

Överenskommelse om samverkan avseende äldre

Giltighetstid: XX månad 2017–31 mars 2018

Överenskommelse mellan
Region Västmanland och respektive kommun



Surahammars
kommun



Skinnskattebergs
kommun



SALA
KOMMUN



NORBERG
Norbergs Kommun



KÖPINGS
KOMMUN



Kungsör



Hallstahammars
kommun



Fagersta
KOMMUN



ARBOGA KOMMUN



VÄSTERÅS STAD

Innehållsförteckning

1	Parter.....	3
2	Bakgrund	3
3	Syfte med samverkan	4
4	Målgrupp	4
5	Gemensamma utgångspunkter	4
6	Övergripande mål för överenskommelsen.....	4
6.1	Hälsofrämjande förhållningssätt och sjukdoms- förebyggande metoder.....	5
6.2	Rehabilitering	5
6.3	Samordnad planering	5
6.4	Informationsöverföring och kommunikationsvägar	5
6.5	Kontinuitet	5
7	Struktur och ansvar för samverkan	6
7.1	Samverkan på länsnivå	6
7.2	Samverkan på lokal nivå	6
8	Delaktighet och inflytande för äldre och närstående	7
8.1	Organisationer.....	7
9	Avvikelse	7
10	Twister.....	7
11	Uppföljning.....	8
12	Giltighetstid och uppsägning.....	8
	Referenser	9

1 Parter

Mellan Region Västmanland, nedan kallad regionen och respektive kommun i Västmanlands län, nedan kallad kommunen, har följande överenskommelse om samverkan antagits. Till överenskommelsen upprättar kommunen tillsammans med Region Västmanland en lokal handlingsplan. Om Region Västmanland eller kommunen tecknar avtal med någon annan aktör och överlåter uppgifter de har ansvar för, ska denna överenskommelse tillämpas.

2 Bakgrund

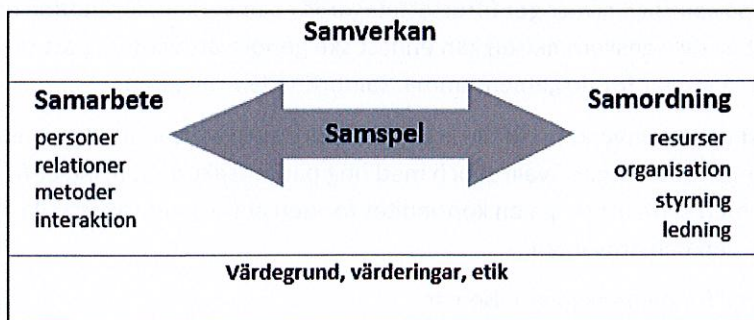
Den demografiska utvecklingen visar att antalet äldre människor ökar samtidigt som de medicinska framstegen inom hälso- och sjukvård gör att fler äldre lever längre trots allvarlig sjukdom. Det innebär att andelen äldre med vård- och omsorgsbehov ökar i samhället. Många äldre har en god funktionsförmåga, men under de sista levnadsåren finns ändå för flera av dem ett stort behov av vård- och omsorgsinsatser där kommun och region behöver samverka¹.

Samverkan mellan parterna ska leda till god, trygg och säker vård och omsorg för äldre i behov av insatser från såväl kommunfinansierad som landstingsfinansierad verksamhet. För att uppnå målet krävs ledning, styrning och koordinering. Denna överenskommelse utgör ett verktyg för detta.

Överenskommelsen uttrycker parternas gemensamma mål, ansvar och viljeinriktning för samverkan. Överenskommelsen medverkar till att förtroendevalda och andra beslutsfattare kan skapa långsiktiga strukturer för samverkan, samarbete och samordning.

Begreppen samverkan, samarbete och samordning definieras enligt följande:

- samverkan ses som ett samlingsbegrepp för samordning och samarbete
- samarbete används för att beteckna mellanmännsliga relationer med och kring enskilda äldre
- samordning betecknar stödstrukturer för sådant samarbete, som till exempel övergripande (samordnings-) rutiner, ledningsgrupper och principiella frågor²



Bilden illustrerar att samarbets- och samordningsperspektiven samspelar och är beroende av varandra om samverkan ska bli långsiktig och framgångsrik².

För att samverkan ska kunna fungera behöver respektive part känna till både sitt eget och övriga huvudmäns ansvar.

¹Värdigt liv i äldreomsorgen, Regeringens proposition 2009/10:116

²Socialstyrelsen. (2008). Samverkan i re/habilitering: En vägledning, sidan 31.

3 Syfte med samverkan

Syftet med samverkan är att tillgodose den äldres behov av insatser från båda parter och att dessa samordnas. Den äldres perspektiv ska vara utgångspunkten.

4 Målgrupp

Målgruppen för samverkan är personer som är 65 år och äldre med behov av insatser från båda parter. Fortsättningsvis benämns målgruppen som äldre.

5 Gemensamma utgångspunkter

Överenskommelsen ska ge förutsättningar för att stärka samverkan mellan parterna. Den ska också tillgodose den äldres behov av god hälsa, vård och omsorg på lika villkor. Vården och omsorgen ska utformas och genomföras i samråd med den äldre³.

Den nationella värdegrundens mål för äldre ska beaktas, vilket innebär att äldre personer ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande⁴. Den äldre ska, så långt det är möjligt, vara med och utforma sin vård och omsorg som ska ges med respekt för den enskilda människans värdighet och rätt till självbestämmande. Vård och omsorg av äldre personer ska präglas av ett bemötande som uppmuntrar till delaktighet och ger en känsla av trygghet^{3,5}.

Multiprofessionellt teamarbete, där flera yrkeskategorier samarbetar utifrån den äldres behov, är många gånger en förutsättning för framgång när det gäller äldre med stora vård- och omsorgsbehov.

6 Övergripande mål för överenskommelsen

För att uppnå överenskommelsens intentioner och skapa en hållbar struktur för samverkan behöver flera områden utvecklas, förstärkas och förtydligas. En viktig utgångspunkt är att huvudmännen på samtliga nivåer ger förutsättningar för samverkan, förändring och utveckling. Förverkligandet av överenskommelsen kan endast ske genom att vardera part tar sitt eget ansvar men också ansvar för de gemensamma, samordnade insatserna.

Parterna ska vid varje samverkanstillfälle kring den äldre sträva efter att hitta bästa möjliga vård- och omsorgsinsats av god kvalitet och med hög patientsäkerhet. Insatser från parterna ska samordnas med syfte att skapa en kontinuitet för den äldre samt säkerställa dennes medverkan i vården och omsorgen.

Övergripande mål för överenskommelsen är:

- en sammanhållen och individanpassad vård och omsorg av god kvalitet
- en vård och omsorg som är trygg, säker och utan organisatoriska mellanrum
- en vård och omsorg som säkerställer den äldres delaktighet

Parterna formulerar målsättningar på länsnivå som delvis följs upp genom nationella indikatorer (Öppna jämförelser).

³ Patientlag (2014:821)

⁴ Socialtjänstlag (2001:453)

⁵ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

6.1 Hälsöfrämjande förhållningssätt och sjukdoms- förebyggande metoder
Vården och omsorgen ska präglas av ett hälsöfrämjande förhållningssätt. Genom ett evidensbaserat och strukturerat arbetssätt ska friskfaktorer identifieras för att stärka den enskildes egna resurser. Vid risk för ohälsa ska uppmuntran till levnadsvaneförändringar ske med stöd av sjukdomsförebyggande metoder. Information och stöd till anhöriga är viktigt.

6.2 Rehabilitering

Efter sjukdom är rehabilitering viktig för att den äldre ska återfå eller bibehålla samma funktionsnivå som innan skada/sjukdom. Information och stöd till anhöriga är viktigt.

6.3 Samordnad planering

6.3.1 Samordnad Individuell Plan (SIP)

SIP ska upprättas av parterna när den äldre bedöms vara i behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Även den äldre kan initiera en SIP. Planen ska upprättas tillsammans med den äldre och dennes närstående eller andra aktörer (till exempel stödperson), förutsatt att den äldre samtycker och det inte bedöms vara olämpligt. Insatserna ska samordnas i ett så tidigt skede som möjligt⁶.

6.3.2 Samordnad planering vid utskrivning (SPU)

Samordnad planering vid utskrivning avser en process som syftar till att tillsammans med den äldre och berörda parter planera behovet av fortsatt vård och omsorg efter slutenvård, därefter ansvarar respektive part för sin fortsatta planering. Planeringen kan leda till ett vårdplaneringsmöte på sjukhuset⁷ som antingen är fysiskt eller sker via telefon eller digitala verktyg.

6.4 Informationsöverföring och kommunikationsvägar

Parterna har ett gemensamt ansvar för att upprätthålla en säker informationsöverföring kring den äldre vid vårdens övergångar och då ansvaret för den äldres vård är delat. Det ska finnas en tydlig struktur för kommunikation mellan parterna i samverkans- och utvecklingsfrågor. När kommunikation sker kring den enskilde äldre används gemensamt överenskommet informationsöverföringssystem.

6.5 Kontinuitet

Äldre som har många kontakter i vården ska erbjudas en fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten ska:

- tillgodose den äldres behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- sträva efter att den äldre upplever en känsla av sammanhang
- hjälpa den äldre att samordna olika insatser på ett ändamålsenligt sätt och förmedla kontakter

Det är verksamhetschefen inom specialistsjukvården, primärvården eller den kommunala vården och omsorgen som ansvarar för att en fast vårdkontakt utses.

⁶ Samordnad individuell plan – samverkansdokument mellan Region Västmanland och kommunerna i Västmanlands län avseende samarbete och gemensam individuell planering mellan Region Västmanlands hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst

⁷ Informationsöverföring och samordnad vårdplanering, version 6

7 Struktur och ansvar för samverkan

Parterna ansvarar för att överenskommelser och rutiner är väl kända och efterlevs.

Nedan beskrivs hur samverkan organiseras i Västmanlands län.

7.1 Samverkan på länsnivå

7.1.1 Förtroendevalda

De politiska företrädarna för länets hälso- och sjukvård respektive socialtjänst har ansvar för att initiera och följa upp strategiska och länsgemensamma utvecklings- och samverkansfrågor.

7.1.2 Tjänstepersoner

På länsövergripande nivå finns Chefsforum som har i uppdrag att behandla gemensamma samverkansfrågor mellan kommunerna och Region Västmanland.

Chefsforums representanter ansvarar för:

- uppföljning av överenskommelserna och att rapportera till den politiska nivån
- arbetsformer och sammansättning av lokala ledningsgrupper för samverkan
- aktiviteter för att stärka samverkan mellan huvudmännen, till exempel gemensam kompetensutveckling
- att på länsövergripande nivå följa upp och analysera de brister som upptäcks i samarbetet
- att frågor som behöver delges och behandlas i den egna organisationen förs vidare dit
- utvecklingen inom området

7.2 Samverkan på lokal nivå

7.2.1 Lokala ledningsgrupper för samverkan

På lokal nivå ska det finnas en ledningsgrupp för samverkan bestående av representanter med beslutsmandat från kommunen och Region Västmanland. Hur lokal samverkan utformas i de olika länsdelarna överenskommets mellan Region Västmanland och enskild kommun eller grupp av kommuner. Ledningsgruppen ska mötas regelbundet, minst två gånger per halvår. Gruppen utser vem som ska vara ordförande samt hur minnesanteckningar ska skrivas och spridas. Socialchefen (eller den chef som socialchefen utser) är ansvarig för att vara sammankallande och ansvarar för att verksamhetsberättelse med utgångspunkt från den lokala handlingsplanen upprättas. Behovet av samverkan på lokal nivå gäller:

- lokal handlingsplan
- informationsskyldighet om planerade verksamhetsförändringar
- anordnande av gemensam kompetensutveckling
- uppföljning av handlingsplan för att se om det ger mätbara effekter för den äldre
- analys och åtgärd av de brister som upptäcks i samarbetet
- ge mandat och kunskap att arbeta i enlighet med handlingsplanen

Arbetet ska ske utifrån en god kännedom om målgruppens behov.

7.2.2 Lokal handlingsplan

Handlingsplan på lokal nivå ska innehålla en övergripande gemensam lokal planering mellan parterna kring samverkan för gruppen äldre. Dessa kan se olika ut i de olika länsdelarna. De prioriteras utifrån lokalt identifierade förbättringsområden och aktiviteterna kopplas till de lokala förutsättningarna. Den ska vara framtidsorienterad, resultatnriktad och stimulera metodutveckling för vård och omsorg för målgruppen. Handlingsplanens målformulering ska ha sin utgångspunkt i överenskommelsens övergripande mål och prioriteras utifrån de förbättringsområden som identifieras på lokal nivå.

Handlingsplanen ska:

- vara ett styrande dokument
- fastställa lokala mätbara indikatorer
- beskriva parternas aktiviteter för att uppnå fastställda mål
- innehålla tidsplan och ansvarsfördelning
- beskriva hur mätresultat ska följas upp, analyseras och utvärderas
- beskriva hur resultat ska användas i förbättringsarbetet

8 Delaktighet och inflytande för äldre och närstående

Delaktighet och inflytande i den egna vården och omsorgen har stor betydelse för den äldres livskvalitet och känsla av välbefinnande. Delaktighet och inflytande i verklig mening förutsätter tillgång till begriplig och individuellt anpassad information i varje enskilt fall. Det är en självklar rättighet för den äldre att känna sig delaktig och att kunna påverka sin egen vård och omsorg. Även närståendes delaktighet är en viktig resurs, förutsatt att den äldre har givit sitt samtycke.

8.1 Organisationer

För att stimulera inflytande på system- och verksamhetsnivå ska de lokala ledningsgrupperna för samverkan regelbundet införskaffa kunskap om målgruppen från regionala och lokala patient-, brukar- och anhängigorganisationer. Syftet är att den lokala handlingsplanen ska utformas utifrån intressen hos målgruppen och inte enbart innehålla bestämmelser av organisatorisk och ekonomisk karaktär.

9 Avvikelse

Den som uppfattat att det skett avvikelse från det man kommit överens om ska göra rapportering enligt respektive huvudmans rutin.

10 Tvister

Tvister mellan parterna som inte kan lösas på handläggare- eller behandlarnivå ska i första hand lösas mellan ansvariga chefer. Den som upplever att någon/några av parterna i samverkansarbetet kring äldre avviker från de rutiner som man fastställt för arbetet, ska aktualisera en avvikelserapportering enligt gängse rutiner.

Tvistefrågor som är av principiell karaktär och som inte kan lösas lokalt ska lyftas av cheferna till länets Chefsforum för beredning och förslag till åtgärd. Om tvist skulle uppkomma som inte kan lösas av Chefsforum lyfts frågan av regiondirektören till tjänstemannagruppen knuten till Strategiska Regional beredning där den slutligt avgörs.

I de fall parterna inte kan komma överens och det behövs längre tid att komma fram till hur problemet i samverkan ska lösas, förväntas de berörda parterna lösa ansvarsfördelningen interimistiskt utan dröjsmål så att den äldre och anhöriga får det stöd de har rätt till.

11 Uppföljning

De lokala ledningsgrupperna för samverkan ska årligen upprätta en redogörelse som utgår från de lokala handlingsplanerna. Den rapporteras till Chefsforum, som i sin tur rapporterar till Strategisk Regional beredning. Strategisk Regional beredning kan i sin tur utse politiskt forum som i sin tur får i uppdrag att följa upp hur samverkan, enligt intentionerna i denna överenskommelse, har bedrivits.

Den länsgemensamma överenskommelsens intentioner följs upp på länsnivå av Chefsforum senast före utgången av giltighetstiden.

12 Giltighetstid och uppsägning

Denna överenskommelse gäller från och med dag-månad-år till och med 31 mars 2018.

Vid uppföljning kan förändringar i lagstiftning, nya nationella riktlinjer med mera upptäckas, vilket kan innebära behov av revidering eller att kortare uppsägningstid än tre månader blir nödvändig. I annat fall gäller att uppsägning kan ske med sex månaders varsel.

Referenser

Hälsa- och sjukvårdslag (2017:30).

Informationsöverföring och samordnad vårdplanering, version 6.

Patientlag (2014:821).

Regeringens proposition 2009/10:116.

Samordnad individuell plan – samverkansdokument mellan Region Västmanland och kommunerna i Västmanlands län avseende samarbete och gemensam individuell planering mellan Region Västmanlands hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst.

Socialstyrelsen. (2008). Samverkan i re/habilitering: En vägledning.

Socialtjänstlag (2001:453).

