01 - -
2018-07-31**

Följande delegeringsbeslut anmäldes vid sammanträdet

| <i>Nr</i> | <i>Delegationsbeslut</i> | <i>DNR</i> |
|-----------|---|---|
| 1 | Delegeringsbeslut – IFO, fattade under tidsperioden 2018-06-01- - 2018-07-31 | Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, Torgg 4 A, Herrljunga |
| 2 | Delegeringsbeslut – bistånd, fattade under tidsperioden 2018-06-01- - 2018-07-31 | Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, Torgg 4 A, Herrljunga |
| 3 | Delegeringsbeslut – färdtjänst, fattade under tidsperioden 2018-06-01- - 2018-07-31 | Lista på delegeringsbeslut förvaras på socialförvaltningen, Torgg 4 A, Herrljunga |

Socialnämndens beslut
Redovisningen av delegeringsbeslut godkänns.

DIARIENUMMER SN 2018-18
FASTSTÄLLD/INSTANS Socialnämnden
VERSION:
SENAST REVIDERAD: 2018-08-12
GILTIG TILL:
DOKUMENTANSVAR: Socialchef

Månadsrapport

per den 2018-07-31

Med prognos för 2018-12-31

Socialnämnden



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

SAMMANFATTNING

Socialförvaltningen prognostiserar ett överskott per juli på 1 190 tkr. Prognosen är dock osäker då sommarens vikariekostnader inte redovisats fullt ut ännu. Det finns även en del andra osäkerheter som är under utredning och som kan påverka årets utfall.

I prognosen ingår resultatföring av flyktingbuffert för nyanlända med 1 200 tkr samt bufferten under förvaltningsledning med 2 100 tkr. Stimulansmedel för ökad bemanning inom äldreomsorgen beräknas användas fullt ut. Vård och omsorg redovisar ett underskott på 960 tkr, mycket beroende på överbeläggning korttidsenheten samt inköp av bemanningssjuksköterskor. Myndighet redovisar ett oförändrat underskott på 3 550 tkr och socialt stöd behåller sin prognos på ett överskott till 1 200 tkr + 1200 tkr flyktingbuffert. Placeringar av både vuxna och barn, höga kostnader på grund av inhyrda konsulter ger ett underskott medan personlig assistans SFB ger ett överskott på grund av färre brukare. Ny prognos av ensamkommandeverksamheten har inte gjorts.

Driftredovisning

Prognos

Förändringen jämförs med prognos april

Prognos per kostnadslag (resultatpåverkande)

| RSUM | År Budget | År Prognos | År Diff | Förändr prognos |
|------------------------------|----------------|----------------|--------------|--------------------|
| 1 Intäkter | -44 828 | -49 978 | 5 150 | 100 |
| 3 Personalkostnader | 170 997 | 175 437 | -4 440 | -1 245 |
| 4 Lokalkostnader, energi, VA | 10 955 | 10 955 | 0 | 0 |
| 5 Övriga kostnader | 63 191 | 62 871 | 320 | 925 |
| 6 Kapitalkostnad | 909 | 749 | 160 | 0 |
| | 201 224 | 200 034 | 1 190 | -220 |

Prognos per verksamhetsområde (resultatpåverkande)

| Vtomsråde | År Budget | År Prognos | År Diff Helår | Förändr prognos |
|----------------------------------|----------------|----------------|---------------------|--------------------|
| 10 Nämnd- och styrelseverksamhet | 631 | 531 | 100 | 100 |
| 26 Miljö- och hälsoskydd | 100 | 100 | 0 | 0 |
| 50 Social verksamhet gemensamt | 19 482 | 16 732 | 2 750 | 75 |
| 51 Vård och omsorg | 121 050 | 121 910 | -860 | -320 |
| 52 LSS | 28 615 | 27 835 | 780 | 0 |
| 53 Färdtjänst | 2 665 | 2 365 | 300 | 25 |
| 59 IFC | 25 446 | 28 706 | -3 260 | -100 |
| 60 Flyktingmottagande | 0 | -1 200 | 1 200 | 0 |
| 61 Arbetsmarknadsåtgärder | 3 236 | 3 056 | 180 | 0 |
| | 201 224 | 200 034 | 1 190 | -220 |

Prognos per ansvarsområde (resultatpåverkande)

| Ansvarsområde | År Budget | År Prognos | År Diff Helår | Förändr prognos |
|------------------------|--------------|---------------|------------------|--------------------|
| 40 Nämnd | 631 | 531 | 100 | 100 |
| 41 Förvaltningsledning | 8 080 | 5 730 | 2 350 | 250 |
| 42 Myndighet | 30 174 | 33 724 | -3 550 | 0 |
| 43 Centralt stöd | 8 183 | 7 333 | 850 | -150 |
| 44 Vård och omsorg | 115 555 | 116 515 | -960 | -420 |
| 46 Socialt stöd | 38 601 | 36 201 | 2 400 | 0 |
| | 201 224 | 200 034 | 1 190 | -220 |

Redovisning av orsaker och åtgärder

Socialnämnd

Prognos: +100 tkr, förbättrad prognos 100 tkr

Orsak: Utfall av arvoden är lägre än budgeterat

Förvaltningsledning

Prognos: +2 350 tkr, förbättrad prognos 250

Orsak: Hela bufferten har lyfts fram för att täcka andra verksamheters underskott. Lägre kostnader i övriga delar bidrar till en förbättrad prognos.

Åtgärd: Hela förvaltningen arbetar med att hitta sätt att minska sina kostnader och öka sina intäkter utan att kvaliteten försämras.

Myndighet

Inom verksamheten finns all myndighetsutövning; handläggning av ärenden gällande barn och unga, vuxna, äldre, LSS. Externa placeringar LSS i form av boende, daglig verksamhet samt kontaktpersoner, placeringar av barn och unga, vuxna samt ensamkommande. Här finns även familjerätt och alkoholhandläggning

Prognos: -3 550 tkr, oförändrad prognos

Orsak: IFO: Antalet ansökningar och anmälningar har ökat de senaste åren liksom komplexiteten i ärendena. Vi ser att antalet familjer där anledningen till att man söker sig till socialtjänsten eller en anmälan inkommer, är våld i nära relation eller hedersförtryck och att dessa ärenden ökar. Missbruk hos en av eller båda föräldrarna samt allvarlig föräldrasvikt bland annat på grund av kognitiva svårigheter är andra faktorer som ligger till grund för anmälan till socialtjänsten. Ärenden där domstol beslutat om vård enligt LVU ökar, vilka är tidskrävande då arbetet som föregår en ansökan om vård enligt LVU hos Förvaltningsrätten är omfattande och rättsprocessen kan bli utdragen. Ärenden där barnet, under 18 år, och den unge, under 21 år, placeras av hedersrelaterade skäl och/eller utsatts för våld ökar. Placering sker

i dessa ärenden på orter med längre avstånd från Herrljunga av risk- och säkerhetsskäl, vilken är tidskrävande för socialsekreterarna då barnets vård ska följas noggrant oavsett avstånd

Behovet av inhyrda konsulter för handläggning av barnärenden minskar men kommer att bidra till underskott. Kostnaden för försörjningsstöd började öka under senare delen av år 2017 och är fortsatt hög. Orsaken är komplexa ärenden och att ansökningar från familjer med flera barn ökar. En bidragande orsak är även att antalet skyddsplaceringar ökar, vilket innebär att personen med eller utan barn som söker skydd, initialt är berättigad till försörjningsstöd i väntan på nästa inkomst eller saknar egen inkomst och/eller fått nytt eller eget konto på banken. En annan orsak är försäkringskassans ändrade regler gällande aktivitetsersättning och rätten till sjukersättning. Personer tvingas att söka försörjningsstöd då ersättningen minskar eller upphör från försäkringskassan. Antalet nyanlända, som inte klarar sig på etableringsersättning då det finns flera barn i familjen och som har rätt till kompletterande försörjningsstöd, ökar.

Åtgärd: Arbete med att minska behovet av konsulter och anställa personal. Försök görs att anställa assistent för att avlasta handläggare och på så sätt minska behovet av handläggare.

Socialsekreterarna kommer att vara fortsatt restriktiva när det gäller placering av barn och vuxna och leta efter prisvärda alternativ. Vi är dock bundna av att följa fastställda avtal i ramavtalskatalogen, vilket inte alltid är det billigaste alternativet.

Försörjningsstöd arbetar aktivt med snabbt få människor i arbete för att på så vis bli självförsörjande genom egen inkomst.

Centralt stöd

Inom verksamheten finns stab, administrativ enhet inkl skuldsanering, bemanningsenhet, omsorgsavgifter, färdtjänst

Prognos: +850 tkr, försämrad prognos 150 tkr

Orsak: Högre omsorgsavgifter och lägre kostnad för färdtjänst. Ökade kostnader för Timpersonal bidrar till den försämrade prognosen

Gemensam verksamhet vård och omsorg

Prognos: +1160 tkr, förbättrad prognos

Orsak: Felbudgetering på Hemgården har flyttats hit. Överskott 160 beror endast på budgeterade kapitalkostnader för investeringar som ej gjordes under 2017. Dessa medel räknas bort i över och underskottshantering samt försvinner i budget 2019. Stimulansmedel 2100 tkr används till anställd demenssjuksköterska, extra personal i hemtjänsten Ljung samt utökning av personal i nattpatrullen. Dessa medel har tillförts respektive område och räknas in i prognosen

Hemtjänst, Ljung, Herrljunga tätort och landsbygd

Prognos: +550 tkr förbättrad prognos 350 tkr

Orsak: Hemtjänsten gör fler utförda timmar än budgeterat vilket också resulterar i fler arbetade timmar. Budgeten beräknas ändå hållas. Nattpatrullens insatser har nu kartlagts och lagts in i TES. Kartläggningen visar på ett större behov av personal än vad som är budgeterat. Stimulansmedel används för att öka bemanningen. Budget för trygghetskamera samt mobilås beräknas inte användas fullt ut då detta inte kommer igång förrän till hösten. detta bidrar till ytterligare förbättrad prognos.

Åtgärd: Arbetar ständigt med att anpassa personal efter behov.

Stöd i ordinärt boende

Verksamheten inkluderar korttidsboende och dagverksamhet.

Prognos: - 1 000 tkr. oförändrad prognos

Orsak: Det har varit överbeläggning på korttiden under årets första månader.

Åtgärd: Arbete med Trygg hemgång samt ny avdelning på Hagen beräknas ge positiv effekt på utfallet resterande månader. Använda tomma platser på säbo för att använda personalresurser på bästa sätt. Ett samarbete mellan daglig verksamhet och korttiden har påbörjats under sommaren. Målet är med samarbetet att personalkostnaderna kan minskas i form av morgonhjälp från daglig verksamhetens befintliga personal under några timmar per dag.

Särskilt boende, Hagen och Hemgården

Prognos: +200 tkr

Orsak: Den felaktiga budgeteringen har justerats, därför har prognosen justerats ner

Åtgärd: Arbetar trots överskott med att hålla nere kostnaderna för att täcka underskott i andra verksamheter. Samordnare finns på samtliga boenden för att stötta enhetscheferna, kostanden täcks av ordinarie budget. Lediga platser på säbo bidrar till lägre intäkter medan personalkostnaden kvarstår. Några lediga platser har använts för att avlasta korttidsboendet och utnyttja personalresurserna på ett bra sätt. Lediga platserna ses över och om det finns möjlighet ska en mindre omflyttning av brukarna ske till Hagen lediga lägenheter för att frigöra platser till hyresgäster som väntar på somatiska lägenheter.

Hälso- och sjukvård

Prognos: -2000 tkr. försämrad prognos 1300 tkr

Orsak: Det är främst sjuksköterskor som kostar mer än budgeterat. Behov av att köpa in personal är kostsamt men nödvändigt då det finns få ssk som timanställda. Sommarens inhyrda personal har varit omfattande och dyr.

Åtgärd: en 50% tjänst rehab ersätts inte efter sommaren. Arbete med planering och schemaläggning, försöka använda timvik eller omflyttning av ordinarie personal istället för bemanningsföretag i så stor utsträckning som möjligt. Under hösten påbörjas implementering av VIVA kalender till sjuksköterskorna

vilket kommer ge en bättre översyn gällande bokade insatser och blir enklare att prioritera och planera resurserna i verksamheterna. Nästa års sommarplanering påbörjas direkt efter utvärdering av sommaren. Målet är att minimera eller komma helt bort från inhyrda sjuksköterskorna under kommande semesterperioderna.

Gemensam verksamhet Socialt Stöd

Prognos: +300 tkr, oförändrad prognos

Orsak: En halv enhetschefstjänst sparas in vid sammanslagning av två enheter.

Åtgärd:

Funktionshinder

Inom verksamheten finns personlig assistans, gruppbostad, servicebostad.

Prognos: +700 tkr, oförändrad prognos

Orsak: Budgeterat med brukare som inte längre är aktuell. Använt en del av överskott till att anställa en samordnare.

Åtgärd:

Sysselsättning

Verksamheten inkluderar Arbetsmarknadsenhet, KTS samt Daglig verksamhet LSS. även ledsagning samt avlastning i hemmet LSS ingår i verksamheten.

Prognos: enl budget. Oförändrad prognos

Orsak: Arbetsmarknadsenheten prognostiserar ett överskott på grund av att budgeterad personal inte blivit anställd förrän nu. Ett minskat antal deltagare på arbetsmarknadsenheten kommer hålla i sig även under hösten. det minskade antalet deltagare leder på sikt till minskade intäkter på enheten. Daglig verksamhet prognostiserar ett underskott på grund av att habiliteringsersättningen ej blivit rätt budgeterad.

Åtgärd: Inga åtgärder vidtas då prognosen är enligt budget på helheten

Individ och familjeomsorg, verkställighet

Verksamheten inkluderar: Öppen verksamhet vuxen, öppen verksamhet barn och familj, familjeradgivning samt socialförvaltningens del i familjecentralen, introduktionsenheten

Prognos: +200 tkr, oförändrad prognos + 1200 flyktingbuffert

Orsak: Personal är delvis tjänstlediga som inte har ersatts med vikarier. 2013 års flyktingbuffert tillhör introduktionsenheten och redovisas här under Verkställighet.

Åtgärd:

Ensamkommande

Prognos: Ingen ny prognos har gjorts. 7 825 tkr tas från bufferten beräknat utifrån att asylsökande ungdomar över 18 år avslutas och ansvaret lämnas över till Migrationsverket.

Alternativ prognos: 10 900 tkr tas från bufferten utifrån att asylsökande ungdomar får stanna

Orsak: Herrljunga kommun hade en rutin som bortsåg från Migrationsverkets åldersbedömning och lät ensamkommande ungdomar bo kvar i sitt boende under asylprocessen. dock längst tills de enligt egen uppgift fyllde 18 år. Istället för att överlata ansvaret till Migrationsverkets ansvar och boende lät socialförvaltningen den unge bo kvar på kommunens HVB, i familjehem, i köpt konsulentstött familjehem eller köpt placering på externt HVB under flera år, vilket innebär och innebär kostnader som inte täcks av den ersättning som kommunen erhåller från Migrationsverket

Åtgärd: Avvecklingsplanen följer den av socialnämnden i mars 2018 beslutade riktlinjen att ungdom som enligt Migrationsverkets åldersberäkning är vuxen, hänvisas till Migrationsverkets ansvar och boende vid nästkommande omprövning eller när den unge fyller 18 år och ansöker om fortsatt bistånd i form av boende på HVB eller i familjehem. Ett arbete pågår även med att försöka ta hem de ungdomar som är placerade i HVB eller i köpta konsulentstötta familjehem utanför Herrljunga kommun, då ersättning inte utgår till kommun som placerar utanför kommungränsen såvida det inte är en placering för vård enligt LVU. Avveckling av kommunens HVB Sveagatan är i stort sett klar. De ungdomar som fanns kvar i boendet (3 st) har tillfälligt flyttat till Stationsvägen i väntan på egna lägenheter.

| Ensamkommande (tkr) | Budget 2018 | Prognos 1807 | alt prognos |
|----------------------|----------------|-----------------|----------------|
| Intäkter | -8 193 | -4 997 | -5 302 |
| Kostnader | 11 442 | 12 822 | 16 202 |
| Nettoresultat | 3 249 | 7 825 | 10 900 |
| till+ /från- buffert | -3 249 | -7 825 | -10 900 |

Investeringsredovisning

| PROJ | URSPR | | BUDGET | UTFALL | AVVIK | PROGN | AVVIK |
|--------------------------------------|------------|--------------|--------------|----------|--------------|--------------|----------|
| | BUDGET | OMBUD | | | | | |
| | År | År | År | Ack | Ack | År | År |
| 5411 Förstudie Hagen demenscentra | 200 | 0 | 200 | 0 | 200 | 200 | 0 |
| 5420 Inventarier SN | 500 | 0 | 500 | 0 | 500 | 500 | 0 |
| 5428 Hemgården Iarn | 0 | 1 000 | 1 000 | 0 | 1 000 | 1 000 | 0 |
| Socialnämnd | 700 | 1 000 | 1 700 | 0 | 1 700 | 1 700 | 0 |

Inget är ännu förbrukat av investeringsbudgeten.

SOCIALFÖRVALTNING

Magnus Stenmark

Jenny Andersson

Socialchef

Controllert

JS

MA

Bilaga 1

| Viktområde | | År Budget | År Prognos | År Diff | Förändr prognos |
|--|---|----------------|----------------|---------------|--------------------|
| 10 Nämnd- och styrelseverksamhet | 100 Nämnd- och styrelseverksamhet | 631 | 531 | 100 | 100 |
| Summa Nämnd- och styrelseverksamhet | | 631 | 531 | 100 | 100 |
| 26 Miljö- och hälsoskydd | 267 Alkoholtillstånd | 100 | 100 | 0 | 0 |
| Summa Miljö- och hälsoskydd | | 100 | 100 | 0 | 0 |
| 50 Social verksamhet gemensamt | 500 Social verksamhet gemensamt | 19 482 | 16 732 | 2 750 | 75 |
| Summa Social verksamhet gemensamt | | 19 482 | 16 732 | 2 750 | 75 |
| 51 Vård och omsorg | 509 HSL | 16 855 | 18 855 | -2 000 | -1 300 |
| 51 Vård och omsorg | 510 Vård och omsorg om äldre | 98 950 | 97 610 | 1 340 | 980 |
| 51 Vård och omsorg | 520 Insatser till personer med funktionsnedsättning | 5 245 | 5 445 | -200 | 0 |
| Summa Vård och omsorg | | 121 050 | 121 910 | -860 | -320 |
| 52 LSS | 513 Insatser enl LSS, SFB och HSL | 28 615 | 27 835 | 780 | 0 |
| Summa LSS | | 28 615 | 27 835 | 780 | 0 |
| 53 Färdtjänst | 530 Färdtjänst / Riksfärdtjänst | 2 665 | 2 365 | 300 | 25 |
| Summa Färdtjänst | | 2 665 | 2 365 | 300 | 25 |
| 59 IFO | 559 Vård för vuxna med missbrukspr | 4 275 | 3 825 | 450 | -500 |
| 59 IFO | 560 IFO gemensamt | 960 | 960 | 0 | 0 |
| 59 IFO | 569 Barn och ungdomsvård | 10 660 | 13 220 | -2 560 | 400 |
| 59 IFO | 571 Övriga insatser till vuxna | 1 006 | 1 906 | -900 | 0 |
| 59 IFO | 575 Ekonomiskt bistånd | 8 110 | 8 360 | -250 | 0 |
| 59 IFO | 585 Familjerätt och familjerådgivn | 435 | 435 | 0 | 0 |
| Summa IFO | | 25 446 | 28 706 | -3 260 | -100 |
| 60 Flyktingmottagande | 600 Flyktingmottagande | 0 | -1 200 | 1 200 | 0 |
| Summa Flyktingmottagande | | 0 | -1 200 | 1 200 | 0 |
| 61 Arbetsmarknadsåtgärder | 610 Arbetsmarknadsåtgärder | 3 236 | 3 056 | 180 | 0 |
| Summa Arbetsmarknadsåtgärder | | 3 236 | 3 056 | 180 | 0 |
| Summa socialnämnd | | 201 224 | 200 034 | 1 190 | -220 |

Le

ma

Bilaga 2

Flyktingbuffert

| | | Alternativ prognos |
|----------------------------------|-------------|--------------------|
| Ingaende Balans 20180101 | -24 379 575 | -24 379 575 |
| varav ensamkomna | -16 903 361 | -16 903 361 |
| varav flykting | -7 476 215 | -7 476 215 |
| | | |
| Prognos utfall 2018 | 7 825 000 | 10 900 000 |
| varav ensamkomna | 7 825 000 | 10 900 000 |
| varav flykting | 0 | 0 |
| | | |
| Prognos Utgaende Balans 20181231 | -16 554 575 | -13 479 575 |
| varav ensamkomna | -9 078 361 | -6 003 361 |
| varav flykting | -7 476 215 | -7 476 215 |

Någon ny prognos har inte gjorts.

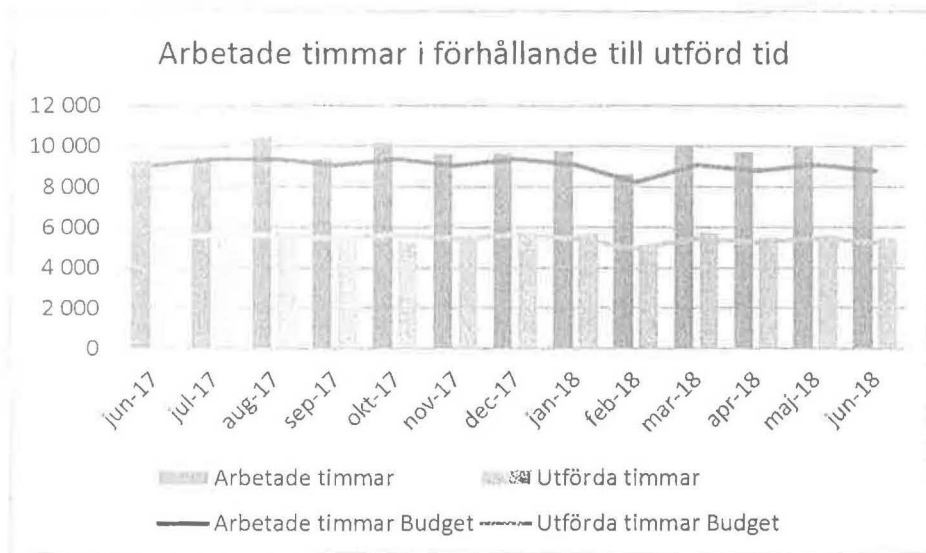
För 2018 är budgeterat att använda flyktingbufferten för ensamkommande med 3,2 mkr. April månads prognos visar att ytterligare 4,6-7,7 mkr måste tas från bufferten.

Flyktingbufferten avseende nyanlända redovisar ett överskott på ca 1,2 mkr för ankomna 2013. Enligt beslutade rutiner ska detta överskott resultatföras efter 5 år, vilket innebär att detta resultat ska redovisas år 2018. Bufferten för nyanlända beräknas bli oförändrad under 2018, dvs den ökar ungefär lika mycket som resultatförs.

Bilaga 3

Försörjningsstöd utgör till exempel intjäningsperiod för statistiken som socialstyrelsen använder till utvärdering.

Hemtjänst



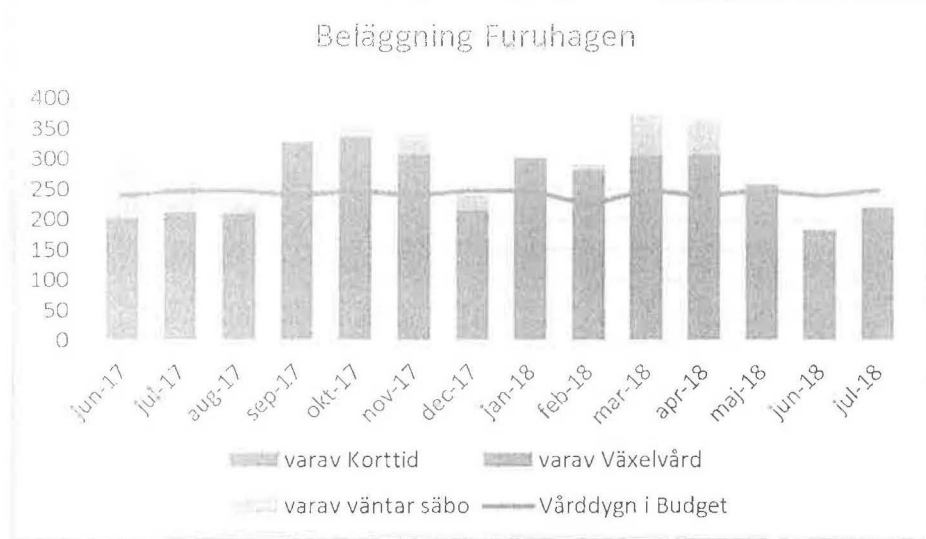
Arbetade timmar är de timmar personalen arbetat och får lön för.

Utförda timmar är de timmar som registrerats hos brukaren, sk direkt brukartid.

Differensen mellan arbetade timmar och utförda timmar är tid för möten, dokumentation, telefonsamtal, restid mellan brukare, det vi kallar kringtid.

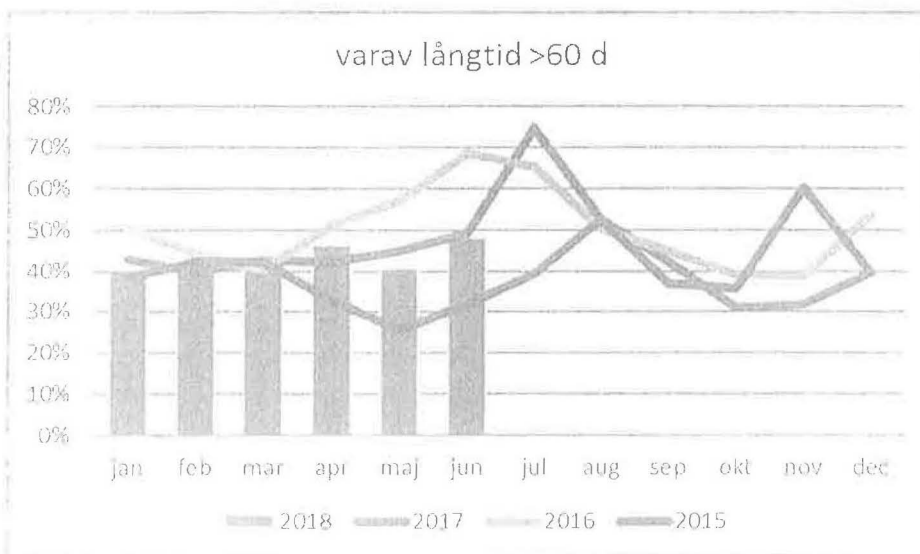
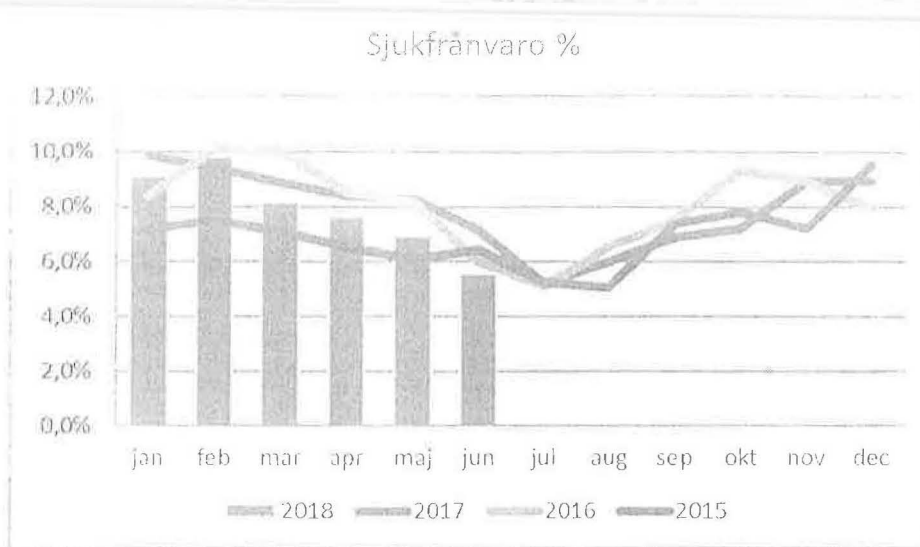
Den utförda tiden har fortsatt ligga över budgeterad och ser ut att fortsätta på en högre nivå. För att den ekonomiska budgeten ska hållas krävs att den direkta brukartiden håller budget och helst ligger över budgeterat för att minimera ett underskott. Effektivitet i snitt jan-juni på 57%, budgeterat är 60%.

Korttid



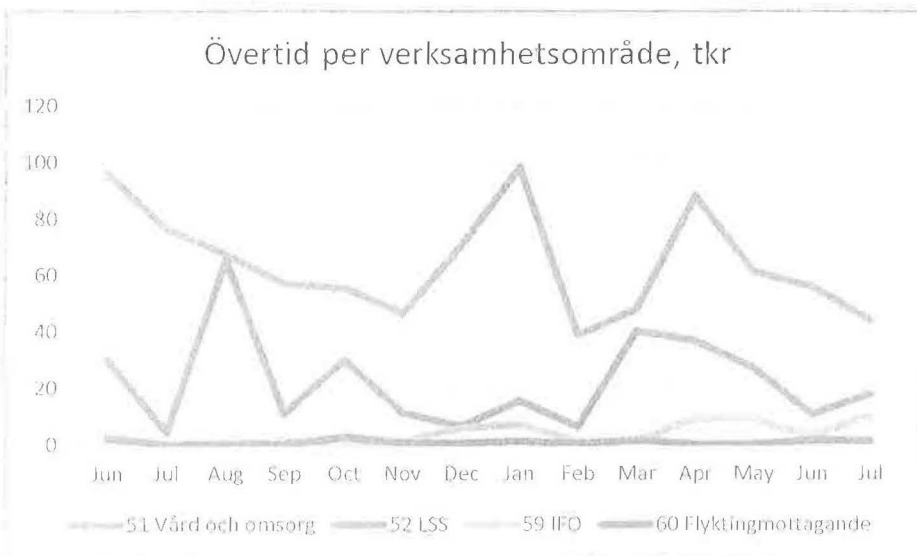
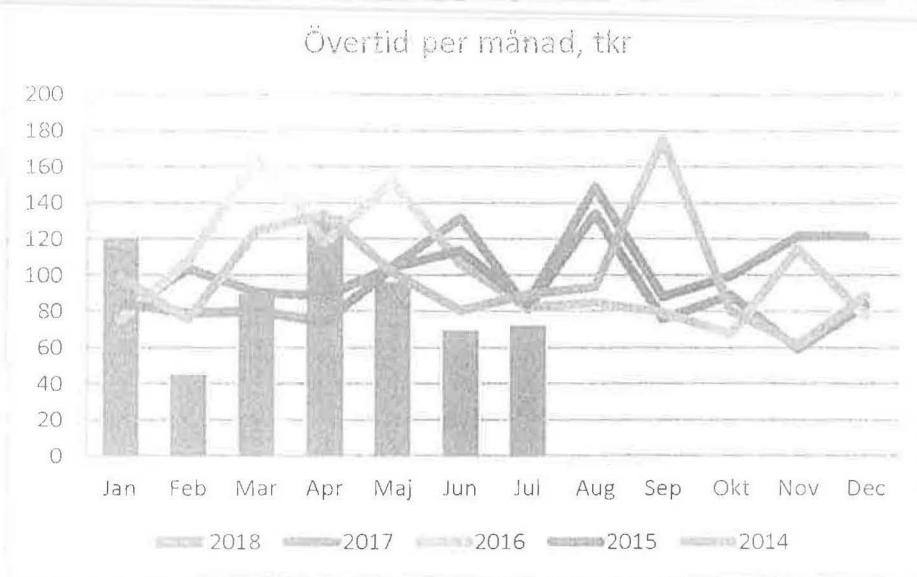
Fran Juni månad har växelvård även utförts på Hagen och Hemgården, då lediga säboplatser funnits, för att avlasta Furuhagens korttidsboende. Dessa är inte inkluderade i tabellen ovan, 13 dygn juni och 45 dygn juli.

Sjukfrånvaro



JG Ma

Övertid



Andel av övertidskostnad snitt juli-juli

| | | Jfr med föreg (april-april) |
|---------------------|-----|--------------------------------|
| Vård och omsorg | 70% | ↓ |
| LSS | 25% | ↑ |
| IFO | 4% | ↓ |
| Flyktningmottagande | 1% | → |

FL Ma

DIARIENUMMER: 55/2018

FASTSTÄLLD: 2018-08-28

DOKUMENTANSVAR:

MAS/Kvalitetssamordnare

SAS/Kvalitetssamordnare

Halvårsrapport

Avvikelser 2018

Socialnämnden



HERRLJUNGA KOMMUN

Våga vilja växa!

JG

MA

Innehåll

| | |
|--|----------|
| Sammanställning av avvikelshantering inom socialförvaltningen – första halvåret 2018.... | 2 |
| Avvikelsehantering enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) samt Hälso- och sjukvård (HSL)..... | 2 |
| Avvikelsehantering – en del i det systematiska kvalitetsarbetet..... | 2 |
| Avvikelser inom hälso- och sjukvård..... | 3 |
| Fall | 3 |
| Läkemedelshantering | 4 |
| Övriga avvikelser Hälso- och sjukvård | 6 |
| Externa avvikelser..... | 6 |
| Uppföljning av avvikelser SoL, LSS | 8 |
| Rapporterade avvikelser från verksamheter | 9 |
| Avvikelser enligt SoL, LSS..... | 10 |
| Synpunkter och klagomål..... | 10 |
| Lex Sarah | 11 |

Sammanställning av avvikelshantering inom socialförvaltningen – första halvåret 2018

Avvikelsehantering enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) samt Hälso- och sjukvård (HSL)

Rutiner och riktlinjer för avvikelserapportering finns upprättade vilka informerar om hur avvikelser skall hanteras i verksamheten, dokument ligger på kommunens intranät i Handboken. I hanteringen av avvikelser ingår skyldigheten att utreda och rapportera missförhållanden eller risk för missförhållanden inom socialtjänsten (lex Sarah) samt skyldigheten att rapportera händelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada inom Hälso- och sjukvård (lex Maria).

Avvikelsehantering – en del i det systematiska kvalitetsarbetet

Personal som arbetar inom SoL, verksamheter inom LSS och HSL har en skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Skyldigheten att medverka till god kvalitet innebär att varje medarbetare ansvarar för att uppmärksamma och rapportera avvikelser i verksamhetens kvalitet samt lämna förslag på förbättringar.

Med kvalitet menas att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar, föreskrifter och beslut. Om verksamheten inte uppfyller dessa krav föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera.

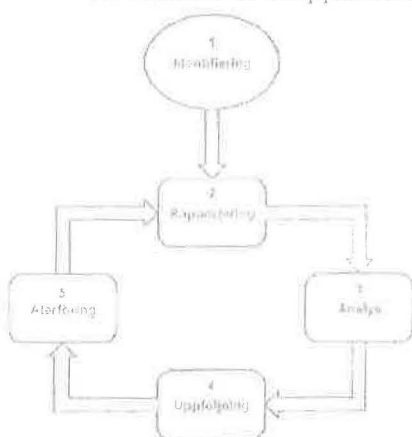
Syftet med att uppmärksamma och rapportera brister i kvalitet dvs. avvikelser är att dra lärdom av det som hänt och att med olika förbättringsåtgärder säkra verksamhetens kvalitet. Huvudsyftet är att upptäcka och åtgärda brister i verksamhetens processer och rutiner, inte att peka ut enskilda personer. Det är viktigt att sammanställa och återföra erfarenheter från avvikelshantering till verksamhetens personal och andra berörda samt att använda erfarenheterna i förebyggande arbete.

Avvikelseprocessen

Att arbeta med avvikelshantering är ett gemensamt ansvar för all personal och är en del i socialförvaltningens systematiska kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9).

All personal ska rapportera händelser av betydelse för brukare/patientens säkerhet.

Avvikelsen ska rapporteras omgående efter upptäckt i avvikelssystemet.



1. En händelse som leder till att avvikelse upptäcks.
2. Den som upptäckt eller varit inblandad i händelsen ska dokumentera vad som hänt genom registrering i avvikelssystem. Berörd ansvarig personal/chef ska bedöma och vidta åtgärder samt dokumentera i journal och avvikelssystem.
3. Berörd ansvarig personal/chef analyserar avvikelsen.
4. Ansvarig chef ska tillsammans med berörd personal följa upp händelsen och vidta åtgärder för att förhindra återupprepning.
5. Avvikelsen återkopplas till berörd personal av ansvarig chef.

JG MA

Avvikelser inom hälso- och sjukvård

Rapportering av avvikelser gäller samtliga patienter för vilka Herrljunga kommuns socialtjänst har Hälso- och sjukvårdsansvar för. Personal som utför Hälso- och sjukvårdsinsatser har skyldighet att medverka till god kvalitet och att verksamhetens kvalitét systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Socialstyrelsen definierar begreppet avvikelse enligt följande:

”En avvikelse är en händelse som medfört eller skulle ha kunnat medföra någon typ av skada för en patient, och som inte är förväntad utifrån patientens tillstånd eller vårdens karaktär”.

Fall

Varje fall/fallhändelse registreras i kommunens verksamhetssystem VIVA. Fall/fallhändelse definieras som en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet eller marken, oavsett om skada inträffar eller inte. Det innebär att det inte bara är att någon snubblar eller halkar som avses med fall, utan även när någon rullat eller glider ur sängen eller glider ner på golvet från en rullstol/stol. En fallskada är en fysisk och psykisk konsekvens som uppstår vid fallhändelse.

Legitimerad personal: sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut ingår i teamarbete med enhetschef och vård- och omsorgspersonal där riskbedömningar enligt Senior Alert i första hand ligger till grund för det systematiska patientsäkerhetsarbetet för fallskadeprevention för att förhindra uppkomst av eller påverka förlopp kan leda till fall/fallhändelse.

Syftet med rapporteringen är att vid fall/fallhändelse utföra en fallhändelse/fallrisk utredning vilket är en kort utredning/analys av det som inträffat samt förebygga att fall/fallhändelsen inte händer igen på individnivå. På områdesnivå/enhetsnivå är syftet att registrera avvikelser fall/fallhändelser en del i det systematiska förbättringsarbetet för att upptäcka och åtgärda brister i verksamhetens processer och rutiner för att verksamhetens kvalitét ska utvecklas och säkras.

Enhetschef på respektive enhet ansvarar för att fallförebyggande arbete genomförs, att rutin för rapportering av fallolyckor är känd och används av all personal. Ansvarig kontaktman genomför fallprevention hos sina patienter för att minimera risken för att falla. Patienter och närstående informeras om betydelsen av att förebygga fall och eventuella skador.

| Enhet | Avdelning | 2016 1/1-30/6 | 2017 1/1-30/6 | 2018 1/1-30/6 |
|----------------|-------------|---------------|---------------|---------------|
| Hagen | Enehagen | 14 | 35 | 44 |
| | Björkhagen | 23 | 11 | 49 |
| | Ekhagen | 8 | 5 | 20 |
| | Lärkhagen | | | 37 |
| Korttidsboende | Furuhagen | 33 | 10 | 26 |
| Hemgården | Näckrosen | 11 | 10 | 15 |
| | Liljan | 14 | 22 | 10 |
| | Blåsippan | 4 | 14 | 3 |
| | Violen | 11 | 11 | 1 |
| | Gullvivan | 3 | 5 | 15 |
| | Åkerblomman | 7 | 5 | 11 |

JG MA

| | | | | |
|--------------|-----------------------|------------|------------|------------|
| Herrljunga | Hemsjukvård tätort | 40 | 43 | 83 |
| | Hemsjukvård landsbygd | 56 | 45 | 43 |
| Ljung | Hemsjukvård Ljung | 90 | 93 | 82 |
| LSS | Hemsjukvård LSS | 7 | 3 | 30 |
| | Boendestöd | - | 1 | 2 |
| Psykiatri | Hemsjukvård psykiatri | 1 | - | - |
| SUMMA | | 322 | 313 | 471 |

| | 2015 halvår 1 | 2016 halvår 1 | 2017 halvår 1 | 2018 halvår 1 |
|---------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Fraktur | 5 | 5 | 5 | 3 |

Fakta avvikelser fall/fallhändelser första halvåret 2018:

- Under första halvåret 2018 registrerades 471 fallolyckor. Detta är en ökning med 158 dokumenterade avvikelser av fallolyckor vid samma tidsperiod 2017.
- Antal patienter som registrerades för fall under första halvåret var 143 st. Detta innebär att en patient faller mer än en gång.
- Vanligaste platser där fallolyckor sker är sovrum (197 fall), kök/matsal (76 fall), korridor/hall (70 fall). Därefter är vardagsrum/allrum (56 fall), toalett (55 fall), utomhus (15 fall) samt enbart 2 fall inrapporterade i dusch/badkar.
- Utav 471 fallolyckor var 366 patienter ensamma hemma vid olyckan.
- Vid samtliga fall (471 stycken) var det endast vid sex olyckor som patienten använde höftbyxa (ger skydd för höftpartiet vid fall).



- Av de 471 registrerade fallavvikelseerna uppgav 321 patienter att de tappade balansen, beroende på förvirring, att de snubblade etc.

Läkemedelshantering

Iordningsställande av läkemedel dvs uppdelning av läkemedel till enskild patient sker via dos (dosdispensering = maskinellt eller manuellt iordningsställande av läkemedel i patientdoser, är en upphandlad tjänst av Västra Götalandsregionen) alternativt att sjuksköterska delar patientens dosett **veckovis** ur läkemedlets originalförpackning. Administrering av läkemedel dvs överlämnande av en iordningsställd läkemedelsdos till patient, utförs till största del av delegerad vård-

JG *ML*

och omsorgspersonal. Delegerad vård- och omsorgspersonal kan även administrera läkemedel till patient ut originalförpackning.

De framarbetade rutiner för läkemedelshantering som finns som är lika för hela förvaltningen. Varje patient har en pärm med ordinationshandling och signeringslistor i sitt boende. Läkemedlen förvaras i den enskildes bostad. En stor del av patienterna har läsbara läkemedelsskåp. I enstaka fall förvaras läkemedel hos hemtjänstpersonalen där det inte är möjligt att ha en säker hantering i det ordinära boendet.

Avvikelse läkemedel registreras direkt i kommunens verksamhetssystem VIVA. Sjuksköterskan kontaktas snarast av personal och analyserar, bedömer och åtgärdar avvikelsen ur ett medicinskt perspektiv. Vidtagna åtgärder återkopplas till personal samt samtal kring hur liknande händelse kan förhindras framöver. Resultat återkopplas även till enhetschef som återkopplar till enhetens personal på APT för att utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.

Fakta avvikelser läkemedel

Antal registrerade avvikelser läkemedel under första halvåret 2018 var 229 stycken, en minskning med 10 stycken enligt samma tidsperiod föregående år. Nedan visas tabell med antal registrerade avvikelser läkemedel första halvåret enhetsvis med avdelningar.

Läkemedelsavvikelser

| Enhet | Avdelning | 2016 kvartal 1+2 | 2017 kvartal 1+2 | 2018 kvartal 1+2 |
|----------------|-----------------------|------------------|------------------|------------------|
| Hagen | Enehagen | 4 | 2 | 7 |
| | Björkhagen | 6 | 5 | 3 |
| | Ekhagen | 6 | 10 | 8 |
| | Lärkhagen | | | 9 |
| Korttidsboende | Furuhagen | 22 | 9 | 4 |
| Hemgården | Näckrosen | 19 | 9 | 18 |
| | Liljan | 12 | 9 | 9 |
| | Blåsippan | 6 | 8 | 5 |
| | Violen | 3 | 19 | 4 |
| | Gullvivan | 2 | 7 | 3 |
| | Åkerblomman | 3 | 17 | 10 |
| Herrljunga | Hemsjukvård tåtort | 30 | 22 | 31 |
| | Hemsjukvård landsbygd | 33 | 30 | 34 |
| Ljung | Hemsjukvård Ljung | 54 | 79 | 60 |
| LSS | LSS | 5 | 7 | 18 |
| Psykiatri | Hemsjukvård | 6 | 5 | 13 |
| Personlig ass. | | 1 | - | - |
| FH | Boendestöd | - | 1 | 3 |
| SUMMA | | 212 | 239 | 229 |

- Orsak till att läkemedel ej givits:

| | |
|------------------|--------|
| avglömd dos | 142 st |
| ej angiven orsak | 202 st |

- Typ av läkemedel som glömts bort att distribueras:
smärtstillande läkemedel, blodförtunnande läkemedel, insulin.

Övriga avvikelser Hälso- och sjukvård

Övriga avvikelser Hälso- och sjukvård avser någon form av avvikelse som avser exempelvis beställd insats Hälso- och sjukvård, medicintekniska produkter, intern informationshantering redovisas i tabell nedan.

| Tidsperiod | 2016 kvartal 1-2 | 2017 kvartal 1-2 | 2018 kvartal 1-2 |
|------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Hälso- och sjukvård | 83 | 134 | 98 |
| Medicintekniska produkter | 5 | 1 | 8 |
| Intern informationshantering | 14 | 7 | 6 |
| Summa: | 102 | 142 | 112 |

Under första halvåret 2018 var 98 avvikelser inom HSL registrerade. Utav dessa 98 avvikelser har 78 stycken registrerats för utebliven träningsinsats hos patient. Följden blir att patienter inte erhåller den träning som är ordinerad och beställd. Signeringslista hos patient att signera utförd beställd insats är bristfälligt/oklart ifyllda eller saknas. Osäkerhet uppstår om beställd insats är utförd eller inte. Brister i signering på signeringslista kan bero på flera olika saker som tidsbrist för personal och/eller att personal har glömt signera utförd träning eller utförd träning men inte signerat. Det innebär stor risk för försämrade/utebliven funktion för patient.

Medicinteknisk produkt

Åtta avvikelser har registrerats under första halvåret.

Informationshantering internt

Avvikelser rörande informationshantering internt har rapporterats i sex stycken avvikelser. Det handlar om brister i intern kommunikation/dokumentation av patient inom kommun.

Inkomna klagomål/synpunkter

Under första halvåret 2018 har ett klagomål/synpunkter inkommit.

Externa avvikelser

Externa avvikelser som rapporteras är avvikelser i närvårdssamverkan mellan vårdgivare. Oftast handlar det om informationsöverföring vårdgivare emellan. Det är avvikelser som socialtjänsten Herrljunga kommun sänder till annan vårdgivare och avvikelser som annan vårdgivare sänder till socialtjänsten Herrljunga kommun. Syftet är att dra lärdom av det som hänt och att med olika förbättringsåtgärder säkra verksamhetens kvalitet.

Avvikelser från Herrljunga kommun till

Under första halvåret 2018 har HSV Herrljunga kommun sänt avvikelser till:

| | |
|--------------------|--------------|
| Alingsås Lasarett | åtta stycken |
| SÄS Skene | sex stycken |
| SÄS Borås | fem stycken |
| Falköpings Sjukhus | en stycken |

Avvikelse till Herrljunga kommun från

Under första halvåret 2018 har en avvikelse sänds till Herrljunga HSV från annan vårdgivare.

Berith Källerklint
MAS/Kvalitetssamordnare

JK mg

Uppföljning av avvikelser SoL, LSS

Avvikelser

Begreppet avvikelser innefattar:

- avvikelse enligt SoL¹, LSS²
- klagomål och synpunkter SoL, LSS
- lex Sarah

Avvikelser ska dokumenteras i de fall där verksamheten av någon anledning inte kunnat fullfölja/utföra insatser som den enskilde är berättigad till eller där verksamheter direkt eller indirekt orsakar de händelser som sker.

Avvikelser är inte när enskild själv tackar nej eller avbokar sina beviljade insatser. Vid sådana händelser ska det dokumenteras i den enskildes journal och en bedömning göras om genomförandet av insatser behöver göras på annat sätt, ändringar i tid etc. eller i övrigt följas upp. Ett mindre antal av totala antalet avvikelser är av detta slag därför ”felrapporterade”.

Bakgrund

I verksamhetssystemet Viva inhämtas uppgifterna gällande avvikelser för vård och omsorg samt verksamheter enligt LSS. Inom socialt stöd samt myndighet och administration dokumenteras avvikelser på pappersblanketter för sammanställning. Synpunkter och klagomål kan även inkomma via Herrljunga kommuns hemsida - synpunktshantering.

Resultat

Antalet dokumenterade avvikelser SoL, LSS, klagomål och synpunkter samt lex Sarah har totalt ökat något i jämförelse med 2017 års resultat för halvåret. Hur många avvikelser som kan sägas vara rimligt på ett år är svårt. Ett antal om ca 400 avvikelser enligt SoL, LSS kan vara rimligt enligt de senare årens resultat.

Av första halvårets totala antal avvikelser (537) utgör ovanstående punkter, enligt SoL, LSS ca 36 % av totala antal avvikelser för perioden. En ökning med 3 % sedan halvåret 2017

Antalet fallolyckor (471) ingår inte i denna jämförelse.

Översikt

| Typ | Helår | Halvår | Helår | Halvår | Helår | Halvår |
|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2015 | 2016 | 2016 | 2017 | 2017 | 2018 |
| Avvikelser enl SoL, LSS | 406 | 193 | 301 | 158 | 308 | 178 |
| Synpunkter och klagomål SoL, LSS | 25 | 31 | 48 | 21 | 55 | 12 |
| Lex Sarah | 11 | 5 | 15 | 10 | 14 | 4 |
| Totalt | 442 | 229 | 364 | 189 | 377 | 194 |

¹ Socialtjänstlag

² Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

FL MA



Rapporterade avvikelser från verksamheter

Några verksamheter står för den större delen av avvikelserna medan andra verksamheter har ett fåtal eller inga avvikelser av ovanstående slag. Att uppmärksamma avvikelser, rapportera, analysera, åtgärda och förbättra är en viktig del i ett aktivt, systematiskt kvalitetsarbete. En verksamhet där chef/personal är uppmärksam på avvikelshantering, vet ansvaret och syftet med rapportering är en viktig förutsättning för ett systematiskt kvalitetsarbete. Det finns fortfarande personal som är osäkra på vad andra avvikelser än inom läkemedel och fall kan vara.

Äldreomsorgen svarar för den större delen rapporterade avvikelser, 139 av totalen 178. Fördelat på hemtjänst 68 avvikelser och boende 71 avvikelser. Inom socialt stöd har det rapporterats några händelser inom de respektive verksamheterna. Det har rapporterats 18 händelser inom LSS.

Myndighet har nio uppmärksammade avvikelser som gäller brister i uppföljningar och beslut för personer som befinner sig på korttidsboende. Personerna bor kvar på korttidsboendet utan beslut mellan 5 dagar upp till 1 månad. Ingen av dessa nio har rapporterats/dokumenterats i enlighet med avvikelserutinen, vilket är en brist utifrån rapporteringsskyldigheten. Inom myndighet, område missbruk har vid granskning visat sig brister i uppföljningar och beslut i nio ärenden. Ingen av dessa har rapporterats/dokumenterats enligt avvikelserutinen. Dessa 18 avvikelser ingår i sammanräkning av antal rapporterade avvikelser i denna rapport.

Bedömningen är att det är en allvarlig brist att 18 avvikande händelser inte har rapporterats. Efterlevnad av rutiner saknas i det avseendet. Det är viktigt med dialog på arbetsplatserna gällande bl.a. syfte med händelserapportering, göra analys av händelser, förändringar och förbättringar. Detta måste utvecklas. Upprepade händelser av samma slag är allvarligt och kan leda till en anmälan enligt lex Sarah.

Att verksamheter har många rapporterade avvikelser eller få rapporteringar är inte alltid detsamma som att det är en dåligt fungerande verksamhet med många händelser eller en bra fungerande verksamhet utan händelser. Det kan bero på hur aktivt och medvetet eller inte aktivt och medvetet verksamheten arbetar med avvikelser. Det har framkommit att händelser har skett som kan bedömas som självklara att rapportera vilket inte har gjorts. Om det råder bristande kunskaper gällande avvikelser och avvikelshantering så ska det åtgärdas. En kontinuerlig dialog på arbetsplatsen bör ske när händelser inträffar om vad som är orsaken till det inträffade och vilka förändringar/åtgärder som behöver göras för att samma typ av händelse inte ska ske på nytt. Det är viktigt att arbeta med ständiga förbättringar och ta lärdom av händelser, dels i den egna verksamheten men även verksamheter emellan.

I internkontrollen 2018 ingår bland annat uppföljning av följsamhet till Ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete där avvikelser är en central del i arbetet.

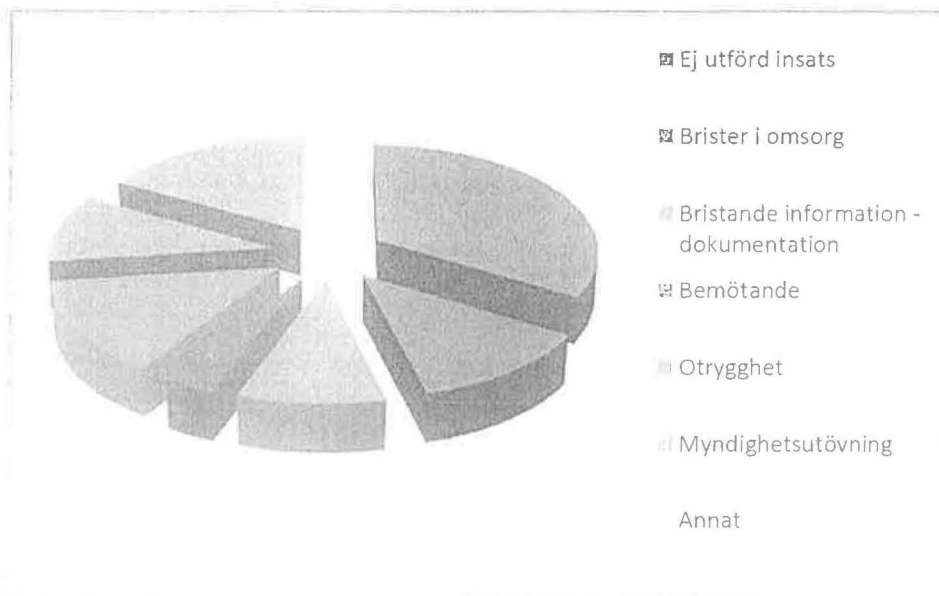
Avvikelser enligt SoL, LSS

Hemtjänsten och särskilt boende svarar för den större delen av avvikelserapporteringen. I hemtjänsten handlar ca hälften (53 %) om uteblivna insatser på grund av personalbrist. Uteblivna insatser pga. personalbrist totalt i förvaltningen utgör ca 34 % av alla avvikelser. Uteblivna insatser pga. resursbrist är en av förvaltningens målandikatorer.

Brister i omsorg är en annan del av rapporterade avvikelser och utgör ca 12 % och gäller t.ex. icke fungerande larm, fanns ingen mat i kylskåpet, sena morgonbesök, skydds- och begränsningsåtgärder. Brister i information och dokumentation utgör ca 10 %. Brister i bemötande är den minsta delen av helheten. Brister i myndighetsutövning omfattar ca 10 % av helheten.

Flera rapporter läggs i kategorin "annat" och kan gälla t.ex. ej utförd dubbelbemanning, brukare som lämnat boendet utan personals uppsikt, information lämnad hos fel brukare, fel på larm m.m. Men även otrygghet för personer på boende på grund av utätagerande medboende läggs oftast in under kategorin "annat". För att synliggöra otrygghet på ett tydligare sätt redovisas det för sig. Det är främst på Hagen som rapporter gällande otrygghet för medboende har rapporterats.

Bedömningen är att det måste vara av största vikt att åstadkomma trygghet för de brukare som bor på särskilt boende och i gruppboende. Det är den enskildes egna hem där det måste kunna få råda lugn och trygghet. Tekniska lösningar kan vara ett komplement till personalbemanning.



Synpunkter och klagomål

Av de 12 inkomna/rapporterna handlar några om informationsbrist vid förändringar och åtgärder, några händelser handlar om att personal luktar cigarettrök när de kommer hem till enskild i en vårdssituation. Andra synpunkter och klagomål gäller dåligt utförd service/städning, bristande bemötande hos personal samt beslutet om djurförbud på Hagen.

I fyra fall har enskilda personer vänt sig direkt till Inspektionen för vård och omsorg, IVO med klagomål mot socialtjänsten (inräknas inte i denna rapport). I två av dessa ärenden har IVO öppnat

tillsyn, båda ärendena gällande myndighetsutövning. Dessa båda är avslutade utan kritik. I de övriga två ärendena överlämnar IVO skrivelsen till huvudmannen med hänvisning till bestämmelserna utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, SOSFS 2011:9 om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, som beskriver att socialtjänsten eller verksamhet enligt LSS ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter. Av de fyra ärendena gäller tre myndighetsutövning inom barn och familj och ett ärende gäller brister i vård och omsorg inom hemtjänst.

I ett fall har enskild gjort en anmälan till JO³. JO skriver i sitt beslut att det som framkommit ger inte anledning till någon ytterligare åtgärd eller uttalande från justitieombudsmannens sida.

Enhetschefer/verksamhetschefer arbetar enligt avvikelserutin med att senast inom tio dagar återkoppla till den enskilde klagande med undantag i de fall där enskilde är anonym.

Lex Sarah

Fyra rapporter om missförhållande, lex Sarah har inkommit under första halvåret. Ingen av dessa fyra händelser har efter utredning bedömts som ett så allvarligt missförhållande eller som en så påtaglig risk för allvarligt missförhållande att det har föranlett anmälan till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.

Händelserna har bland annat handlat om brister i lyhördhet till brukare/boendes påtalade behov av att komma till toaletten, få lägesändring för att minska smärta:

- brister i omsorg
- brister i bemötande

2018-07-31

Heléne Backman Carlsson
SAS/Kvalitetssamordnare

³ JO Riksdagens ombudsmän

IG MA

Överenskommelse mellan Västra
Götalands kommuner och Västra
Götalandsregionen om samverkan
vid in- och utskrivning från slutet
hälso- och sjukvård

Innehållsförteckning

| | |
|--|---|
| 1. Inledning | 2 |
| 2. Parter | 2 |
| 3. Gemensam målsättning | 2 |
| 4. Giltighetstid | 2 |
| 5. Målgrupp | 3 |
| 6. Parternas ansvar | 3 |
| 7. Kommuners betalningsansvar somatisk vård | 4 |
| 8. Kommuners betalningsansvar psykiatrisk vård | 5 |
| 9. Utvecklingsåtagande | 5 |
| 10. Uppföljning | 5 |
| 11. Ändringar i gemensam riktlinje | 6 |
| 12. Avvikelse | 6 |
| 13. Tvist | 6 |



1. Inledning

Överenskommelse mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård grundar sig i lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (lag 2017:612), och bygger på Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017-2020.

Som bilaga till denna överenskommelse finns *Gemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland*, som beskriver processen och berörda verksamheters ansvar i varje processteg.

2. Parter

Parterna i denna överenskommelse är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

3. Gemensam målsättning

Samverkan vid utskrivning är en ny ansats för att stärka den enskildes rätt till en trygg och effektiv utskrivning, och stärka samordningen mellan huvudmän och verksamheter. Arbetet ska vara tillitsskapande och utgå ifrån den enskildes behov.

Västra Götalandsregionen och länets kommuner är överens om att enskilda personer som inte längre har behov av slutenvårdens resurser omgående ska kunna skrivas ut därifrån, på ett tryggt och säkert sätt. Antalet dagar som enskilda är kvar inom slutenvården efter att de bedömts som utskrivningsklarara ska minska, tillsammans med undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar. Parterna är också överens om att det genomsnittsvärde som styr om och när kommunens betalansvar infaller successivt ska sänkas i Västra Götaland.

Västra Götalandsregionen och länets kommuner är överens om målsättningen att betalningsansvaret ska regleras lika för somatisk och psykiatrisk vård.

4. Giltighetstid

Överenskommelsen gäller från och med 2018-09-25 till 2020-11-30.

Inför ställningstagande om ny överenskommelse, efter 2020-11-30, ska denna överenskommelse utvärderas i sin helhet, både vad gäller reglering av betalansvaret och in- och utskrivningsprocess. Uppföljning och utvärdering ska

vara underlag för dialog om eventuella förändringar, och för sänkning av genomsnittsvärdet.

Uppsägningstiden för avtalet är nio månader. Om någon part säger upp avtalet gäller lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning, om parterna inte kommer överens om något annat.

5. Målgrupp

Personer i alla åldrar som efter utskrivning från slutna hälso- och sjukvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården omfattas av denna överenskommelse.

6. Parternas ansvar

Kommunerna och Västra Götalandsregionen har i hälso- och sjukvårdsavtalet enats om en gemensam värdegrund för samverkan som även gäller för samarbetet enligt denna överenskommelse.

Samarbetet ska kännetecknas av att:

- Den enskildes behov, inflytande och självbestämmande alltid är utgångspunkt för hälso- och sjukvården
- Utifrån den enskildes 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

Parterna har ett gemensamt ansvar för att in- och utskrivning vid slutna hälso- och sjukvård är trygg, säker och effektiv för den enskilde. Kommunal verksamhet, slutenvård och landstingsfinansierad öppenvård ska alla bidra till att tiden inom slutenvården efter att en enskild bedömts som utskrivningsklar blir så kort som möjligt.

Om genomsnittsvärdet för en kommun överskrids ska en gemensam åtgärdsplan på kommun- eller stadsdelsnivå tas fram. Åtgärdsplanen är ett gemensamt ansvar och alla berörda parter kan ta initiativ till en sådan.

Parterna ska säkerställa att berörda verksamheter:

- Följer överenskommelse och riktlinje om in- och utskrivning vid slutet hälso- och sjukvård
- Använder anvisade IT-system och följer gemensamma rutiner
- Arbetar med förbättringar av in- och utskrivningsprocessen

7. Kommuners betalningsansvar somatisk vård

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

- Slutenvården ska ha skickat inskrivningsmeddelande
- Slutenvården ska ha meddelat att den enskilde är utskrivningsklar
- Om SIP ska göras ska öppenvården ha kallat till sådan

Kommunens betalningsansvar ska inte inträda om den enskilde inte kan skrivas ut från den slutna vården på grund av att sådana insatser som den landstingsfinansierade öppna vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga.

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 personer som ligger kvar 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 vårdygn i den slutna vården.

8. Kommuners betalningsansvar psykiatrisk vård

Från och med 2019-01-01 t o m 2019-12-31 inträder kommunens betalningsansvar för enskilda som vårdats inom slutna psykiatrisk vård och som omfattas av denna överenskommelse, 15 kalenderdagar efter att slutenvården meddelat att den enskilde är utskrivningsklar. (individberäkning)

Från och med 2020-01-01 t o m 2020-03-31 inträder kommunens betalningsansvar 7 kalenderdagar efter att slutenvården meddelat att den enskilde är utskrivningsklar. (individberäkning)

Från och med 2020-04-01 regleras betalningsansvaret på samma sätt oavsett om den enskilde vårdats i psykiatrisk eller somatisk vård.

Villkoren för att kommunens betalningsansvar ska inträda är de samma som gäller för somatisk vård.

9. Utvecklingsåtagande

Parterna ska vidareutveckla planeringsprocessen för en säker, trygg och effektiv in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Detta innefattar att:

- Vidareutveckla en digital lösning för utdata för gemensam uppföljning
- Vidareutveckla gemensamt IT-stöd för att stödja in- och utskrivningsprocessen
- Arbeta vidare med vad i dagens remisshantering mellan öppenvård och slutenvård som behöver överföras till gemensamt IT-stöd
- Bevaka att verksamheternas anslutning till Nationell patientöversikt (NPÖ) fortskrider
- Arbeta vidare med hanteringen av hur insatser som den landstingsfinansierade öppna vården är ansvarig för ska identifieras när betalningsavtalet inte ska övergå till kommunen på grund av uteblivande av dessa insatser.

10. Uppföljning

De delregionala vårdsamverkansgrupperna lämnar rapport årligen till Vårdsamverkan Västra Götaland. Rapporten ska innehålla:

- Följsamhet till överenskommelsen och gemensam riktlinje med förslag till gemensamma förbättringar

11. Ändringar i gemensam riktlinje

Ändringar i *Gemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland* får hanteras på tjänstemannanivå, så länge dessa ändringar ryms inom denna överenskommelse. Ändringen initieras och godkänns då av Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsdirektör och direktören på VästKom efter förankring i Vårdsamverkan Västra Götaland och sedvanlig förankring i respektive huvudmannaled.

12. Avvikelser

Avvikelser från åtagande enligt denna överenskommelse hanteras i enlighet med *Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017-2020*.

13. Tvist

Tvist mellan parternas tolkning av överenskommelsens innebörd ska hanteras i enlighet med *Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017-2020*.

Gemensam riktlinje om in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Gäller: 2018-09-25 till 2020-11-30



| | |
|--|----|
| Om riktlinjen | 2 |
| Målgrupp..... | 2 |
| Processbilder..... | 3 |
| Process med behov av samordning efter utskrivning: | 3 |
| Process vid behov av samordning efter utskrivning där SIP görs på sjukhuset..... | 4 |
| Process utan behov av samordning efter utskrivning | 5 |
| Process av samordning inför utskrivning till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård | 6 |
| Samtycke..... | 7 |
| Avvikelser | 7 |
| Kommuners betalningsansvar | 7 |
| Vårdbegäran/Remiss..... | 8 |
| Inskrivningsmeddelande | 10 |
| Fast vårdkontakt utses i öppenvård..... | 12 |
| Planering inför utskrivning..... | 13 |
| Meddelande om utskrivningsklar | 15 |
| Information vid utskrivning..... | 16 |
| Kallelse till SIP-möte..... | 17 |
| Upprätta eller uppdatera SIP | 18 |
| Följa upp SIP..... | 19 |
| Avsluta SIP..... | 20 |

Riktlinjen för in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård grundar sig i överenskommelsen mellan Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen om samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

I riktlinjen beskrivs in- och utskrivningsprocessens olika steg. Under varje rubrik specificeras öppenvårdens, slutenvårdens, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänstens ansvar i respektive processteg.

Riktlinjen gäller för samtliga kommuner i Västra Götaland och hälso- och sjukvårdsförvaltningarna i Västra Götalandsregionen samt vårdgivare som respektive parter har avtal med. Riktlinjen är övergripande och utgår från gällande lagar och Socialstyrelsens föreskrifter.

Den fastställda IT-tjänsten och Nationell Patientöversikt (NPÖ) ska användas. Varje vårdgivare och socialnämnd har ansvar för att verksamheten arbetar utifrån denna regionala riktlinje, och utifrån regional rutin. Vårdval och den enskildes rätt att välja vårdcentral och/eller rehabiliteringsenhet ska beaktas.

Målgrupp

Personer i alla åldrar som efter utskrivning från sluten hälso- och sjukvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården omfattas av denna riktlinje.

Processen ser olika ut beroende på om den enskilde har behov av samordnade insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst efter utskrivning eller inte.

Rekommendation av SRO 2018-03-04

Process SIP

Process med behov av samordning efter utskrivning



SB
MLA



Process vid behov av samordning efter utskrivning där SIP görs på sjukhuset

Handwritten notes:
JG
Ruc





Process utan behov av samordning efter utskrivning



MS

MS



Process av samordning inför utskrivning till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård



In- och utskrivningsprocessen förutsätter samtycke från den enskilde. Om samtycke till samordning och utbyte av information lämnas genomförs utskrivningsprocessen enligt denna riktlinje. Varje verksamhet måste förvissa sig om att samtycke har lämnats.

När samtycke inte lämnas ansvarar respektive verksamhet för att dokumentera planerade insatser inom sitt ansvarsområde. Respektive verksamhet ansvarar också för att dokumentera att samtycke inte lämnats.

Om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl inte kan samtycka till att en uppgift lämnas ut tillämpas regleringen i offentlighets- och sekretesslagen (OSL 25 kap § 13).

Avvikelser

Avvikelser från åtagande enligt denna riktlinje hanteras i enlighet med Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland 2017-2020.

Kommuners betalningsansvar

En kommuns betalningsansvar inträder när det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar överskrider 3,0 kalenderdagar per kommun under en kalendermånad.

Villkoren för att betalningsansvaret ska inträda är att:

- Slutenvården ska ha skickat inskrivningsmeddelande enligt denna riktlinje
- Slutenvården ska ha meddelat att den enskilde är utskrivningsklar enligt riktlinjen
- Om samordnad individuell planering ska göras ska öppenvården ha kallat till SIP-möte enligt denna riktlinje

Vårdbegäran/Remiss

Vårdbegäran och remiss är första steget i processen.

| | |
|---|---|
| <p>Öppenvårdens ansvar</p> | <p>När öppenvården initierar akut eller planerad inskrivning i slutenvård ska en vårdbegäran/remiss medfölja, sändas eller vidarebefordras till slutenvården, och andra berörda verksamheter.</p> <p>Denna vårdbegäran/remiss ska innehålla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kontaktuppgifter • vad den egentliga försämringen är • aktuella läkemedel, egenvård/övertaget ansvar för läkemedelshanteringen/dosexpedierade läkemedel • den enskildes funktionstillstånd • boendeform • pågående insatser • om fast vårdkontakt redan finns <p>Har den enskilde åkt till sjukhuset på eget initiativ och slutenvården efterfrågar information ska sådan överföras.</p> |
| <p>Slutenvårdens ansvar</p> | <p>Uppmärksamma och efterfråga kompletterande information.</p> |
| <p>Kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar</p> | <p>Om den enskilde är inskriven i kommunal hälso- och sjukvård och samtycke finns ska en vårdbegäran göras i IT-tjänsten. Detta gäller vid både akut och planerad inskrivning i slutenvården.</p> <p>Informera om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kontaktuppgifter • vad den egentliga försämringen är • aktuella läkemedel, egenvård/övertaget ansvar för läkemedelshanteringen/dosexpedierade läkemedel • den enskilde funktionstillstånd • boendeform • pågående insatser <p>Har den enskilde åkt till sjukhuset på eget initiativ och slutenvården efterfrågar information ska sådan överföras.</p> |

| | |
|--------------------------------------|---|
| <p>Socialtjänstens ansvar</p> | <p>Vid behov bör även socialtjänsten göra en vårdbegäran i IT-tjänsten eller komplettera med socialtjänstens insatser i befintlig vårdbegäran.</p> <p>Informera om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kontaktuppgifter • pågående insatser • aktuell situation • annan relevant information <p>Har den enskilde åkt till sjukhuset på eget initiativ och slutenvården efterfrågar information bör sådan överföras.</p> |
|--------------------------------------|---|

Inskrivningsmeddelande

Steg två i processen är inskrivningsmeddelandet. Här påbörjas samordning och utbyte av information, via IT-tjänsten eller på annat sätt, mellan verksamheterna.

| | |
|--|--|
| Öppenvårdens ansvar | <p>Förvissa sig om att samtycke är lämnat från den enskilde.</p> <p>Påbörja samordning och utbyte av information med berörda verksamheter.</p> |
| Slutenvårdens ansvar | <p>Skicka inskrivningsmeddelande till berörda verksamheter inom 24 timmar efter att behandlade läkare bedömt att den enskilde kan ha behov av insatser efter utskrivning. Om bedömningen sker i ett senare skede i vårdförloppet ska ett inskrivningsmeddelande skickas inom 24 timmar efter att bedömningen gjordes. Om primärvårdsrehabilitering är vald, ska de också meddelas om inskrivningen.</p> <p>Om den enskilde samtycker ska inskrivningsorsak meddelas i anslutning till inskrivningsmeddelandet. Samtycke behöver dock inte inhämtas för att skicka ett inskrivningsmeddelande utan inskrivningsorsak.</p> <p>Inskrivningsmeddelandet ska innehålla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • namn och personnummer • i vilken kommun den enskilde är folkbokförd • vilken vårdcentral den enskilde är listad på och/eller vilken specialistmottagning den enskilde har sin pågående behandling vid • preliminärt datum för utskrivning <p>Efterfråga samtycke för samordning och utbyte av information inför utskrivning och meddela det till berörda verksamheter. Om samtycke inte ges ska berörda verksamheter meddelas även om detta.</p> |
| Kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar | <p>Förvissa sig om att samtycke är lämnat från den enskilde.</p> <p>Påbörja samordning och utbyte av information med berörda verksamheter.</p> <p>Ta emot och meddela berörda verksamheter inom kommunen.</p> |
| Socialtjänstens ansvar | <p>Förvissa sig om att samtycke är lämnat från den enskilde.</p> |

JG

MG

| | |
|--|--|
| | <p>Påbörja samordning och utbyte av information med berörda verksamheter.</p> <p>Ta emot och meddela berörda verksamheter inom kommunen.</p> |
|--|--|



Fast vårdkontakt utses i öppenvård

| | |
|--|--|
| Öppenvårdens ansvar | <p>Verksamhetschef ansvarar för att fast vårdkontakt utses. Fast vårdkontakt ska vara en tydligt utpekad person.</p> <p>Om den enskilde redan har en fast vårdkontakt kan hen fortsätta att vara det.</p> <p>Om det finns fler än en fast vårdkontakt ska dessa samverka och samordna sina insatser samt bestämma vem som ska ansvara för att kalla till SIP-möte.</p> <p>Meddela den fasta vårdkontaktens kontaktuppgifter till berörda verksamheter.</p> <p>Meddela den enskilde om vem som är utsedd till fast vårdkontakt.</p> |
| Slutenvårdens ansvar | |
| Kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar | |
| Socialtjänstens ansvar | |

Planering inför utskrivning

Varje verksamhet ansvarar för sin egen planering men också för samordning och utbyte av information med andra berörda verksamheter samt den enskilde. Slutenvården har huvudansvaret för att samordning sker fram till överlämningen till den enskildes fasta vårdkontakt.

Planeringen pågår från det att inskrivningsmeddelande skickats till dess att den enskilde är hemma. Planeringen ska säkra att den enskildes behov är omhändertagna fram tills den samordnade individuella planen (SIP) görs. Om den enskilde inte har behov av samordnade insatser efter utskrivning ska planeringen säkra en trygg utskrivning. Bedömningen att en SIP inte behövs ska i sådana fall meddelas alla berörda verksamheter.

Den enskilde har under planeringen rätt att av socialtjänsten bli informerad om sin möjlighet att ansöka om insatser.

| | |
|-----------------------------|--|
| Öppenvårdens ansvar | <p>Påbörja utredning av insatser utifrån den enskildes behov. Om samordnade insatser behövs, komma överens med slutenvården om när samordningsansvaret övergår till den fasta vårdkontakten.</p> <p>Om samordnade insatser behövs ska den fasta vårdkontakten komma överens med den enskilde och andra berörda om lämplig tidpunkt för SIP-möte.</p> <p>Skyldiga att samverka med samtliga berörda verksamheter.</p> |
| Slutenvårdens ansvar | <p>Utreda och fastställa fortsatta behov av hälso- och sjukvård. Om behov av rehabiliterande insatser i öppenvård finns ska den enskilde tillfrågas om vilken rehabiliteringsenhet hen väljer/har valt. Löpande informera berörda verksamheter om den enskildes situation.</p> <p>Om samordnade insatser behövs, komma överens med öppenvården om när samordningsansvaret övergår till den fasta vårdkontakten.</p> <p>Involvera den enskilde och/eller närstående.</p> <p>För enskilda som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård eller lagen om rättspsykiatrisk vård ska ansvarig chefsöverläkare medverka i samordning och planering med samtliga berörda verksamheter.</p> <p>Skyldiga att samverka med samtliga berörda verksamheter.</p> |

| | |
|--|---|
| | |
| Kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar | <p>Påbörja utredning av insatser utifrån den enskildes behov.</p> <p>Skyldiga att samverka med samtliga berörda verksamheter.</p> |
| Socialtjänstens ansvar | <p>Informera om socialtjänstens insatser. Ta emot eventuell ansökan från den enskilde, utreda och bedöma behov av bistånd enligt socialtjänstlagen och/eller lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade.</p> <p>Skyldiga att samverka med samtliga berörda verksamheter.</p> |

Meddelande om utskrivningsklar

Den enskilde ska kunna lämna slutenvården när hen är utskrivningsklar. Därför beskriver detta processteg även vilken information slutenvården ska lämna i samband med utskrivning. Det är en förutsättning för en snabb utskrivning att *Meddelande om utskrivningsklar* och *Information vid utskrivning* sker parallellt.

| | |
|--|---|
| Öppenvårdens ansvar | |
| Slutenvårdens ansvar | <p>Behandlande läkare bedömer att den enskilde är utskrivningsklar, det vill säga inte längre har behov av den slutna vårdens resurser. Därefter meddelar slutenvården berörda verksamheter om detta.</p> <p>Slutenvården säkrar att nödvändig information är överförd till berörda verksamheter, och att den enskilde är informerad.</p> <p>Nödvändig information som ska lämnas är:</p> <ul style="list-style-type: none"> • epikris/slutanteckning • remiss där det fortsatta vårdbehovet framgår • läkemedelslista och läkemedelsberättelse • hälso- och funktionstillstånd för den enskilde vid in- och utskrivning • den enskildes upplevelse av sitt hälsotillstånd • riskbedömningar • vårdsammanfattning • redogörelser för komplikationer och avvikelser under vårdtiden • arbetsförmåga (om relevant) <p>För enskilda som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV): Chefsöverläkaren ansvarar för att underrätta berörd enhet vid landsting, kommun eller annan huvudman om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård så snart som möjligt (7 a § LPT), om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det.</p> |
| Kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar | |
| Socialtjänstens ansvar | |

| | |
|---|--|
| Öppenvårdens ansvar | <p>Bekräfta att <i>Nödvändig information</i> från slutenvården överförts så att den enskilde får en säker hemgång.</p> <p>Begära kompletterande information om nödvändig information saknas.</p> |
| Slutenvårdens ansvar | <p>Information vid utskrivning ska skickas till alla verksamheter som fått inskrivningsmeddelande och andra berörda verksamheter som har betydelse för fortsatt vård, stöd och omsorg.</p> <p>All dokumentation ska vara klar och överförd till berörda verksamheter innan den enskilde skrivs ut från slutenvården, se <i>Meddelande om utskrivningsklar</i>, även om inget samtycke till samordnad individuell plan har getts. Om den enskilde inte skrivits ut i samband med <i>Meddelande om utskrivningsklar</i>, ska informationen uppdateras i samband med utskrivning.</p> <p>Nödvändiga läkemedel, specifikt förbandsmaterial och nutritionsprodukter ska vara tillgängliga och säkrade för de dygn som krävs för en kontinuitet i behandlingen efter utskrivning. Recept ska vara utfärdade enligt gällande regionala medicinska riktlinjer för Västra Götalandsregionen. Nödvändiga hjälpmedel och medicinskteknisk utrustning ska vara tillgängliga och säkrade för den enskilde efter utskrivning.</p> <p>Den enskilde ska ha fått muntlig och skriftlig information och en genomgång av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • läkemedelslista och läkemedelsberättelse • hantering av hjälpmedel • en sammanfattning av den vård och behandling som getts under vårdtiden • vad den enskilde ska göra vid försämring • fast vårdkontakt i öppenvården |
| Kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar | <p>Bekräfta att <i>Nödvändig information</i> från slutenvården överförts så att den enskilde får en säker hemgång.</p> <p>Begära kompletterande information om nödvändig information saknas.</p> |
| Socialtjänstens ansvar | <p>Bekräfta att <i>Nödvändig information</i> från slutenvården överförts så att den enskilde får en säker hemgång.</p> <p>Begära kompletterande information om nödvändig information saknas.</p> |

Planering av SIP-möte

Detta och följande processteg för SIP gäller då den enskilde efter utskrivning har behov av samordnade insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst.

Tid för SIP-mötet anpassas efter den enskildes behov och kan med fördel bestämmas under *Planering inför utskrivning*. Kallelse kan skickas innan *Meddelande om utskrivningsklar* och SIP-mötet kan genomföras redan på sjukhuset. Det vanligaste är dock att SIP-mötet genomförs när den enskilde är utskriven från slutenvården. Den enskilde ska ha lämnat samtycke till att kallelse skickas.

| | |
|---|---|
| <p>Öppenvårdens ansvar</p> | <p>Skicka kallelse till SIP-möte till den enskilde och berörda verksamheter, senast tre kalenderdagar efter att slutenvården skickat meddelande om utskrivningsklar.</p> <p>Endast en fast vårdkontakt kallar till SIP-möte.</p> <p>Kallelsen ska ange:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vem planeringen gäller för • syfte och vilka frågor som ska tas upp • vem som är sammankallande • vilka som är kallade och inbjudna • tid, plats och mötesform <p>För enskilda som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska planeringen i stället genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan i 7 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård och 12 a § lagen om rättspsykiatrisk vård.</p> |
| <p>Slutenvårdens ansvar</p> | |
| <p>Kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar</p> | |
| <p>Socialtjänstens ansvar</p> | |

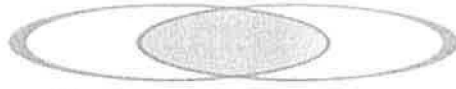
Under SIP-mötet bestäms vem som fortsättningsvis är huvudansvarig för SIP, vem som har uppföljningsansvar för de olika insatserna och datum för uppföljning.

| | |
|--|---|
| Öppenvårdens ansvar | <p>Fast vårdkontakt ansvarar för att en SIP upprättas eller uppdateras. SIP ska dokumenteras i samverkan med berörda verksamheter och den enskilde.</p> <p>Primärvårdsrehabiliteringen ska vid kallelse delta på SIP-mötet.</p> <p>Fast vårdkontakt ansvarar för den enskildes delaktighet i upprättandet/uppdatering av SIP och för att hen har tillgång till den samordnade individuella planen.</p> |
| Slutenvårdens ansvar | <p>Slutenvården ska vid kallelse delta på SIP-mötet.</p> <p>För öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård enligt 7 § och 7 a § LPT och 12 a § LRV ska samordnad plan upprättas av chefsöverläkaren, om en bedömning finns om att den enskilde är i behov av insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård. Den samordnade planen ska utformas i samarbete mellan de verksamheter vid kommunen eller landstinget som svarar för insatserna. Den samordnade planen är upprättad när den har justerats av verksamheterna.</p> |
| Kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar | <p>Kommunal hälso- och sjukvård ska vid kallelse delta på SIP-mötet.</p> |
| Socialtjänstens ansvar | <p>Socialtjänsten ska vid kallelse delta på SIP-mötet.</p> |

| | |
|--|--|
| Öppenvårdens ansvar | Kan vara huvudansvarig för SIP och ansvarar då för att kalla till uppföljning. Delta vid uppföljning vid kallelse från annan huvudansvarig. |
| Slutenvårdens ansvar | Kan vara huvudansvarig för SIP och ansvarar då för att kalla till uppföljning. Delta vid uppföljning vid kallelse från annan huvudansvarig. |
| Kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar | Kan vara huvudansvarig för SIP och ansvarar då för att kalla till uppföljning. Delta vid uppföljning vid kallelse från annan huvudansvarig. |
| Socialtjänstens ansvar | Kan vara huvudansvarig för SIP och ansvarar då för att kalla till uppföljning. Delta vid uppföljning vid kallelse från annan huvudansvarig. |

En SIP avslutas när den enskildes mål är uppfyllda, när den enskilde inte längre har behov av samordnade insatser eller om den enskilde drar tillbaka sitt samtycke. Varje verksamhet ansvarar för att dokumentera avslutet.

| | |
|--|---|
| Öppenvårdens ansvar | Dokumenterar ett avslut av SIP och anger orsak. |
| Slutenvårdens ansvar | Dokumenterar ett avslut av SIP och anger orsak. |
| Kommunala hälso- och sjukvårdens ansvar | Dokumenterar ett avslut av SIP och anger orsak. |
| Socialtjänstens ansvar | Dokumenterar ett avslut av SIP och anger orsak. |



Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Inriktningsdokument
för

Närvårdssamverkan Södra Älvsborg 2019-2022
Mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Södra
Älvsborg

Politiskt antaget under 2018

| | |
|--|---|
| <p>Kommunerna</p> <p>Bollebygds kommunstyrelse Dnr:</p> <p>Borås Stads kommunstyrelse Dnr:</p> <p>Herrljungas kommunstyrelse Dnr:</p> <p>Marks kommunstyrelse Dnr:</p> <p>Svenljungas kommunstyrelse Dnr:</p> <p>Tranemos kommunstyrelse Dnr:</p> <p>Ulricehamns kommunstyrelse Dnr:</p> <p>Värgårdas kommunstyrelse Dnr:</p> <p>Boråsregionen, Sjukvårds kommunalförbund, Direktionen Dnr:</p> | <p>Västra Götalandsregionen</p> <p>Södra hälso- och sjukvårdsnämnden Dnr:</p> <p>Styrelsen för Södra Älvsborgs Sjukhus Dnr:</p> <p>Styrelsen för beställd primärvård Dnr:</p> <p>Styrelsen för Habilitering & Hälsa Dnr:</p> <p>Primärvårdsstyrelsen Dnr:</p> <p>Tandvårdsstyrelsen Dnr:</p> |
|--|---|

JL MA

Innehåll

| | |
|--|---|
| 1. Inledning | 4 |
| 2. Huvudmännens uppdrag | 4 |
| 3. Inriktning och mål | 5 |
| Inriktning för Närvårdssamverkan | 5 |
| Målbild för Närvårdssamverkan | 5 |
| Mål för Närvårdssamverkan | 5 |
| 4. Styrning och struktur för samverkan | 5 |
| Närvårdsområde | 6 |
| Lokal ledningsgrupp | 6 |
| Lokal arbetsgrupp | 6 |
| Uppdragsgrupp | 6 |
| Styrgrupp | 6 |
| Arbetsutskott (AU) | 7 |
| Delregionalt politiskt samråd | 7 |
| Presidium | 8 |
| Spridningsdag | 8 |
| Närvårdskontoret | 8 |
| 5. Ekonomi | 8 |
| 6. Uppföljning | 8 |

FG MG

1. Inledning

Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli och Boråsregionen, Sjuhärads kommunalförbund fick hösten 2014 i uppdrag att utveckla modellen för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg och ta fram förslag på nytt inriktningsdokument. En arbetsgrupp med representation från kommun, primärvård och specialistvård var med i diskussionen kring en ny modell. Samverkan ska ske på lägsta effektiva nivå och en genomgång av samtliga grupper i dåvarande organisation gjordes. Det första inriktningsdokumentet med den nya modellen gällde 2016-2018 och under 2017-2018 har dokumentet uppdaterats.

Syftet är att ha en modell för gemensamma mötesarenor för vårdsamverkan i Södra Älvsborg. Vårdsamverkan ska ge mervärde för befolkningen och underlätta ansvarsfördelning och samverkan mellan huvudmännen. I olika grupper omhändertas frågor som berör samverkan mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen (VGR). Interna frågor inom kommunen/kommunerna och mellan olika vårdgivare inom VGR hanteras i andra möteskonstellationer. Ansvarsfördelning mellan och inom respektive huvudmans ansvarsområde ska vara tydlig.

Avtalet gäller under perioden 2019-2022. 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. Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet kan initiativ till en översyn tas av det Delregionala politiska samrådsorganet.

2. Huvudmännens uppdrag

Grunden för respektive huvudmans uppdrag finns reglerat i lagar, författningar, avtal, överenskommelser och politiska beslut.

VGR och kommunerna har var för sig och tillsammans ansvar för hela befolkningen. Samverkansarbetet ska säkra och leda till att gemensamt ansvar tas för invånarna både på regional, delregional och lokal nivå. Ingen invånare ska "falla mellan stolarna".

Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg omfattas av

- VGR's verksamheter för tandvård, primärvård, specialistvård och habilitering.
- Kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänst, förskola, skola och elevhälsa i följande kommuner: Herrljunga, Vårgårda, Bollebygd, Borås Stad, Mark, Svenljunga, Tranemo och Ulricehamn.

Medverkar gör också Södra hälso- och sjukvårdsnämnden som har ansvar för beställning och uppföljning av VGR's verksamheter ovan och Boråsregionen, Sjuhärads kommunalförbund som samordnar kommunerna.

3. Inriktning och mål

Inriktning för Närvårdssamverkan

Samverkan ska ske kring patienter och grupper i befolkningen som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och VGR. Närvårdssamverkan ska möjliggöra utveckling av gemensamma handlingsplaner som resulterar i samordning av de olika insatserna som ges.

Samverkan mellan huvudmännen är nödvändig för:

- Barn och unga vuxna med utsatt situation
- Äldre multisjuka och multiviktande
- Personer med psykisk ohälsa och/eller missbruk
- Personer med funktionsnedsättning
- Personer med behov av vård i livets slutskede

Målbild för Närvårdssamverkan

Med tillit, där vårdgivarna arbetar tillsammans kring invånarnas behov, bygger Närvårdssamverkan Södra Älvsborg en samverkan som skapar mervärde och trygghet i vårdövergångarna.

Mål för Närvårdssamverkan

Befolkningsperspektiv

En välfungerande Närvårdssamverkan bidrar till att befolkningen får tillgång till hälso- och sjukvård och omsorg på lika villkor. Samverkan ska för den enskilde invånaren leda till säkra vårdövergångar och jämlik vård. Med en sammanhållen vårdkedja ska individen inte påverkas när ansvaret för vården delas mellan vårdgivarna eller övergår från en vårdgivare till en annan.

Verksamhets- och organisationsperspektiv

Närvårdssamverkan ska leda till effektiva vårdprocesser utförda på rätt vårdnivå. Dialog kring ansvarsfördelning och utvecklingsbehov bör leda till ökad förståelse, kunskapsutveckling och samverkan mellan huvudmännen.

4. Styrning och struktur för samverkan

Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg sker på politisk-, förvaltnings- och verksamhetsnivå. Målet med samverkan är att över huvudmannagränserna gemensamt ansvara för att säkerställa befolkningens behov av samordnade insatser. I styrning och struktur ingår arbete med förtydligande och ansvarsfördelning utifrån ändrad lagstiftning, överenskommelser, strategier och rekommendationer som påverkar huvudmännen. Interna frågor inom kommunen/kommunerna och mellan olika vårdgivare inom VGR hanteras i andra möteskonstellationer.

Det Delregionala politiska samrådet ska ange visionen för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg och strategin för arbetet de närmaste åren. De lokala ledningsgrupperna har ett stort ansvar för samverkan på lokal nivå. Avvikelsehantering, handlingsplaner, utvärdering och genomförandeplaner är exempel på arbetssätt för att komma till rätta med brister i vårdssamverkan. Framgångsfaktorer i samverkansarbetet är fungerande implementering, spridning och delaktighet vilket i första hand sker i respektive linjeorganisation.

JL
MA

Närvårdsområde

Närvårdsområdena utgör grunden för vårdssamverkansarbetet. Samverkan ska ske på lednings- och verksamhetsnivå. Varje kommun utgör ett närvårdsområde, med en lokal ledningsgrupp.

Lokal ledningsgrupp

Arbetet ska ske utifrån ett problemorienterat och förbättringsinriktat arbetssätt och kan utgå från exempelvis patientberättelser, avvikelser och goda exempel. Ledningsgruppen består av representanter från kommun, primärvård och specialistvård, vilka ska ha mandat att fatta beslut och föra tillbaka frågor till sin organisation för åtgärd. Antalet personer i ledningsgruppen kan variera och sammansättningen utöver ovanstående bestäms lokalt, t.ex. är folkhälsa, tandvård, rehab och skola viktiga parter i det lokala arbetet. Kommunen ansvarar för ordförandeskapet och kallar till möten. Protokoll ska skrivas och mailas till Närvårdskontoret för publicering på hemsidan.

Dialog kring förändringar i form av arbetssätt, lagstiftning eller andra förutsättningar som påverkar samarbetet bör ske kontinuerligt. Frågor som inte kan lösas på lokal nivå lyfts till koordinatorm på Närvårdskontoret, som gör en bedömning om var frågan kan/bör hanteras. Lokala ledningsgrupper, över kommungränserna, kan gå samman och skapa gemensamma lokala arbetsgrupper.

Lokal arbetsgrupp

Arbetsgrupper på lokal nivå startas och avslutas av den lokala ledningsgruppen. Frågeställning och tidsram ska vara beskrivet i en uppdragshandling. De lokala arbetsgrupperna arbetar med förbättringsfrågor och rapporterar till lokala ledningsgruppen/grupperna. Brukarmedverkan är en viktig del i de lokala arbetsgruppernas arbete.

Uppdragsgrupp

Uppdragsgrupp kan bildas då frågan inte kan eller bör omhändertas i de lokala ledningsgrupperna. Uppdragsgrupper kan variera i storlek och sammansättning beroende på uppdrag. Kommun, primärvård och specialistvård ska dock vara representerade i samtliga uppdragsgrupper. Uppdrag ges av styrgruppen och de ska vara tydliga och tidsbestämda. Alla uppdragsbeskrivningar ska utgå från ett helhetsperspektiv, eftersom målgrupperna kan överlappa varandra.

I uppdraget ingår återrapportering till styrgruppen och att ta fram förslag till plan för resultatspridning, eventuell implementering och uppföljning. Uppdragsgrupperna ska ha brukarmedverkan där det är möjligt. Styrgruppen och respektive huvudman ansvarar för vidare hantering av resultatet. Uppdragsgruppens minnesanteckningar mailas till Närvårdskontoret för publicering på hemsidan. Uppdragsgrupper kan vara aktiva, vilande eller avslutas efter uppdragets slutförande.

Styrgrupp

Styrgruppen arbetar på uppdrag av det Delregionala politiska samrådet. Styrgruppen hanterar av Närvårdskontoret anmälda och beredda ärenden och fattar beslut. Styrgruppen kan vid behov starta Uppdragsgrupper och besluta om specifika tidsbestämda uppdrag. Styrgruppen och respektive huvudman ansvarar för hantering av resultat och implementering i respektive linjeorganisation.

I Styrgruppen ingår representant för SÅS, Habilitering & Hälsa, Vårdcentral privat, Vårdcentral offentlig, Rehab privat, Rehab offentlig samt representant från varje kommun Tandvård och beställd primärvård adjungeras till styrgruppen. Boråsregionen, Sjuhäradskommunalförbund och Koncernkontoret VGR har en representant vardera, men har ingen rösträtt.

En av Närvårdskontorets representanter är sekreterare och protokollen publiceras på hemsidan.

Styrgruppen utser ordförande och vice ordförande för två år i taget. Ordförandeskapet och vice ordförandeskapet alternerar mellan kommunerna och de VGR-finansierade verksamheterna.

Ordförandens uppgift är att leda styrgruppens möten och vara föredragande vid Delregionalt politiskt samråd.

Arbetsutskott (AU)

Arbetsutskottet består av styrgruppens ordförande och vice ordförande. Arbetsutskottet består vidare av en representant ifrån kommunen, en ifrån primärvård och en ifrån SÅS (sammanlagt max tre personer). AU bereder ärenden till styrgruppen.

Närvårdskontorets representant är sekreterare.

Delregionalt politiskt samråd (DPS)

Delregionalt politiskt samråd tar fram vision och strategisk inriktning för Närvårdssamverkan. Parternas representanter har ansvar för att den politiska viljeinriktningen blir känd och får genomslag i huvudmännens uppdrag. Delregionalt politiskt samråd ger uppdrag till Styrgruppen och Närvårdskontoret. Uppföljning och dialog kring uppdragen ska ske i Delregionalt politiskt samråd. Delregionalt politiskt samråd träffas fyra gånger per år.

I Delregionalt politiskt samråd ingår:

- Boråsregionens politiska beredning Vålfärd och kompetens eller utsedd ersättare.
- Ordförande och andre vice ordförande i södra hälso- och sjukvårdsnämnden eller utsedd ersättare.
- Presidiet för beställd primärvård.
- Presidiet för primärvårdsstyrelsen.
- Presidiet för styrelsen Södra Älvsborgs Sjukhus.
- Presidiet för styrelsen Habilitering & Hälsa.
- Presidiet för tandvårdsstyrelsen.

Boråsregionens politiska beredning för Vålfärd och kompetens samt Södra hälso- och sjukvårdsnämnden har möjlighet att ta med en tjänsteman.

Närvårdskontorets representant är sekreterare och protokollen publiceras på hemsidan.

Delregionalt politiskt samråd utser ordförande och vice ordförande för två år i taget. Ordförandeskapet och vice ordförandeskapet alternerar mellan kommunerna och VGR. Huvudregeln är att vice ordförande efter två år blir ordförande och en ny vice ordförande väljs.

JL *na*

Presidium

Presidiet består av det Delregionala politiska samrådets ordförande och vice ordförande och de bereder ärenden till det Delregionala politiska samrådet.

Närvårdskontorets representant är sekreterare.

Spridningsdag

En gång per år kallas styrgrupp och Delregionalt politiskt samråd till en spridningsdag. Inbjudan skickas även till chefer och övriga intresserade till denna spridningsdag då det gångna årets uppdrag och resultat inom Närvårdssamverkan presenteras och diskuteras. Närvårdskontoret ansvarar för all organisation och administration.

Närvårdskontoret

Som stöd för Närvårdssamverkan finns ett kontor med uppdrag att koordinera, stödja, omvärldsbevaka, bereda ärenden och följa upp samverkan inom olika grupper. På Närvårdskontoret arbetar koordinator och samordnare. Möjlighet att anställa tillfälliga projektledare och/eller förändra ordinarie uppdrag för tjänstemän i kommun och VGR finns. Medarbetarna arbetar på uppdrag av Delregionalt politiskt samråd. Närvårdskontoret ska ha ett opartiskt förhållningssätt gentemot huvudmännen. Boråsregionen, Sjuhärads kommunalförbund har arbetsgivaransvaret.

5. Ekonomi

Närvårdssamverkan är en del i varje huvudmans uppdrag och finansieras inom ramen för detta ansvar. Vårdssamverkansparterna svarar för kostnaderna för Närvårdskontoret. VGR betalar 50 procent och kommunerna 50 procent av kostnaderna, baserat på befolkningsmängd den 1 juli föregående år.

Utöver den fasta finansieringen kan olika former av projektmedel komma att sökas för att finansiera gemensamma utvecklingsprojekt inom ramen för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.

6. Uppföljning

Delregionalt politiskt samråd ansvarar för uppföljningen av allt arbete som görs inom ramen för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg.

JK MG