



Tjänsteutlåtande

Utfärdat 2021-11-04

Diarienummer 1218/21

Handläggare

Karin Magnusson, Karin Tidlund

Telefon: 031-3680580, 031-3680646

E-post: karin.magnusson@stadshuset.goteborg.se

E-post: karin.tidlund@stadshuset.goteborg.se

Remisser från VästKom om reviderat hälso- och sjukvårdsavtal samt länsgemensam strategi Färdplan för god och nära vård

Förslag till beslut

I kommunstyrelsen:

1. Förslag till reviderat hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser avstyrks. Yttrandet i enlighet med bilaga 4 till stadsledningskontorets tjänsteutlåtande, översänds till VästKom.
2. Förslag till Färdplan – länsgemensam strategi för God och nära vård avstyrks. Yttrandet i enlighet med bilaga 5 till stadsledningskontorets tjänsteutlåtande översänds till VästKom.

Sammanfattning

Västkom har 2021-10-01 översänt remisserna förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser samt Färdplan - länsgemensam strategi för God och nära vård, för yttrande senast 2021-12-31.

Västra Götalands 49 kommuner och Västra Götalandsregionen (VGR) har sedan 1999 reglerat samverkan och ansvarsfördelning för områden som båda huvudmännen har hälso- och sjukvårdsansvar för i ett Hälso- och sjukvårdsavtal. Revidering inför ny avtalsperiod har även omfattat andra avtal/överenskommelser som är lagreglerade för huvudmännen.

Stadsledningskontoret bedömer att remissförslaget på Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser bör avstyrkas. Stadsledningskontoret förordar förlängning av befintligt avtal i 24 månader. Inför ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal behövs ett utvecklat arbete som går i linje med omställningen till Nära vård samt ett ställningstagande till vilka vårdnivåer avtalet ska reglera. I ett avtal som reglerar alla vårdnivåer bör ansvarsfördelning mellan vårdnivåerna och samverkan tydliggöras.

Att inte det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget samt vilka vårdnivåer som kommunen har ansvar över och gränserna mellan kommunens och regionens uppdrag har beskrivits i remissversionen av förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal påverkar hur stadsledningskontorets syn på förslag på Färdplan. Stadsledningskontoret föreslår att kommunstyrelsen avstyrker remissförslaget avseende Färdplan.

Bedömning ur ekonomisk dimension

Den förändring av hälso- och sjukvårdssystemet som God och nära vård har som syfte är att hälso- och sjukvård i så stor utsträckning som möjligt ska bedrivas nära patienterna. Det innebär bland annat en förflyttning från vård på sjukhus till första linjens vård, det vill säga primärvård.

Primärvårdsuppdraget är ett ansvar för både regioner och kommuner. Från och med den 1 juli 2021 har primärvården en ny definition vilken är införd i hälso- och sjukvårdslag. Den nya definitionen innebär att primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner beskriver i vilka sammanhang som regionen överlåter skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet för patienter med behov av vård i hemmet över tid.

Stadsledningskontoret anser att det är viktigt att förändringen nära vård arbetas in i avtalet. Stadsledningskontoret kan konstatera att remissversionen inte ger önskade förtydliganden kring kommunens- respektive regionens primärvårdsansvar. Därtill finns en otydlighet i vilka situationer och hur kommunerna ska verka i den specialiserade vården.

Göteborgs Stad har yttrat sig över slutbetänkandet God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Beslut i kommunstyrelsen 2020-09-02 §709, dnr 1011/20. ”*Sammanfattningsvis ställde sig Göteborgs Stad positiva och ser reformen som helt nödvändig då den strävar efter anpassning till individens verkliga, komplexa behov som framför allt bör uppfyllas i deras närmiljö. Det är positivt att kommunernas roll i den nära vården i högre utsträckning än tidigare beskrivs och betonas, men Göteborgs Stad underströk behovet av stöd för att definiera ansvarsgränser mellan kommun och region gällande vad som definieras som primärvård respektive specialiserad vård. Göteborgs Stad konstaterar att reformen kommer att innebära ökade kostnader för kommunerna. Göteborg ansåg att det är bra att utredningen tydliggör att kommunens vårdnivå är primärvård. Göteborgs Stad betonade vikten av att insikten finns hos alla aktörer att de allra mest sjuka och komplexa patienterna inom primärvården är de patienter som får hälso- och sjukvård i hemmet, där personal från kommunen i de flesta fall finns med i arbetet. Kommunens insatser hos dessa patienter utförs inte bara av sjuksköterskor och annan legitimerad personal, utan även av undersköterskor, stödassistenter, personliga assistenter och vårdbiträden som utför både omvårdnadsinsatser och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser samt ibland komplexa egenvårdsåtgärder som handräckning. Göteborgs Stad skrev vidare i remissvaret att det finns en inneboende problematik i definitionen av vad som är primärvård. En definition som beskriver att primärvård är hälso- och sjukvård som inte behöver särskilda resurser eller kompetens lämnar stort utrymme för tolkningar. Den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunerna har de senaste åren krävt omfattande ökning av både kompetens och arbete med nya typer av utrustning i hemmen. Det nya förtydligandet av primärvårdens grunduppdrag är därför välkommet*”

Stadsledningskontoret har i tjänsteutlåtandet till yttrandet skrivit att utredningen inte har några faktiska förslag beträffande resursöverföring, men det framgår att en omfördelning av resurser från sjukhusvård till primärvård kommer att behövas. I utredningen konstateras att kunskapen om kommunernas kostnader är undermålig, men att

kommunerna idag står för omkring en fjärdedel av landets samlade hälso- och sjukvårdskostnader. Som det står i utredningen: *”Det är därför nödvändigt att varje region och kommun gör egna analyser av hur primärvården behöver förstärkas för att respektive huvudman ska kunna leva upp till de gemensamma lagbestämmelser som gäller för hela landet, och vilken resursomfördelning som behöver göras för att uppnå detta utifrån de egna förutsättningarna.”*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick 2020 i uppdrag att utvärdera omställningen till en God och nära vård. De har i delrapport 2021:8 kommit fram till följande slutsatser:

- Det finns få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse.
- Ur ett patientperspektiv finns ännu få tecken på att omställningen inneburit förbättringar.
- Ur ett systemperspektiv har omställningen bara lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion, men en kostnadsökning ses i kommunernas hälso- och sjukvård.
- Ur yrkesverksammas perspektiv kvarstår kända brister när det gäller arbetsbelastning, bemanning och tillgången till kompetens, i primärvården. En mängd aktiviteter pågår men omställningen tycks inte hittills lösa grundproblemen i primärvården. Hos patienter och yrkesverksamma finns ett brett stöd för omställningens mål och en stor efterfrågan på förbättringar.

Sammantaget bedömer stadsledningskontorets att föreliggande förslag till avtal med dess otviveligheter innebär höga risker för Göteborgs Stad utifrån ett ekonomiskt perspektiv.

Bedömning ur ekologisk dimension

Stadsledningskontoret inte har funnit några särskilda aspekter på frågan utifrån denna dimension.

Bedömning ur social dimension

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Jämlikhet i hälso- och sjukvården är en lagstadgad skyldighet för sjukvårdshuvudmännen. Vården ska ges efter behov, hålla en bra kvalitet och tillgängligheten ska vara god oavsett ålder, bostadsort, utbildning och ekonomiska förutsättningar. Den vård som erbjuds ska i möjligaste mån utformas med utgångspunkt från den enskilda patientens behov och önskemål. Vården ska vara jämlik för både kvinnor och män, flickor och pojkar, utrikes födda och inrikes födda oavsett ålder, funktionsnedsättning, sexuell läggning, könsidentitet, eller könsuttryck.

Kontinuiteten i relationerna mellan patienter och vårdens medarbetare, samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter, har stor betydelse för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Den vård och omsorg som främst avses i hälso- och sjukvårdsavtalet liksom i den läns-gemensamma strategin för God och nära vård, omfattar i hög utsträckning sköra grupper med större behov av stöd från samhället.

Stadsledningskontoret har förslagit i remissyttrandet att barnperspektivet ska beskrivas under huvudavtalet, med syfte att förstärka barnets bästa.

Samverkan

Information i CSG 2021-11-25

Bilagor

1. Remissversion Hälso- och sjukvårdsavtal
2. Remissversion Färdplan-länsgemensam strategi för God och nära vård
3. SRO:s svar avseende begäran om anstånd
4. Göteborg Stads svar på remissen Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser
5. Göteborg Stads svar på remissen Färdplan länsgemensam strategi för God och nära vård

Ärendet

Göteborgs Stad har 2021-10-01 erhållit remisserna förslag till reviderat Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelse samt Färdplan-länsgemensam strategi för God och nära vård för yttrande. Sista dagen för att lämna yttrandet är 2021-12-31.

Stadsledningskontoret har begärt förlängd svarstid till 2021-02-10 för remissen Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser. Anståndet har avslagits.

Beskrivning av ärendet

Det politiska samverkansorganet i Västra Götaland (SRO) beslutade 2021-09-24 att remittera förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser samt Färdplan - länsgemensam strategi för God och nära vård. Remisserna är skickade till berörda nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen och samtliga kommuner i Västra Götaland. Sista dag för att lämna yttrande är 2021-12-31.

Synpunkterna ska lämnas i särskilda webbformulär. Stadsledningskontorets förslag till synpunkter redovisas i bilagorna 10 och 11 till stadsledningskontoret tjänsteutlåtande.

Stadsledningskontoret begärde 2021-10-11 anstånd med att svara på remissen Hälso- och sjukvårdsavtal med överenskommelser till 2021-02-10. 2021-10-22 meddelade VästKom att anståndet inte beviljats, bilaga 3 till stadsledningskontorets tjänsteutlåtande.

Motiveringen är att tre månaders remisstid anses rimlig och att en förlängd remisstid skulle påverka den fortsatta processen negativt.

Stadsledningskontoret motivering till att begära anstånd med svarstiden är att det saknas viktiga underlag för att kunna ge ett fullständigt remissvar. Det har i revideringen av det länsgemensamma Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser uppmärksamats ett behov av att tydligare beskriva regionens och kommunernas primärvårdsuppdrag. En arbetsgrupp har fått uppdrag och resultatet kommer att beskrivas i en rapport som beräknas bli klar i november. Av missivet framgår att resultatet som presenteras i rapporten kan komma att påverka slutversionen av Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Vidare har Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) aviserat att de under senhösten kommer att publicera ett stödmaterial för kommuner och regioner avseende vad som kan vara bra att tänka på när regioner och kommuner i samverka ska ta fram avtal/överenskommelser för utförandet av den specialiserade vården i hemmet.

Ärendets beredning

Remisstiden har inte medgett underremittering till berörda nämnder.

Stadsledningskontoret har för ärendets beredning haft en arbetsgrupp bestående av representanter från äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen, förvaltningen för funktionsstöd och socialförvaltningarna Nordost och Sydvest.

När det gäller förslag till färdplan har stadsledningskontoret skickat den på förvaltningsremiss till äldre- samt vård och omsorgsförvaltningen, förvaltningen för funktionsstöd, socialförvaltningarna Nordost, Centrum, Sydvest och Hisingen, grundskoleförvaltningen samt utbildningsförvaltningen. Dessa svar utgör grund för arbetsgruppens beredning av remissvaret. Socialförvaltningarna Centrum och Hisingen har valt att inte besvara remissen.

Representanter från stadsledningskontoret och äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen har även deltagit i remissgrupp arrangerad av Göteborgsregionens kommunalförbund (GR) på uppdrag av dess socialchefsnätverk.

Stadsledningskontoret har deltagit i remisskonferens arrangerad av VästKom och Västra Götalandsregionen.

Omvärldsbevakning

Nära vård

Sverige står inför en omställning till det som benämns God och nära vård. Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) vidare beskriva hur en modern jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård kan utvecklas med fokus på primärvården. Utredningen har lämnat tre delbetänkanden och i april 2020 lämnade utredningen sitt slutbetänkande God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Göteborgs Stad yttrade sig över remissen KS 2020-09-02 §709 dnr 1011/20.

Omställningen till nära vård syftar till att flytta fokus från sjukhusvård till vård i den enskildes hem. Primärvården är basen och navet i vården och behöver samspela med den specialiserade vården, den kommunala omsorgen och socialtjänsten samt med andra intressenter som behövs utifrån patientens perspektiv. För att skapa en sådan mer sammanhållen vård och omsorg behöver samverkan stärkas mellan regioner och kommuner.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp, analysera och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regioner och kommuner utvecklas. Utgångspunkten är insatserna från regioner och kommuner inom överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen. De har hittills lämnat två delrapporter, PM 2021:1 Fast kontakt i primärvården och rapport 2021:8 Nära vård i sikte?

Primärvårdsuppdraget

Primärvårdsuppdraget är ett ansvar för både regioner och kommuner. Från och med den 1 juli 2021 har primärvården en ny definition vilken är inför i hälso- och sjukvårdslag. Den nya definitionen innebär att primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Samtidigt har det införts en bestämmelse om primärvårdens grunduppdrag (lag 2020:1043).

Beslutade förändringar och förslag

Flertalet nationella utredningar har initierats och slutrapporterats sedan beslutet togs om att revidera hälso- och sjukvårdsavtalet. Exempel är slutbetänkandet i samordnad God och nära vård, en sammanhållen God och nära vård för barn och unga, utredning om en ny socialtjänstlag, samsjuklighetsutredningen, äldreomsorgslag samt stärkt rätt till personlig assistans med mera. En del av dessa har lett till lagförändringar, bland annat den nya definitionen i HSL om primärvård och primärvårdens grunduppdrag. Andra lagförslag ligger under utredning och det råder en betydande osäkerhet i nuläget vad och

hur dessa kan komma att påverka framtida arbete inom kommun och samverkan mellan kommun och region.

Förslag till reviderat hälso- och sjukvårdsavtal

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

Hälso- och sjukvårdens och den medicinska, digitala och tekniska utvecklingen får som följd att den hälso- och sjukvård som ges i öppen vård och i hemmet förändras över tid. Den gemensamma politiska viljeinriktningen med Hälso- och sjukvårdsavtalet fokuserar på individens behov framför att söka skarpa gränser mellan huvudmännens ansvarsområden. Gränsdragning ner på detaljnivå i alla situationer skapar organisatoriska mellanrum som kan leda till att patienten inte får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda.

Revidering inför ny avtalsperiod har även omfattat andra avtal/överenskommelser som är lagreglerade för huvudmännen. Den reviderade upplagan har en ny struktur där Hälso- och sjukvårdsavtalet är huvudavtal och det tillhörande överenskommelser är bilagor. Avtalet delas in i tre delar, del A, B och C.

Del A. Avtalsområden som är gemensamma för Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna. Dessa texter är av generell och allmän karaktär. Del B och C ska läsas tillsammans med del A.

Del B. Hälso- och sjukvårdsavtalet som reglerar samverkan och ansvarsfördelning för de målgrupper som både kommun och VGR har hälso- och sjukvårdsansvar för.

Del C. De fyra lagstadgade överenskommelserna. Här finns de avtalstexter som är specifika för aktuellt samverkansområde/målgrupp såsom samverkansansvar och ansvarsfördelning.

Överenskommelserna är:

- Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland
- Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende
- Samverkan munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Nedan redovisas per del de revideringar som föreslås.

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

- Avtalstiden är förändrad från 3,5 år till 4,5 år.
- Möjligheten att förlänga avtalet har ändrats från 2 år till 3 år.
- Uppsägningstiden är förändrad från 12 månader till 18 månader.

Del B: Hälso- och sjukvårdsavtalet

- Utgångspunkten i det personcentrerade förhållningssättet är att bevara självständigheten och att patienten är medskapare i sin vård.
- Patientens fasta vårdkontakt ska utses där den huvudsakliga vården ges.
- Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ska tillsammans stärka patientens ställning.
- Förtydligat att ansvaret för rehabilitering ska följa hälso- och sjukvårdsavtalet.

- Kommunens möjlighet att bistå VGR i enskilda fall är utökad till att även omfatta dagtid helg, tidigare enbart kväll och natt.
- Förtydligat att Samordnad Individuell Plan är det dokument och verktyg som används i samverkan,
- Utvecklingsområden är flyttade till en bilaga till Färdplan - länsgemensam strategi för God och nära vård. Missiv Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser

Del C: Överenskommelser

Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunernas hälso- och sjukvård i Västra Götaland

- Överenskommelsen har ändrat namn från Ramavtal för läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård till Överenskommelse Läkarmedverkan inom kommunernas hälso- och sjukvård i Västra Götaland.
- Texten om läkarmedverkan i samverkan med kommunal hälso- och sjukvård, oavsett läkarens organisatoriska tillhörighet är förtydligad.
- Tydliggjort erbjudandet kring fast läkarkontakt.

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

- Efter utvärdering kvarstår betalningsmodellen som den är utformad i nuvarande överenskommelse.
- Texten om betalningsmodellen anpassas till att omfatta både somatik och psykiatri.

Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt missbruk och beroende

- Överenskommelsen har ändrat namn från Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk av alkohol, droger och spel om pengar till Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt missbruk och beroende.
- Tydliggöranden i texten gällande ansvarsfördelning och gemensamma ansvarsområden.
- Större fokus på individen och dess behov.
- Tyngdpunkt på SIP, gemensam planering och uppföljning.

Överenskommelse Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Ingår inte i remissyttrandet eftersom överenskommelsen är nyare och har inte reviderats utan har endast uppdaterats med länkar och hänvisningar.

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

Förslag till Färdplan-länsgemensam strategi för God och nära vård

Färdplanen är en övergripande länsgemensam strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg.

Syftet med en omställning till en God och nära vård är att främja hälsan hos befolkningen och utveckla vård och omsorg tillsammans, utifrån den enskildes behov. Omställningen ska också bidra till att utveckla samverkanskulturen och öka tilliten mellan huvudmännen. Färdplanen är en övergripande länsgemensam strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de

områden som gemensamt ska prioriteras att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en God och nära vård behöver öka fram till 2030.

Stadsledningskontorets bedömning

Förslag till reviderat hälso- och sjukvårdsavtal

Stadsledningskontoret bedömer att remissförslaget på reviderat Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser bör avstyrkas. Synpunkter per avsnitt framgår i bilaga 4 till stadsledningskontorets tjänsteutlåtande.

Stadsledningskontoret förordar förlängning av befintligt avtal i 24 månader. Inför ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal behövs ett utvecklat arbete som går i linje med omställningen till God och nära vård. I ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal behövs ett ställningstagande till vilka vårdnivåer avtalet ska reglera. Ska avtalet endast reglera primärvårdsnivån eller alla vårdnivåer? I ett avtal som reglerar alla vårdnivåer bör ansvarsfördelning mellan vårdnivåerna och samverkan tydliggöras.

Stadsledningskontoret konstaterar att God och nära vård är en reform som ritar om kartan för den svenska hälso- och sjukvården. Föreliggande avtal är ursprungligen från 1999 och har reviderats några gånger sedan dess. Föreliggande remissversionen är en sådan reviderad upplaga. Med utgångspunkt i samhällsutvecklingen och synpunkter som framförts från kommunerna i den enkätundersökning som på uppdrag av SRO genomfördes inför revideringen, är förhållandevis få justeringar föreslagna. Stadsledningskontoret synpunkter på förslaget är omfattande och stadsledningskontoret anser att det är svårt att se igenom hur ett färdigt förslag kan komma att se ut. Förslaget är inte tillräckligt tydligt när det gäller det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget samt vilka vårdnivåer som kommunen har ansvar över eller gränserna mellan kommunens och regionens uppdrag. Remissversionen av avtalet ger heller ingen tydlighet i hur regionen tänker verka på arenan vård i hemmet vilket skapar en osäkerhet kring samverkan och patientsäkerhet.

För Göteborgs Stads hälso- och sjukvårdsverksamheter är det väsentligt att det framgår av avtalet vad primärvårdsnivån för kommunen innebär och hur ansvaren fördelas per part. Att äldre samt vård- och omsorgsnämnden har en förväntan på det reviderade hälso- och sjukvårdsavtalet framgår i delårsrapport per augusti 2021 där de skriver. *”Revidering av hälso- och sjukvårdsavtalet pågår med det ett tydliggörande av det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget samt vilka vårdnivåer som kommunen har ansvar över och gränserna mellan kommunens och regionens uppdrag”*

Stadsledningskontoret kan konstatera att de delar som äldre samt vård- och omsorgsnämnden pekar på i delårsrapporten inte i tillräcklig omfattning finns omhändertagna i remissversionen av hälso- och sjukvårdsavtal.

Göteborgs Stad har yttrat sig över slutbetänkandet God och nära vård - en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Beslut i kommunstyrelsen 2020-09-02 §709, dnr 1011/20. *”Sammanfattningsvis ställde sig Göteborgs Stad positiva och ser reformen som helt nödvändig då den strävar efter anpassning till individens verkliga, komplexa behov som framför allt bör uppfyllas i deras närmiljö. Det är positivt att kommunernas roll i den nära vården i högre utsträckning än tidigare beskrivs och betonas, men Göteborgs Stad underströk behovet av stöd för att definiera ansvarsgränser*

mellan kommun och region gällande vad som definieras som primärvård respektive specialiserad vård. Göteborgs Stad konstaterar att reformen kommer att innebära ökade kostnader för kommunerna. Göteborg ansåg att det är bra att utredningen tydliggör att kommunens vårdnivå är primärvård. Göteborgs Stad betonade vikten av att insikten finns hos alla aktörer att de allra mest sjuka och komplexa patienterna inom primärvården är de patienter som får hälso- och sjukvård i hemmet, där personal från kommunen i de flesta fall finns med i arbetet. Kommunens insatser hos dessa patienter utförs inte bara av sjuksköterskor och annan legitimerad personal, utan även av undersköterskor, stödassistent, personliga assistenter och vårdbiträden som utför både omvårdnadsinsatser och delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser samt ibland komplexa egenvårdsåtgärder som handräckning. Göteborgs Stad skrev vidare i remissvaret att finns en inneboende problematik i definitionen av vad som är primärvård. En definition som beskriver att primärvård är hälso- och sjukvård som inte behöver särskilda resurser eller kompetens lämnar stort utrymme för tolkningar. Den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunerna har de senaste åren krävt omfattande ökning av både kompetens och arbete med nya typer av utrustning i hemmen. Det nya förtydligandet av primärvårdens grunduppdrag är därför välkommet”

Stadsledningskontoret har i tjänsteutlåtandet till samma remissvar konstaterat att förändringen kommer att ställa stora krav på hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen och länets kommuner. Avtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunerna och regionen har ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar och beskriver i vilka sammanhang som regionen överlåter skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet till patienter med behov av vård i hemmet över tid. Vidare skriver stadsledningskontoret att utredningen inte har några faktiska förslag beträffande resursöverföring, men det framgår att en omfördelning av resurser från sjukhusvård till primärvård kommer att behövas. I utredningen konstateras att kunskapen om kommunernas kostnader är undermålig, men att kommunerna idag står för omkring en fjärdedel av landets samlade hälso- och sjukvårdskostnader. Som det står i utredningen: *”Det är därför nödvändigt att varje region och kommun gör egna analyser av hur primärvården behöver förstärkas för att respektive huvudman ska kunna leva upp till de gemensamma lagbestämmelser som gäller för hela landet, och vilken resursomfördelning som behöver göras för att uppnå detta utifrån de egna förutsättningarna.”*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick 2020 i uppdrag att utvärdera omställningen till en God och nära vård. De har i delrapport 2021:8 kommit fram till följande slutsatser:

- Det finns få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse.
- Ur ett patientperspektiv finns ännu få tecken på att omställningen inneburit förbättringar.
- Ur ett systemperspektiv har omställningen bara lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion, men en kostnadsökning ses i kommunernas hälso- och sjukvård.
- Ur yrkesverksammas perspektiv kvarstår kända brister när det gäller arbetsbelastning, bemanning och tillgången till kompetens, i primärvården. En mängd aktiviteter pågår men omställningen tycks inte hittills lösa grundproblemen i primärvården. Hos

patienter och yrkesverksamma finns ett brett stöd för omställningens mål och en stor efterfrågan på förbättringar.

Förslag till Färdplan-länsgemensam strategi för God och nära vård

Stadsledningskontoret är positiv till att en länsgemensam strategi för en God och nära vård definieras i en Färdplan. Att inte det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget samt vilka vårdnivåer som kommunen har ansvar över och gränserna mellan kommunens och regionens uppdrag har beskrivits i remissversionen av förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal påverkar stadsledningskontorets syn på förslag på Färdplan.

Stadsledningskontoret lämnar många synpunkter på remissversionen förslag till Färdplan för God och nära vård, vilket innebär att det är svårt att se igenom hur den kommer se ut slutgiltigt.

Stadsledningskontoret föreslår av ovan anledning att kommunstyrelsen avstyrker remissförslaget. Synpunkter på Färdplanen framgår i bilaga 5 till stadsledningskontorets tjänsteutlåtande.

I remissversionen av Färdplanen står att ”Mobil närvård bygger på att kommunen står för basverksamheten och dygnet runt-funktionen samt arbetar tätt tillsammans med specialistteam och hemsjukvårdsläkare”. Stadsledningskontoret anser att denna skrivning är problematisk, den kommunala hälso- och sjukvården kan inte ensamt stå för basverksamhet och dygnet-runt-funktion enligt färdplanens beskrivning. Denna skrivning kan komma att få stora konsekvenser för kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stadsledningskontoret anser att färdplanen behöver tydliggöra roller och ansvar för utvecklingen av mobila vårdteam över organisationsgränser. Äldre- samt vård och omsorgsnämnden har erfårit flera allvarliga avvikelser kopplat till mobila vårdteam på grund av oklara ansvarsförhållanden mellan huvudmännen. Läkaransvaret och möjlighet till hembesök av läkare under hela dygnet behöver klargöras i överenskommelser och avtal.

Jonas Kinnander

Eva Hessman

Direktör Ärende och utredning

Stadsdirektör

A light blue map of the Västra Götaland region in Sweden, showing the outlines of its 49 municipalities. The map is positioned in the upper half of the page.

REMISSVERSION

AVTAL

Hälso- och sjukvårdsavtal

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

Bilagor:

Överenskommelse Läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

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

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

Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

➔ Avtal

Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Läsanvisningar

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

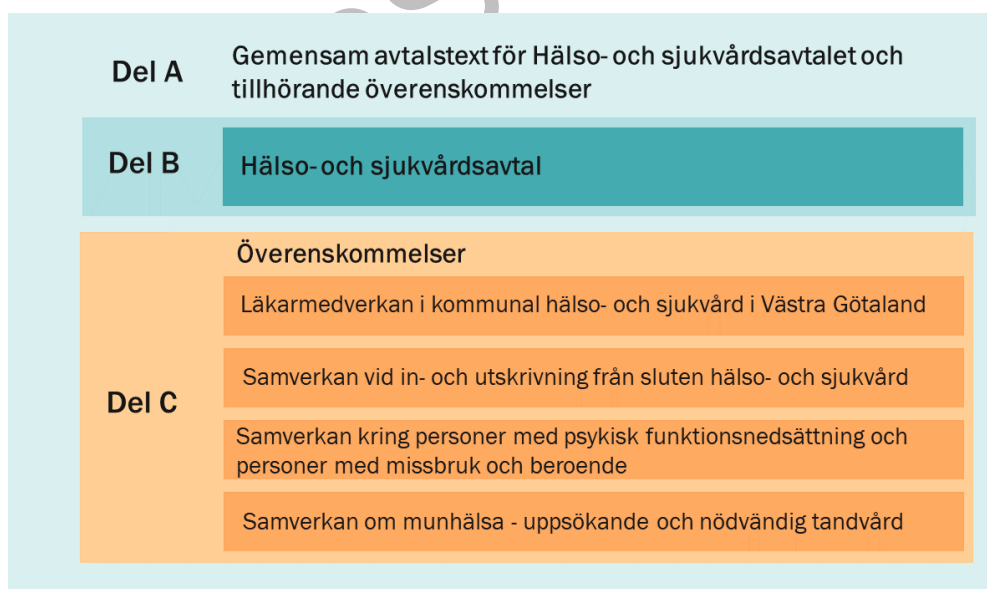
- Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser
- Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet
- Del C, Överenskommelser

Del A innehåller avtalstext som är gemensam för alla överenskommelser och Hälso- och sjukvårdsavtalet. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

Del B innehåller Hälso- och sjukvårdsavtalet som reglerar samverkan och ansvarsfördelning för de målgrupper som både kommun och Västra Götalandsregionen (VGR) har hälso- och sjukvårdsansvar för. Kompletta avtalet består av **del B tillsammans med del A**.

Del C innehåller de fyra tillhörande överenskommelserna. Här finns de avtalstexter som är specifika för aktuellt samverkansområde/målgrupp såsom samverkansansvar och ansvarsfördelning. Kompletta överenskommelser består av **del C tillsammans med del A**.

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



Innehåll

Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och

tillhörande överenskommelser	I
A.1 Inledning	1
A.2 Syfte	2
A.3 Värdegrund	2
A.4 Personcentrerat förhållningssätt	3
A.5 Samordnad Individuell Plan, SIP	3
A.6 Bästa tillgängliga kunskap	3
A.7 Avtalsparter	3
A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad	3
A.9 Avtalstid	4
A.10 Ändringar och tillägg till avtalet	4
A.11 Gemensam samverkansstruktur	4
A.12 Digitalisering och e-hälsa	5
A.13 Uppföljning	5
A.14 Avvikelse	5
A.15 Oenighet om tolkning av avtal	6

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

B.1 Lagstiftning	1
B.2 Gemensamt ansvar och samverkan	2
B.3 Parternas ansvar	3
B.4 Informationsöverföring, planering och SIP	4
B.5 Rehabilitering och habilitering	5
B.6 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård	5
B.7 Vårdhygien	5
B.8 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd	5
B.9 Förvaring och transport av avliden	5
B.10 Läkemedel	6
B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö	6
B.12 Personligt förskrivna hjälpmedel	7
B.13 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter	7
B.14 Oreglerade medicintekniska produkter	8
B.15 Tjänsteköp	8
B.16 Gemensamma utvecklingsområden	8

Del C, Överenskommelser

Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

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

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

Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

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

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

A.1 Inledning

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

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

Hälso- och sjukvårdens och den medicinska, digitala och tekniska utvecklingen får som följd att den hälso- och sjukvård som ges i öppen vård och i hemmet förändras över tid.

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

Det politiska samrådsorganet (SRO) gav ett tydligt medskick inför

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

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

Parallellt med revideringen av Hälso- och sjukvårdsavtalet har en "Färdplan - läns-gemensam strategi för god och nära vård"* tagits fram. Färdplanen

innehåller de områden som huvudmännen gemensamt prioriterat att kraftsamla kring för att tillsammans utveckla hälsa, vård och omsorg i Västra Götaland fram till 2030.

*** L Ä S M E R**

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

A.2 Syfte

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

A.3 Värdegrund

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

Samarbetet mellan parterna ska kännetecknas av...

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

Parternas gemensamma åtagande innebär att...

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

A.4 Personcentrerat förhållningssätt

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

Det är viktigt att utgå från den enskildes egna resurser och målsättningar med insatserna. Verksamheterna ska underlätta och motivera den enskilde och/eller närstående att vara delaktiga kring beslut som rör den egna personen.

A.5 Samordnad Individuell Plan, SIP

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som innebär att huvudmännen tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser från båda huvudmännen. Planen ska upprättas om kommunen eller VGR bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

I Västra Götaland har VGR och kommunerna fastställt gemensamma riktlinjer för samordnad individuell plan (SIP). Initiativ till SIP kan även tas av den enskilde eller närstående.

A.6 Bästa tillgängliga kunskap

Vården och insatserna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap. Nationella vård- och insatsprogrammen berör båda huvudmännens ansvar och målet är att insatser ska vara kunskapsbaserade, jämlika, resurseffektiva samt av hög kvalitet. Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Västra Götalands länsgemensamma styrdokument är stöd för huvudmännen vid prioriteringar och ger vägledning om vilka insatser som i första hand ska erbjudas för personer som omfattas.

A.7 Avtalsparter

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

A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad

Detta avtal, fortsättningsvis kallat Hälso- och sjukvårdsavtalet, är ett huvudavtal för hälso- och sjukvård som kompletterats med lagstadgade

överenskommelser som bilagor. Bilagornas giltighet är direkt kopplat till huvudavtalets giltighet.

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

Avtalet omfattar även samverkan mellan VGR:s hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst.

Varje överenskommelse är direkt underställd Hälso- och sjukvårdsavtalet dvs. ingen rangordning mellan dem.

A.9 Avtalstid

Avtalet gäller under perioden 2022-xx-xx – 2026-12-31. Senast arton månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med tre år i taget med arton månaders uppsägningstid.

A.10 Ändringar och tillägg till avtalet

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

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

A.11 Gemensam samverkansstruktur

Inom Västra Götaland finns en utvecklad samverkan mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. En gemensam samverkansstruktur med politiskt samrådsorgan, SRO, och ledningsgrupp med tjänstepersoner på länsnivå, Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG, delregionala samverkansorgan samt lokala samverkansgrupper.

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

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

A.12 Digitalisering och e-hälsa

Gemensamma IT- tjänster

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

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

Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM

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

2017 tecknade parterna en avsiktsförklaring om Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM, ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen, VGR, privata vårdgivare och länets 49 kommuner. Samverkan om FVM regleras i avtal. Förutom att flera IT-stöd kommer ersättas innebär FVM att administrativa processer, standardisering och gemensamma arbetssätt ska utvecklas i samverkan.

A.13 Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för Hälso-och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser (bilagor) följs upp. VVG ansvarar för uppföljningsplan för löpande uppföljning.

A.14 Avvikelse

Den läns-gemensamma rutinen för avvikelshantering i samverkan* har tagits fram för att säkerställa att kontinuerlig analys av avvikelser sammanställs och används för ett systematiskt förbättringsarbete, kunskapsutveckling och lärande i samverkan på alla nivåer.

Avvikelse-erna ska hanteras skyndsamt och svar ges till rapportören så snart händelsen är analyserad och plan för åtgärd finns. Avvikelse-er i samverkan ska ge underlag för förbättringsarbete och beaktas i patientsäkerhetsarbete.

* L Ä S M E R

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

A.15 Oenighet om tolkning av avtal

Oenighet om tolkning eller tillämpning av Hälso- och sjukvårdsavtalet eller överenskommelser ska i första hand lösas lokalt och i andra hand delregionalt inom vårdsamverkan. I de fall oenighet inte kunnat lösas på lokal eller delregional nivå kan frågan lyftas till länsnivå enligt gemensam riktlinje “Hantering av oenighet på regional nivå - Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG)”*.

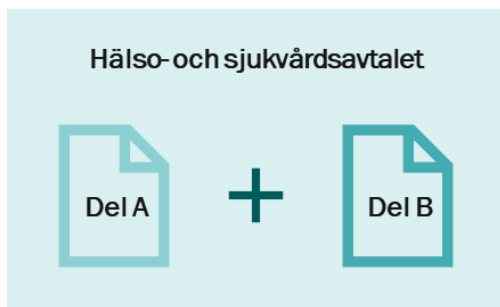
* L Ä S M E R

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

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

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

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



B.1 Lagstiftning

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

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

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL.
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS.
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet sedan regionbildningen 1999, avtal enligt möjligheten i 12 kap. 2 § HSL (2017:30).

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

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

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

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

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

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

B.2 Gemensamt ansvar och samverkan

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

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

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

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

Ordinatören har vård- och behandlingsansvar där också uppföljning, utvärdering och ekonomiskt ansvar ingår.

Patientens fasta vårdkontakt ska utses där den huvudsakliga vården ges och ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose det behovet.

Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ska tillsammans stärka patientens ställning.

B.3 Parternas ansvar

Regionens ansvar

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

Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar:

- Patienter som utan större svårigheter kan besöka VGRs mottagningar och tillgodogöra sig insatsen. I ansvaret ingår hälso- och sjukvård där patienten vistas, då insatserna är av tillfällig karaktär.
- Läkarinsatser i hemmet för patienter som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården enligt avtal mellan parterna, se *Överenskommelse Läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland*.
- Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser inom specialist- samt primärvård.
- Handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal i vård, omsorg, rehabilitering samt i hantering av medicintekniska produkter.
- Specialistvård till patienter inom kommunal hälso- och sjukvård enligt gällande medicinska riktlinjer, eller enligt upprättad plan eller SIP.

Kommunens ansvar

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

Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar:

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

- Patienter med behov av hälso- och sjukvårdsinsatser över tid, oavsett ålder eller diagnos, som kan ges med bibehållen patientsäkerhet i patientens hem.
- Patienter som enligt ovanstående punkter har behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet kan samtidigt få vissa hälso- och sjukvårdsinsatser utförda på mottagning baserat på upprättad plan eller SIP.
- Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser.

Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar även:

- Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och nattetid för patienter som normalt besöker Västra Götalandsregionens vårdcentraler.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutenvården som inte kan ta sig till mottagning. Det gäller endast under förutsättning att en dialog skett i samförstånd och nödvändig informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna.

B.4 Informationsöverföring, planering och SIP

Om den enskilde har behov av kommunal hälso- och sjukvård i hemmet, förutsätter det att en dialog förs där parterna är överens om ansvarsfördelning samt att nödvändigt informationsutbyte sker. Den enskilde ska vara delaktig och medskapare till sin vård och behandling.

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

Samordnad individuell plan, SIP* ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsvariation eller behov och är den enskildes plan. Erbjudande om SIP gäller när behov av gemensam planering uppstår av insatser mellan kommun och VGR samt vid utskrivning från sjukhus. SIP är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och VGR samt andra aktörer.

*** L Ä S M E R**

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

B.5 Rehabilitering och habilitering

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

Länsgemensamma överenskommelser, rutiner som beskriver samverkan och ansvarsfördelning. (Länk så snart dessa är klara)

B.6 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård

Egenvård är en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv eller med hjälp av någon annan kan utföra och ansvara för. I enlighet med lagar och föreskrifter ska länsgemensamma riktlinjer ge stöd för tillämpningen*.

* L Ä S M E R

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

B.7 Vårdhygien

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

B.8 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

Hälso- och sjukvård till asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (även kallade papperslösa) är VGR:s ansvar. För dessa personer har kommunen inget hälso- och sjukvårdsansvar, detta gäller även patienter med behov av sjukvård i boendet/hemmet. Det är möjligt att erbjuda kommunal hälso- och sjukvård i hemmet om kommunens och VGR:s verksamhetsföreträdare är överens om detta. Länsgemensam rutin är under framtagande.

B.9 Förvaring och transport av avliden

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

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

*** L Ä S M E R**

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

B.10 Läkemedel

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

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

Akutläkemedelsförråd

VGR tillhandahåller akutläkemedelsförråd avsedda för patienter med kommunal hälso- och sjukvård. Akutläkemedelsförråd och dess sortiment beslutas av VGR.

Läkemedlen i förrådet kan användas för akut ordination eller för att behandla under en begränsad tidsperiod (t ex antibiotikakur). VGR ansvarar för läkemedelskostnaderna och kontrollen av de kommunala akutläkemedelsförråden. Kommunen har kostnadsansvaret för transporten av läkemedel till förråden.

Öppenvårdsdos

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

B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö

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

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

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

B.12 Personligt förskrivna hjälpmedel

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

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

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

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

* L Ä S M E R

[Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)

B.13 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter

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

* L Ä S M E R

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

B.14 Oreglerade medicintekniska produkter

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

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

B.15 Tjänsteköp

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

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

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

B.16 Gemensamma utvecklingsområden

De läns gemensamma utvecklingsområden som identifierats i samband med revideringen överlämnas för omhändertagande i den gemensamma färdplanen.

Färdplan - Läns gemensam strategi för god och nära vård* ska stärka och främja samverkan och samarbetet i omställningen till en god och nära vård.

* L Ä S M E R

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



REMISSVERSION

ÖVERENSKOMMELSE

Överenskommelse om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Innehåll

Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland	2
1. Inledning	2
2. Målgrupp.....	2
3. Syfte	3
4. Gemensamt ansvar	3
5. Parternas ansvar.....	3
5.1 Regionens ansvar.....	3
Läkarens patientansvar	4
Vårdcentralens särskilda ansvar	4
5.2 Kommunens ansvar	4
6. Uppföljning.....	5

Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar Västra Götalandsregionens läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser**. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



1. Inledning

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

Beslut om kommunal hälso- och sjukvård förutsätter att en planering genomförs där parterna är överens om ansvarsfördelning samt där nödvändigt informationsutbyte sker enligt gällande rutin.

2. Målgrupp

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

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL.
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS.
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet sedan regionbildningen 1999, avtal enligt möjligheten i 12 kap. 2 § HSL (2017:30).

3. Syfte

Att reglera samverkansformerna för läkarmedverkan oberoende av läkarens organisatoriska tillhörighet.

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

4. Gemensamt ansvar

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

Genom att:

- arbeta proaktivt där patienten och närstående är medskapare i sin samordnade individuella planering som är hållbar dygnets alla timmar.
- säkra informationsöverföringen mellan alla verksamheter.
- planera för en stabil personalkontinuitet med erforderlig bemanning och kompetens för att uppfylla en god och säker hälso- och sjukvård.
- utbyta information vid personal- eller organisationsförändringar som kan påverka det lokala samarbetet.
- Samverkansformer ska avtalas lokalt, bland annat genom Närområdesplan.

5. Parternas ansvar

5.1 Regionens ansvar

Läkarens patientansvar

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

- att erbjuda fast läkarkontakt enligt patientlagen (2014:821) 6 kap 3§ för att öka tryggheten för patienten.
- att utföra medicinska bedömningar, utredningar och behandlingsinsatser planerat och oplanerat för vård, dygnet runt.
- att utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp patientens individuella plan.
- att tillgodose behovet av palliativa insatser och brytpunktssamtal vid vård i livets slutskede.
- att ge medicinsk konsultation till kommunens legitimerade personal.
- att genomföra läkemedelsgenomgång och upprätta läkemedelsberättelse enligt Regional medicinsk riktlinje, RMR.

Vårdcentralens särskilda ansvar

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

5.2 Kommunens ansvar

- Legitimerad personal utreder, sammanställer, bedömer, planerar och informerar ansvarig läkare kontinuerligt och vid förändringar i patientens hälsotillstånd.
- Utföra läkarordinationer samt utvärdera och återrapportera resultat.
- Tillgodose behovet av palliativa insatser vid vård i livets slutskede.
- Utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp den individuella planen.
- Meddela aktuella mottagningar vid in- och utskrivning i kommunal hälso- och sjukvård.

6. Uppföljning

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Uppföljning ska ske årligen av Närområdesplan* med bilaga vilket är underlag till uppföljning av lokal samverkan.

*** L Ä S M E R**

[Närområdesplan - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](https://vgregion.se/vardgivarwebben)

REMISSVERSIO



REMISSVERSION

ÖVERENSKOMMELSE

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

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Innehåll

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

REMISSVERSION

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

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser**. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



1. Inledning

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet att samverka, lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, som gäller både kring målgrupper och på individnivå.

2. Målgrupp

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

3. Syfte

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

4. Gemensamt ansvar

Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland är överens om att den enskilde 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 utskrivningsklara ska minska.

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

Parterna ska säkerställa att berörda verksamheter:

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

Om en kommun får återkommande betalningsansvar ska en gemensam åtgärdsplan på kommun- eller stadsområdesnivå tas fram. Åtgärdsplanen är ett gemensamt ansvar och berörda verksamheter kan ta initiativ till en sådan.

5. Kommunens betalningsansvar

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

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

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

5.2 Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret

- Kommunens betalningsansvar inträder om man har ett genomsnitt över 3,0 kalenderdagar under en kalendermånad.
- En kommun betalar retroaktivt för mellanskillnaden mellan genomsnittligt antal kalenderdagar och 3,0 (mellanskillnaden * Antal utskrivna personer som omfattas av denna överenskommelse * Fastställt belopp).
- Genomsnittet summeras efter varje månad.
- För 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 vårddygn i den slutna vården.

6. Uppföljning

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser. Framtagna gemensamma mål och indikatorer ska följas och sammanställas regelbundet på läns- och regiongemensam nivå*.

* L Ä S M E R

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

A stylized map of the West of Sweden region, showing the outlines of the 49 municipalities. The map is rendered in shades of orange and white, with the landmasses in orange and the water bodies in white. The title 'REMISSVERSION' is overlaid on the map in red capital letters.

REMISSVERSION

ÖVERENSKOMMELSE

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

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Innehåll

Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende	2
1. Inledning	2
2. Målgrupper	2
3. Lagstiftning	3
3.1 Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning	3
3.2 Samarbete kring personer med missbruk	3
3.3 Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.....	3
3.5 Barnkonventionen.....	3
4. Syfte	4
5. Gemensamt ansvar och samverkan.....	4
5.1 Brukarinflytande.....	4
5.2 Bästa tillgängliga kunskap.....	5
5.3 Informationsöverföring, planering och SIP	5
6. Parternas ansvar.....	6
6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning.....	6
6.2 Personer med missbruk och beroende	7
6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård).....	9
6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård.....	12
7. Uppföljning	13

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

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar samverkan mellan Västra Götalandsregionens och kommunerna kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende.

För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser**. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



1. Inledning

Överenskommelsen ska stärka samverkan mellan kommun och VGR för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling för målgrupperna. Det är av särskild vikt att beakta barnens bästa.

2. Målgrupper

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

3. Lagstiftning

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

3.1 Samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning

Region och kommun är genom likalydande bestämmelser i 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och 5 kap. 8 a § socialtjänstlagen, SoL, skyldiga att ingå en överenskommelse om samarbete när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning.

3.2 Samarbete kring personer med missbruk

Region och kommun är genom likalydande bestämmelser i 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9 a § SoL även skyldiga att ingå en överenskommelse gällande samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

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

Den 1 januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft. Syftet är att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg.

Den nya lagen ersatte den tidigare betalningsansvarslagen. Sedan 1 januari 2019 omfattas även psykiatri av den nya lagstiftningen.

3.4 Samarbete vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

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

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

3.5 Barnkonventionen

Sedan den 1 januari 2020 gäller barnkonventionen som svensk lag. Att barnkonventionen fått ställning som svensk lag innebär ett förtydligande av att domstolar och rättstillämpare ska beakta de rättigheter som följer av barnkonventionen. Barnets rättigheter ska beaktas vid avvägningar och bedömningar som görs i beslutsprocesser i mål och ärenden som rör barn. Lagen bidrar till att synliggöra barnets rättigheter och är ett sätt att skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet.

4. Syfte

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

Den enskilde ska få vård, stöd och insatser som är samordnade mellan kommunens och VGRs verksamheter och upplevs som en välfungerande helhet. Individen ska inte hamna mellan huvudmännens olika ansvarsområden och därför inte få den hjälp som hen behöver.

5. Gemensamt ansvar och samverkan

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

Parterna ska gemensamt ansvara för att:

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

5.1 Brukarinflytande

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

5.2 Bästa tillgängliga kunskap

Vården och insatserna ska bygga på bästa tillgängliga kunskap.

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliktande tillstånd och nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende är viktiga exempel på detta.

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

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

5.3 Informationsöverföring, planering och SIP

Om den enskilde har behov av kommunal hälso- och sjukvård i hemmet, förutsätter det att en dialog förs där parterna är överens om ansvarsfördelning samt att nödvändigt informationsutbyte sker. Den enskilde ska vara delaktig och medskapare till sin vård och behandling.

Vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård ska överenskommelse, riktlinje och rutin tillämpas. Ingående parter ska använda det gemensamma IT-stödet där informationsdelning sker.

Samordnad individuell plan, SIP, ska erbjudas alla oavsett ålder, diagnos, funktionsvariation eller behov och är den enskildes plan. Erbjudande om SIP gäller när behov av gemensam planering uppstår av insatser mellan kommun och VGR samt vid utskrivning från sjukhus. Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola och elevhälsa ställs det stora krav på samordning. SIP är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och VGR samt andra aktörer. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet.

6. Parternas ansvar

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

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

6.1 Personer med psykisk funktionsnedsättning

Målgruppen Personer med psykisk funktionsnedsättning består av personer, oavsett ålder, med psykisk funktionsnedsättning som har svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden. Dessa svårigheter kan bestå av funktionshinder, det vill säga begränsningar som uppstår i relation mellan en person med en funktionsnedsättning och brister i omgivningen, eller vara direkt effekt av funktionsnedsättningen. Det kan handla om exempelvis lindring/medelsvår depression, akut stressyndrom eller anpassningsstörning. Svårigheterna kan ha funnits över tid, ibland sedan födseln. För vissa personer är funktionsnedsättningen varaktig och livslång.

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

Regionens ansvar

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

Kommunens ansvar

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens verksamheter.
- Initiera och påtala de behov av stöd från samhället som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- När behov finns, tillhandahålla boende och stöd i hemmet så att personen får möjlighet att bo på ett sätt som är anpassat efter hens behov.
- Erbjuder meningsfull sysselsättning och/eller stöd till att arbeta eller studera.
- Tillhandahålla elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser utifrån elevens skolsituation.

6.2 Personer med missbruk och beroende

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

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

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

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

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

Regionens ansvar

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

Kommunens ansvar

- Bedriva uppsökande arbete och upplysa om kommunens insatser och verksamheter.
- Initiera och påtala de behov av stöd som identifierats för personen i den uppsökande verksamheten.
- Utredda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- Erbjud stöd till boende och sysselsättning.
Arbeta med återfallsprevention.
- Ge motiverande och familjeorienterade insatser.
- Tillhandahålla elevhälsa som omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser utifrån elevens skolsituation.
- Ge stöd till barn som har en förälder eller annan närstående med missbruks- och beroendeproblem.
- Erbjud stöd till anhöriga och närstående.
- Medverka vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk.

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

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

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

Skiljelinjen mellan huvudmännens ansvar i lagstiftning är inte alltid tydlig. I realiteten har många personer behov och svårigheter inom flera livsområden. Ofta besvärar personer med psykisk funktionsnedsättning och missbruk även av somatisk ohälsa och psykosocial problematik. Insatserna ska präglas av ett helhetsperspektiv och av att flera insatser kan göras samtidigt. Behovet kan därmed omfatta ett brett spektrum av vård och stödinsatser, som faller inom både det sociala och det medicinska området.

Gemensamt ansvar

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

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

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

Regionens respektive kommunens ansvar

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

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

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

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

Gemensam planering

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

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

Vid placering ska särskilt beskrivas:

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

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

Överenskommelse om kostnadsansvar

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

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

I den skriftliga kostnadsfördelningen ska det framgå:

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

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

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

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

Uppföljning av placering

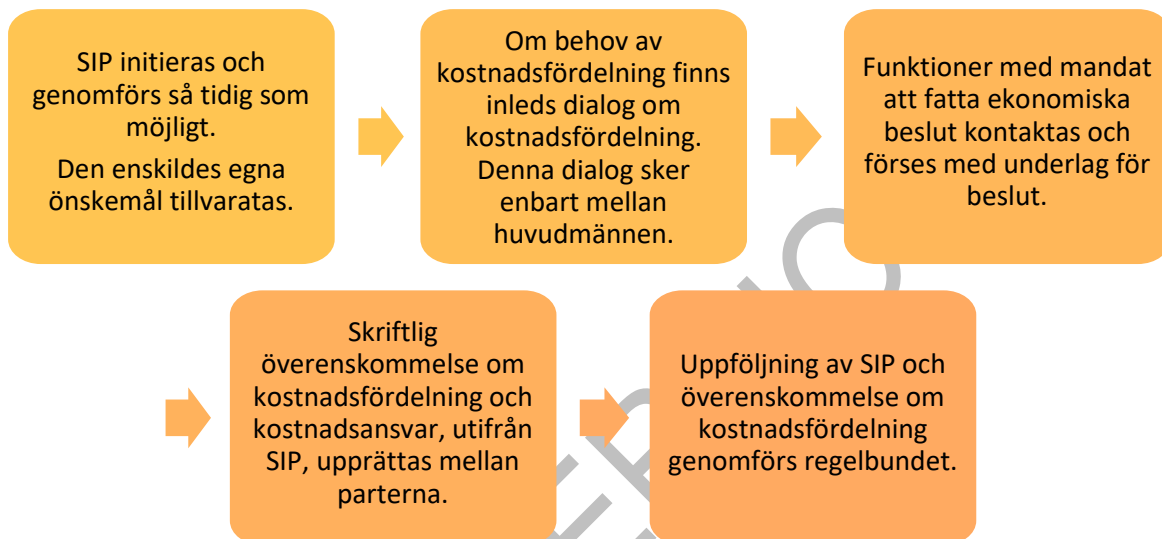
Uppföljning av den enskildes placering ska ske gemensamt och regelbundet av huvudmännens berörda verksamheter.

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

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

Process för gemensamma aktiviteter för planering och uppföljning vid placering

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



6.4 Personer i psykiatrisk tvångsvård

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

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

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

Regionens ansvar

- Utföra behandling i slutenvård enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård,
- LPT, och Lag om rättspsykiatrisk vård, LRV.
- Besluta om permission från sluten tvångsvård.

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

Kommunens ansvar

- Att medverka vid samordnad vårdplanering inför utskrivning från slutenvård och vid upprättande av Samordnad vårdplan.
- Insatser enligt SoL och LSS vid permission från slutenvård.
- Insatser enligt SoL och LSS vid öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk tvångsvård.
- Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen.

7. Uppföljning

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser.



REMISSVERSION

ÖVERENSKOMMELSE

Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet

Upprättat mellan länets 49 kommuner och region Västra Götaland. Reglerar
samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård

Avtal

→ Överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Innehåll

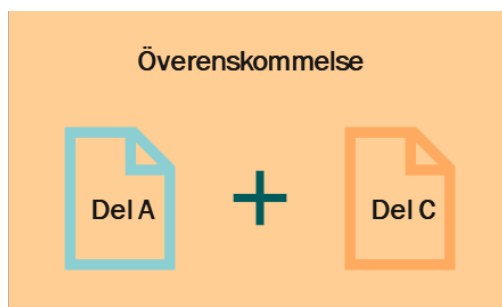
Del C, Överenskommelse Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.....	1
1. Inledning	1
2. Målgrupp.....	2
3. Syfte	2
4. Gemensamt ansvar	2
5. Parternas ansvar	3
5.1 Västra Götalandsregionens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.....	3
6. Uppföljning och utvärdering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

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

Denna överenskommelse är en bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet och omfattar samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

För att få överenskommelsen i sin helhet behöver du läsa den **tillsammans med Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser**. Dessa texter är av generell och allmän karaktär.

I denna överenskommelse finns avtalstexter som är specifika för samverkansområdet.



1. Inledning

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

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

Överenskommelsen omfattar en gemensam planeringsprocess.

2. Målgrupp

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

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

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

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

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

3. Syfte

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

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

4. Gemensamt ansvar

Parternas gemensamma åtagande innebär att

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

5. Parternas ansvar

5.1 Västra Götalandsregionens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

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

Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

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

Munhälsobedömning

- VGR ansvarar för att tandvårdsleverantören tillhandahåller utbildning för personal inom vård och omsorg.

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

Avvikelser

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

* L Ä S M E R

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

5.2 Kommunens ansvar för munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

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

Utfärda intyg om N-tandvård och erbjuda munhälsobedömning

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

Kommunen ansvarar för att en intygsutfärdare regelbundet genomgår utbildning som VGR tillhandahåller och som säkerställer att intygsutfärdaren har aktuell kompetens för att kunna identifiera vilka individer som är berättigade till N-tandvård.

* L Ä S M E R

[Intygsbeställningen för utfärdare och administratörer](#)

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

Munhälsobedömning

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

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

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

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

Kommunen ansvarar för att omvårdnadspersonal deltar vid munhälsobedömning.

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

Utbildning

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

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

Avvikelser

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

* L Ä S M E R

[Samverkansavvikelse](#)

6. Uppföljning och utvärdering

Parterna har gemensamt ansvar för att uppföljning och utvärdering kan genomföras enligt plan.

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

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

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

7. Utveckling och gemensamma utmaningar

7.1 Öka andel intyg om N-tandvård

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

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

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

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

Utveckla uppföljning till att omfatta kvalitetsmätt

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

Mått som kommer att följas upp är:

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



REMISSVERSION

STRATEGI

Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård

Gällande länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen

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



Innehåll

1	Inledning: Tillsammans för en hållbar omställning till en god och nära vård	2
2	Begreppet god och nära vård.....	3
3	Varför behövs en omställning för en god och nära vård?	3
3.1	Utmaningar inom demografin	3
3.2	Bristande samordning.....	3
3.3	Ekonomi	4
4	Syfte	4
5	Parter	5
6	Giltighetstid	5
7	Målbild Västra Götaland	5
8	Prioriterade målgrupper.....	6
9	Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan.....	6
9.1	Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser	7
9.2	Ökad tillit och stark samverkan mellan huvudmännen.....	7
9.3	Stärk kontinuitetsvården och samordningen mellan huvudmännen. 8	
9.3.1	Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt	8
9.3.2	Fast omsorgskontakt.....	8
9.3.3	Samordnad individuell plan, SIP	8
9.3.4	Patientkontrakt	9
9.4	Utveckla Personcentrerat arbetssätt	9
9.5	Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering	9
9.6	Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser.....	10
10	Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan.....	10
10.1	Digitala hjälpmedel/välfärdsteknik	11
10.2	Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM.....	11
10.3	Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan.....	11
10.4	Kompetensförsörjning	12
10.5	Verksamhetsutveckling och implementering	12
11	Gemensamt ansvar - Ledning och styrning.....	13
12	Från Färdplan - länsgemensam strategi till genomförande.....	13
13	Uppföljning och analys.....	14



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

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

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

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

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

Vi har i färdplanen valt att använda begreppet *den enskilde*; med det menar vi individ, patient, brukaren, eleven eller invånare.

2 Begreppet god och nära vård

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

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

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

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

3.1 Utmaningar inom demografin

Den stora ökningen av de som är 80 år och äldre, kombinerat med en relativt sett lägre ökning av de som är i arbetsför ålder leder till att hälso- och sjukvården i kommun- och regionsektorn inte kommer att kunna anställa personal i den utsträckning som det demografiska behovet medför. Det innebär att alla måste utveckla effektivare arbetssätt, verksamheten måste bli mer teknik- och digitaliseringsintensiv och samverkan mellan vårdgivare måste öka.

3.2 Bristande samordning

Vårdanalys har tidigare uppskattat att cirka en miljon människor i Sverige behöver insatser från flera aktörer, samtidigt som de har nedsatt förmåga att själva samordna sitt stöd, sin vård och omsorgsinsatser. Men vården och omsorgen har inte organiserats för att möta den enskilde med sådana komplexa behov. Den medicinska och tekniska utvecklingen har bidragit till att sjukvården blivit mer specialiserad vilket innebär att den enskilde kan

behöva komma i kontakt med allt fler instanser för att få hjälp med sina problem.

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

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

3.3 Ekonomi

Omställningen mot god och nära vård, den pågående digitaliseringen samt att vi måste minska väntetider och öka produktiviteten inom hälso- och sjukvården ställer stora krav på resursfördelningen. Arbetet måste vara långsiktigt. En resursöverföring från sjukhusvård till primärvård handlar inte enbart om ekonomi. Det handlar även om en succesiv överföring eller att tillgängliggöra resurser och kompetenser för såväl vårdverksamhet som utbildning via nya arbetssätt och tekniska lösningar.

Att följa det ekonomiska perspektivet över tid under den pågående omställningen är av största vikt, samtidigt bör det ekonomiska perspektivet kompletteras med personella och en löpande beskrivning av resurssättningen för att möjliggöra en transparent process.

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

4 Syfte

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

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

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

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

5 Parter

Parterna är länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen och riktar sig mot; vård och omsorg, socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård, skolverksamheterna, regional primärvård, specialistvård, tandvård samt hälsofrämjande och förebyggande områden.

6 Giltighetstid

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

7 Målbild Västra Götaland

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

En god och nära vård (SKR:s målbild)

- utgår från individuella förutsättningar och behov.
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet



8 Prioriterade målgrupper

Prioriterade målgrupper i den nära vården är personer som behöver insatser från både region och kommun:

- Barn och unga
- Äldre
- Personer med psykisk funktionsnedsättning samt missbruk och beroende

9 Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan

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

De sex förändrade arbetssätten är:

1. Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser
2. Ökad tillit mellan huvudmännen – stärk samverkanskulturen
3. Stärk kontinuitet och samordningen mellan huvudmännen
4. Utveckla personcentrerad arbetssätt
5. Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering
6. Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser

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

FÖRFLYTTNING

... från sluten vård till öppen vård
... till mer hälsofrämjande och förebyggande insatser
... till ökad kontinuitet och samordning
... till ökad tillit och stark samverkan
... till mer personcentrerad vård och omsorg
... till mer tillgänglig vård, t ex genom digitalisering

**GOD OCH
NÄRA VÅRD**

9.1 Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser

Förbättrad hälsa skapar stora vinster, både för den enskilde och för samhället i stort. Minskade hälsoklyftor och bättre möjligheter till utbildning för barn, unga och vuxna är viktiga beståndsdelar i ett robust och öppet Västra Götaland. Tidiga insatser för att ge barn och unga goda förutsättningar att klara grundskolan och gymnasiet betyder mycket för deras välmående och möjlighet till framtida försörjning och god hälsa där elevhälsan har en viktig roll.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet är också viktigt för att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara hållbart när fler lever längre med kroniska sjukdomar och vi får en äldre befolkning. Arbetet behöver få en högre prioritering i det vardagliga arbetet i hälso- och sjukvården och inom den kommunala vård och omsorgen.

Vi behöver gemensamt utveckla områden inom folkhälsan

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

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

Respektive huvudman bör synliggöra de insatser som görs, gemensamma aktiviteter för att öka tillgängligheten av hälsofrämjande insatser för prioriterade målgrupper ska tas fram.

9.2 Ökad tillit och stark samverkan mellan huvudmännen

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

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

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

9.3 Stärk kontinuitetsvården och samordningen mellan huvudmännen

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

9.3.1 Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt

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

9.3.2 Fast omsorgskontakt

Med en fast omsorgskontakt i hemtjänsten kan stödet och hjälpen bättre anpassas till den enskildes behov och önskemål. Om rollen ges vissa förutsättningar kan den bidra till bättre kontinuitet och ökad trygghet för såväl omsorgstagare, som anhöriga och personalen. Samordningsvinster kan uppnås då den fasta omsorgskontakten utgör en viktig informationskälla till anhöriga, närstående, arbetslaget och andra professioner inom vården och omsorgen.

9.3.3 Samordnad individuell plan, SIP

Samordnad individuell plan, SIP är ett dokument och ett verktyg för samverkan, som ger en samlad beskrivning av den enskildes pågående och planerade insatser, från kommun och region samt andra aktörer. Alla ska ha möjlighet att leva ett tryggt, meningsfullt och självständigt liv. Inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola och elevhälsa ställs det stora krav på

samordning. Arbetssätt som skapar tydlighet och överblick leder till förbättrad patientsäkerhet och tidsvinster.

Inom ramen för arbetet med den läns-gemensamma utvecklingsstrategin ska den samordnade individuella planen, fast läkarkontakt, fast vårdkontakt samt fast omsorgskontakt utvecklas och stärkas.

9.3.4 Patientkontrakt

Patientkontrakt görs i första hand vid planering inom regionen och en SIP genomförs när det krävs samverkan mellan region och kommun.

9.4 Utveckla Personcentrerat arbetssätt

I vården pågår en förändring i riktning mot ökad personcentrerat arbetsätt. Inriktningen syftar till att se en person med unika behov, erfarenheter och mänskliga resurser. En patient får inte objektifieras till en sjuk kropp, ett tillstånd eller en diagnos. Stöd, vård och omsorgsinsatser ska planeras i samförstånd med den enskilde med ohälsa samt att vård och omsorgsrelationen ska bygga på partnerskap med den enskilde.

I beskrivningar av personcentrerad vård betonas att personer med någon form av ohälsa, risk för ohälsa eller funktionshinder inte främst bör betraktas utifrån ohälsotillståndet eller funktionshindret utan istället att i högre grad fokusera på de resurser varje person har och vad det innebär att vara människa och i behov av vård och omsorg.

Stöd, vård och omsorgsinsatser innebär därför ett partnerskap mellan den enskilde/anhöriga/närstående och professionella verksamhetsföreträdare och utgångspunkten är den enskildes berättelse om sin sjukdom. Med den som utgångspunkt görs en samordnad individuell plan (SIP) där båda parter är delaktiga i processen med mål och strategier för genomförande och uppföljning på kort och lång sikt. Delaktighet är en grundläggande aspekt i personcentrerat arbetsätt och innebär bland annat att det finns utrymme för den enskilde att uttrycka frågor och eventuell oro. En person kan vara delaktig i vårdprocessen och beslut i olika hög grad och som professionell är det viktigt att i kommunikationsprocessen vara lyhörd för varje persons preferenser.

9.5 Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering

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

9.6 Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser

Att utveckla mobila lösningar som ersättning för akut och inneliggande vård samt utvecklingen av öppenvården generellt är en del av utvecklingen mot en mer god och nära vård.

Mobil närvård bygger på att kommunen står för basverksamheten och dygnet runt-funktionen samt arbetar tätt tillsammans med specialistteam och hemsjukvårdsläkare. Vården ges i hemmet och utgår alltid från den enskildes behov. Syftet är att skapa ökad upplevelse av trygghet och nöjdhet, bättre utnyttjande av gemensamma resurser samt minska behov av slutenvård. Modellen förutsätter ett väl fungerande samarbete och gemensam ledning mellan kommun, vårdcentraler och sjukhus.

10 Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

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

Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

DIGITALA HJÄLPMEDEL
OCH VÄLFÄRDSTEKNIK

AVTAL OCH
ÖVERENSKOMMELSER

KUNSKAPSSTYRNING OCH
KOMPETENSUTVECKLING

FRAMTIDENS
VÅRDINFORMATIONSMILJÖ
FVM

LEDNING OCH STYRNING

KOMPETENSFÖRSÖRJNING

UPPFÖLJNING OCH ANALYS

VERKSAMHETSUTVECKLING
OCH IMPLEMENTERING

10.1 Digitala hjälpmedel/välfärdsteknik

Digitaliseringen genomsyrar dagens samhälle. Rätt använd kan digitaliseringen bidra till att öka tillgängligheten och patientsäkerheten.

Digitaliseringen kan skapa bättre förutsättningar för den enskilde att få tillgång till information och vara delaktiga. Samtidigt ökar behovet av att ta hänsyn till bedömningar av risk, etik och sårbarhet, bland annat kopplat till personlig integritet. Med hjälp av sammanhållna och användarvänliga IT-stöd kan information presenteras och överföras på ett säkrare och effektivare sätt och säkerställa koordinerade insatser till den enskilde. Därmed kan personal inom stöd, vård och omsorg, oberoende av geografiska, organisatoriska eller tekniska gränser, planera och utföra insatser av hög kvalitet.

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

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

10.2 Framtidens vårdinformationsmiljö, FVM

Är ett omfattande och långsiktigt förändringsprogram som syftar till att skapa en modern vårdinformationsmiljö i Västra Götaland. FVM består av ett antal projekt och uppdrag som alla arbetar med att förbereda införandet av vårdinformationssystemet Millennium under 2022–2023. Systemet innehåller bland annat journaldokumentation och en gemensam läkemedelslista för varje patient. För att hälso- och sjukvården ska få så stor nytta som möjligt av det nya IT-stödet krävs gemensamma processer och arbetssätt över organisatoriska gränser.

10.3 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan

För att säkerställa kvaliteten i god och nära vård är det angeläget med löpande kompetensutveckling inom kommunal och regionalt finansierad primärvård. Det gäller alla personalkategorier. Utbildningssatsningar behöver gemensamt struktureras så att de enklare kan integreras och bidra till nya arbetssätt.

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom vård och omsorg och omfattar områdena; kunskapsstöd, uppföljning och analys. Arbetet med Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) och digital teknik kommer att utveckla sättet som kunskap görs tillgängligt och inhämtning av data för uppföljning.

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

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

Kunskaps- och beslutsstöd behöver vara integrerade i de system som används i vårdens vardag. Vårdnära administrativa stöd ska vara ändamålsenliga och användarvänliga för att komma till nytta. Nya former för kunskapsutveckling som stödjer en god och säker, tillgänglig och effektiv vård och omsorg för invånarna i Västra Götaland bör tas fram och kopplas till nationella och regionala riktlinjer.

10.4 Kompetensförsörjning

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

10.5 Verksamhetsutveckling och implementering

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

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

Vi behöver utveckla utförandet av stöd, vård och omsorg inom god och nära vård utifrån målgrupp och behov.

11 Gemensamt ansvar - Ledning och styrning

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

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

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

12 Från Färdplan - länsgemensam strategi till genomförande

Den länsgemensamma utvecklingsstrategin är ett dokument som anger inriktningen av utvecklingen inom god och nära vård för alla berörda aktörer och målgrupper. Till den länsgemensamma utvecklingsstrategin kopplas handlingsplaner fram utifrån målgrupp med gemensamt framtagna aktiviteter, mål och indikatorer.

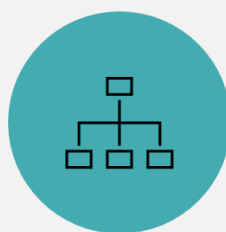
På delregional nivå är uppdraget att vara ett stöd i implementering och uppföljning samt upprätta struktur för samverkansarenor mellan kommunerna och VGR på delregional och lokal nivå

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

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

**LÄNSGEMENSAM
UTVECKLINGSSTRATEGI**

Inriktningen

**HANDLINGSPLANER
UTIFRÅN MÅLGRUPP**Aktiviteter, mål och
indikatorer**DELREGIONAL NIVÅ**Stöd och struktur i
implementering och
uppföljning**LOKAL NIVÅ**
utveckling av nya arbetssätt,
implementering skerUtveckling av god och nära
vård genomförs och
utvärderas gemensamt

13 Uppföljning och analys

Utifrån den länsgemensamma utvecklingsstrategin ska förslag till partsgemensam analys och uppföljning tas fram. Målsättningen att kunna följa utvecklingen mot en god och nära vård.

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

Ytterligare sätt att följa arbetet är att analysera de avvikelser som sker i samverkanssituationer. Ett gemensamt avvikelssystem finns nu etablerad (MedControl) och dessa analyser blir en viktig del av uppföljningen av utvecklingen mot en god och nära vård.

Förslag till indikatorer och process för gemensam analys kompletteras under 2021

2021-10-21

Från det Politiska samrådsorganet, SRO till länets kommuner och Västra
Götalandsregionens verksamheter

Information om arbetet med utvecklingen av nära vård samt processen för revidering av Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser

Sedan regionbildningen 1999 har kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen, VGR, reglerat ansvarsfördelning och samverkan för hälso- och sjukvård genom ett gemensamt hälso- och sjukvårdsavtal. Den politiska viljeinriktningen med Hälso- och sjukvårdsavtalet har varit och är alltjämt att fokusera på individens behov framför alltför skarpa gränser mellan huvudmännens ansvarsområden. Gränsdragning ner på detaljnivå i alla situationer skapar organisatoriska mellanrum som kan leda till att patienten inte får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda.

Till 2017 gjordes en större omarbetning av avtalet och SRO gav under 2019 ett uppdrag att revidera och uppdatera vårt nuvarande Hälso- och sjukvårdsavtal. SRO vill betona att det vid detta tillfälle inte handlar om att ta fram ett nytt avtal utan om en revidering av nuvarande avtal. Såväl kommun- som regionsidan i SRO är även eniga om att utgångspunkten för detta revideringsarbete samt framtagandet av den gemensamma färdplanen ska vara individens behov och inte utgå från organisatoriska gränsdragningar och gränssnitt.

Primärvårdsuppdraget

Parallellt med framtagande av Färdplan - länsgemensam strategi för god nära vård och revidering av hälso- och sjukvårdsavtal med dess överenskommelser pågår ett uppdrag för att tydliggöra kommunernas respektive VGR:s primärvårdsuppdrag. Syftet är att stärka primärvården som navet i utvecklingen inom hälsa, vård och omsorg samt underlätta samverkan mellan huvudmännen. Arbetet är långsiktigt och beräknas pågå under flera år. Höstens arbete handlar om att beskriva kommunernas och regionens primärvårdsuppdrag utifrån den nya skrivningen i Hälso- och sjukvårdslagen samt att identifiera samverkansområden och ta fram förslag till gemensam utveckling. Det inledande arbetet med primärvårdsuppdraget ska redovisas i en rapport under november 2021. Detta är en rapport som kommer beskriva inledningen av ett mer långsiktigt arbete med den kommande färdplanen som gör att den innehållsmässigt inte bör påverka remissvaren i nuläget.

Remisstiden för Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser

Såväl Färdplan - länsgemensam strategi för god nära vård och Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser är under hösten 2021 ute på remiss. Vi vill uppmana er att ta tillvara

tillfället att lämna era synpunkter. Remisstiden är tre månader och sista dagen att lämna synpunkter är den 31 december 2021.

Det har inkommit förfrågningar om förlängd remisstid för Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser. Eftersom processen med revideringen av Hälso- och sjukvårdsavtalet samt arbetet med färdplanen, utifrån kommunernas önskemål redan har förlängts, anser SRO nu att det är av vikt att hålla den planerade tidsplanen. En ytterligare förlängd process skulle påverka arbetet negativt i flera led. Både riktlinjer med koppling till Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna väntar på att kunna tas fram alternativt revideras och skulle påverkas av en förlängd process.

SRO bedömer därmed att den angivna remisstiden på tre månader är rimlig och välkomnar remissvar t o m senast den 31 december 2021.

Med vänliga hälsningar

Johnny Magnusson
Ordförande i SRO

Kent Lagrell
Vice ordförande i SRO

Bilaga 4

Remiss Hälso- och sjukvårdsavtal tillhörande överenskommelser

Den här arbetsmallen kan användas i insamlandet av synpunkter och ska alltså inte skickas in som remissvar. När svaren ska skickas in ska de överföras till webbformuläret som finns på webbsidan www.vardsamverkan.se/remisshosavtalet. Detta för att du inte kan pausa ifyllandet i webbformuläret utan måste skicka in allt vid ett och samma tillfälle.

Tänk på

- Svara på remissen senast den 31 december 2021, därefter är formuläret stängt.
- Lämna synpunkterna via webbformuläret.
- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Vid frågor kontakta

Hälso- och sjukvårdsavtalet:

Helena Styrén, helena.styren@vgregion.se

Angela Olausson, angela.olausson@vastkom.se

Webbfrågor:

Josefin Lantz, josefin.lantz@vgregion.se

Innehåll

Uppgiftslämnare	2
Kontaktperson	2
Del A, Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser	3
Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet	8
Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland	12
Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård	14
Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende	16

Uppgiftslämnare

Varje remissinstans/kommun ska inkomma med ETT samlat svar i formuläret nedan. *Obligatoriskt

1. Svarande remissinstans, ange kommunnamn alt.

*Remissinstans i Västra Götalandsregionen**

Göteborgs Stad

Kontaktperson

Ange en kontaktperson som är tillgänglig för att svara på eventuella frågor under hanteringen av remissvaren.

2. Namn, kontaktperson *

Karin Magnusson

Karin Tidlund

3. E-post, kontaktperson *

karin.magnusson@stadshuset.goteborg.se

karin.tidlund@stadshuset.goteborg.se

Del A, Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser

Lämna remissvar på Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitten A.1-A.6

A.1 Inledning

A.2 Syfte

A.3 Värdegrund

A.4 Personcentrerat förhållningssätt

A.5 Samordnad individuell plan (SIP)

A.6 Bästa tillgängliga kunskap.

Göteborgs Stad **avstyrker** remissförslaget avseende reviderat Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser. Göteborgs Stad förordar förlängning av nuvarande avtal i 24 månader. Inför ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal behövs ett utvecklat arbete som går i linje med omställningen till en God och Nära vård. I ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal behövs också ett ställningstagande till vilka vårdnivåer avtalet ska reglera. Ska avtalet reglera primärvårdsnivån eller alla vårdnivåer?

A.1 och A 2

I den inledande texten och i syftet bör ett förtydligande göras att avtalet även har som syfte att reglera ansvarsförhållanden.

A.3

Positivt att avtalet har med ett avsnitt om värdegrund och vad som kännetecknar parternas samarbete. Förslag på tillägg under värdegrund är att samarbetet även ska kännetecknas av god kännedom, kunskap och visa respekt för varandras uppdrag.

Det upplevs dock som tveksamt till om underrubriken ”*Parternas gemensamma åtagande innebär att...*” samt tillhörande punkter tillför något till avsnittet värdegrund. Detta eftersom punkterna snarare berör det gemensamma ansvaret och egenkontroll av huvudmännens vårdgivare. Avsnittet om gemensam värdegrund bör fokusera på grunden för samarbete mellan jämlika avtalsparter. Förslagsvis flyttas samtliga punkter under parternas gemensamma åtgärder till avsnitt A11-A15.

A.4 Bra att personcentrerat förhållningssätt framgår av avtalet. Göteborgs Stad vill se att skrivning om att stärka den enskildes förutsättningar till egenvård läggs till definitionen.

A.5

Avsnittet om SIP föreslås flyttas till avsnitt A11-A15. Detta eftersom den inledande delen av avtalet (A1-A6) beskriver förhållningssätt snarare än specifika strukturer kring hur samverkan ska ske.

Det är positivt att SIP finns med som en punkt i huvudavtalet. Det är dock önskvärt om det framgick tydligare att planering av den medicinska vården bör genomföras, även om patienten tackar nej till SIP. I dessa fall ska en plan upprättas för hur ansvar fördelas mellan huvudmännen, enligt mallen för SIP.

I avsnitt A5 gällande SIP beskrivs vem som bedömer behovet av SIP. Utifrån nuvarande formulering kan det uppfattas som att region och kommun har företräde till att besluta behovet av SIP. Den enskildes rätt kan uppfattas som ett undantag. Förslagsvis formuleras meningen: *Planen ska upprättas om kommunen, VGR eller den enskilde/närstående bedömer att den behövs för att.....*

Göteborgs Stad framhåller att råder begreppsförvirring gällande begreppen individuell plan och SIP.

Det saknas en text som beskriver samordnad individuell planering, ofta benämnt SIP, utifrån lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS).

Göteborgs Stad anser att denna planering behöver beskrivas i en egen paragraf.

Det är viktigt att det i beskrivningen av samordnad individuell enligt LUS framgår att det är patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården som ska skicka en kallelse till den samordnade individuella planering till berörda enheter.

Enligt remissförslagets struktur ska Del A läsas tillsammans med del B alternativt del C. Utifrån avtalets helhetsperspektiv bör de samordnade individuella planeringarna (SIP) beskrivas endast i del A och hänvisning ske från del B och C.

Synpunkter på avsnitten A.7-A.10

A.7 Avtalsparter

A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad

A.9 Avtalstid

A.10 Ändringar och tillägg till avtalet

A.8

Det framgår att Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och Västra Götalandsregionen har *ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar* enligt 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§, 14 kap. 1 § samt 16 kap. 2 § HSL. Här begränsas alltså avtalet till att omfatta den vården som kommunen och Västra Götalandsregionen enligt lagstiftningen har ett

gemensamt ansvar. Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård är på primärvårdsnivå enligt HSL. En formulering som utgår ifrån det gemensamma ansvaret enligt lag, begränsar därmed avtalet till hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.

Under rubrikerna B.3 och B.8 reglerar avtalsförslaget vård som inte omfattas av parternas gemensamma hälso- och sjukvårdsansvar. Begränsningen av avtalets omfattning enligt HSL uppfattas inte som konsekvent och fortsättningsvis verkar det inte råda full konsensus om vad den gemensamma vården innefattar enligt förslag till avtal.

För att skapa tydlighet behöver vårdnivåer och respektive parts ansvar definieras. Definitionen bör innehålla ett tydliggörande av det regionfinansierade respektive det kommunfinansierade primärvårdsuppdraget samt vad medverkan i specialistsjukvården innebär för kommunerna.

A 9. I grunden är det positivt med en lång avtalstid. Det ger huvudmännen förutsättningar till ett långsiktigt arbete. Göteborgs Stad väljer att inte kommentera föreslagen avtalstid med anledning av att Göteborgs Stad avstyrker det reviderade förslaget. Göteborgs Stad förordar förlängning av nuvarande avtal i 24 månader för att under tiden arbeta fram ett nytt avtalsförslag.

A.10. En möjlighet till att göra tillägg och ändringar bedöms som en nödvändighet och en bra punkt i avtalet. Vad ”väsentliga förändringar” innebär är dock diffust med tanke på utvecklingstakten på lagstiftningens område. Parterna behöver räkna med att mycket kommer att kunna förändras fram till utgången av år 2026.

Synpunkter på avsnittet A.11-A.15

A.11 Gemensam samverkansstruktur

A.12 Digitalisering och e-hälsa

A.13 Uppföljning

A.14 Avvikelse

A.15 Oenighet om tolkning av avtal

A13

Det är bra att parterna har ett gemensamt ansvar för att avtalet följs upp och att det ska finnas en löpande uppföljning.

Nuvarande uppföljning är inte tillräcklig för att säkerställa kvalitet och efterlevnad. Därför anser Göteborgs Stad att uppföljningen måste förstärkas med syfte att säkerställa efterlevnad.

Avtalet behöver reglera vad som ska följas upp och hur bristande följsamhet omhändertas.

Exempel på viktiga områden att följa upp utifrån är; patientperspektiv, verksamhetsperspektiv, medarbetarperspektiv samt ekonomiperspektiv. Ytterligare väsentliga områden är efterlevnad av läkarmedverkan samt följsamhet till SIP-riktlinje. Det är viktigt att uppföljningen även innehåller kvalitativa aspekter

A.14. Av texten framgår inte att innehållet avser två olika processer för avvikelser. Detta behöver tydliggöras.

Övergripande synpunkter och övrigt på Del A

Efter beslutet om att revidera hälso- och sjukvårdsavtalet fattades har flertalet nationella utredningar har initierats och slutrapporterats.

Exempel är slutbetänkandet i samordnad god och nära vård, en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, utredning om en ny socialtjänstlag, samsjuklighetsutredningen, äldreomsorgslag samt stärkt rätt till personlig assistans med mera. En del av dessa har lett till lagförändringar ex. ny skrivning i HSL om primärvård och primärvårdsuppdraget. Andra ligger för vidare hantering.

Det råder en osäkerhet i nuläget vad och hur dessa kan komma att påverka framtida arbete inom kommun och samverkan mellan kommun och region.

Göteborgs Stad **avstyrker** remissförslaget avseende reviderat Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser. Göteborgs Stad förordar förlängning av nuvarande avtal i 24 månader. Inför ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal behövs ett utvecklat arbete som går i linje med omställningen till en God och Nära vård. I ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal behövs också ett ställningstagande till vilka vårdnivåer avtalet ska reglera. Ska avtalet reglera primärvårdsnivån eller alla vårdnivåer?

För Göteborgs Stad är det väsentligt att det framgår av avtalet vad primärvårdsnivån för kommunen innebär och hur ansvaren fördelas per part.

Göteborgs Stad anser att förslaget vare sig innehåller svar på vad det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget innebär, vilka vårdnivåer som kommunen har ansvar för eller gränserna mellan kommunens och regionens uppdrag.

Vidare råder oklarhet kring hur regionen tänker verka på arenan vård i hemmet vilket skapar en osäkerhet kring samverkan och patientsäkerheten i hemmet.

Barnperspektivet bör beskrivas i del A. Eftersom del B och C ska läsas tillsammans med del A, kan text som finns i del C lyftas till del A.

Göteborgs Stad konstaterar att God och nära vård är en ny reform som ritar om kartan för Sveriges hälso- och sjukvård. Föreliggande avtal är i ursprung från 1999 och har reviderats några gånger sedan dess. Den nu föreliggande remissversionen är en sådan reviderad upplaga. Med tanke på samhällsutvecklingen och de synpunkter som framkom från kommunerna i den enkätundersökning som genomfördes inför revideringen, på uppdrag av SRO, är förhållandevis få justeringar föreslagna. Detta innebär att Göteborgs Stads synpunkter på förslaget är omfattande. Det innebär vidare att det är svårt att se igenom hur ett färdigt förslag kan komma att se ut.

Avtalet innehåller flertalet termer och begrepp som behöver tydliggöras för att underlätta läsförståelsen. Göteborgs Stad anser att termer och begrepp ska vara synkroniserade med Socialstyrelsens termbank för att tolkning av definitioner och begrepp som används i avtalet.

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

Lämna remissvar på Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitten B.1-B.3:

B.1 Lagstiftning

B.2 Gemensamt ansvar och samverkan

B.3 Parternas ansvar

B.2. Första stycket bör kompletteras med att respektive huvudman ska fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar *på ett patientsäkert sätt*.

Båda parter får därav ett gemensamt ansvar att säkerställa att den vård som utförs i hemmet är patientsäker, av god kvalitet samt har den kompetens som krävs för att fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

Stycke två är otydligt i beskrivningen av ansvar genom olika kompetenser.

Förslagsvis kan meningen formuleras: *För patienter inom kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för insatser utförda eller ordinerade/delegerade av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut och VGR ansvarar för läkarinsatser samt övriga insatser vid behov.*

I samband med egenvård vid korttidsvistelse enligt LSS för barn behövs större tydlighet kring samverkan mellan regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst.

B.3

"Handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal i vård, omsorg, rehabilitering samt i hantering av medicintekniska produkter." Göteborgs Stad anser att det lämnar utrymme för olika tolkningar kring till exempel i vilken omfattning handledning och kunskapsöverföring ska ske.

En tydlighet behövs att det är ordinarie inom regionen som har utbildnings- och handledningsansvar samt att det är aktuellt när kommunen utför insatser som är komplexa eller inte vanligt förekommande på primärvårdsnivå. Patientsäkerheten ska vara vägledande i omfattning av handledning och kunskapsöverföring.

Överlag är parternas ansvar formulerade på ett sätt som öppnar upp för en del godtyckliga bedömningar. Beroende på hur kommunerna organiserar inskrivningsprocessen till den kommunala hemsjukvården kan det medföra olika bedömningar bland de 49 kommunerna. Ytterst kanske det medför en problematik för regionen om de 49 kommunerna gör olika bedömningar av vad till exempel "utan större svårigheter" och "över tid" innebär.

Göteborgs Stad anser att paragrafen behöver förtydligas gällande det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Göteborgs Stad anser att det ska framgå att kommunen har ansvar endast efter att en vårdbegäran inkommit och bedömts. Det behöver också klargöras hur bedömning av patientsäkerheten ska gå till. Det behövs ett tydliggörande att det avser insatser på primärvårdsnivå.

Stycket ”Kommunala hälso-och sjukvårdsansvaret omfattar även:

- Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och nattetid för patienter som normalt besöker Västra Götalandsregionens vårdcentraler.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutenvården som inte kan ta sig till mottagning. Det gäller endast under förutsättning att en dialog skett i samförstånd och nödvändig informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna”

Göteborgs Stad är frågande till att förslaget innehåller en utökning med helger. Primärvården ska utgöra navet i hälso- och sjukvården i och med God och nära vård.

Göteborgs Stad anser att det är viktigt att regionen planerar för att kunna ge insatser i enskildas hem på annan tid än vardagar dagtid.

Göteborgs Stad anser att innehållet i ovan punkter skapar frågetecken och oro kring regionens ansvar och samverkan för patienter i hemmet.

Göteborgs Stad har diskuterat om punkterna helt borde strykas, men har dock landat i att i grunden handlar det om att definiera ansvarsförhållanden och vårdnivåer i avtalet först och främst. När dessa är utredda och införda i avtalet kan en samverkan utgå därifrån.

Synpunkter på avsnitten B.4-B.9

B.4 Informationsöverföring, planering och SIP

B.5 Rehabilitering och habilitering

B.6 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård

B.7 Vårdhygien

B.8 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

B.9 Förvaring och transport av avliden

B.4 När det gäller beskrivning av SIP anser Göteborgs Stad att den enbart ska beskrivas i A-delen. Se Göteborgs Stads synpunkter under A.5.

B.9. Skrivningen i nuvarande avtal är tydligare utifrån det faktum att omhändertagande av avlidna ingår i respektive huvudmans ansvarsområde. Göteborgs Stad anser att nuvarande skrivning ska behållas.

Synpunkter på avsnitten B.10-B.14

B.10 Läkemedel

B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö

B.12 Personligt förskrivna hjälpmedel

B.13 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter

B.14 Oreglerade medicintekniska produkter

--

Synpunkter på avsnitten B.15-B.16

B.15 Tjänsteköp

B.16 Gemensamma utvecklingsområden

B. 15. Här finns frågetecken för kommunens del när det gäller vad kommunen får göra inom ramen för den kommunala kompetensen (kommunallag).

B.16. Utifrån förändringen att utvecklingsområden inte ska finnas i själva avtalet ställer sig Göteborgs Stad frågande till varför utvecklingsområdet Färdplan - Läns gemensam strategi för god och nära vård skrivs in i paragrafen.

14. Övergripande synpunkter och övrigt för Del B

Primärvården ska utgöra navet i hälso- och sjukvården i och med den Nära vården. För Göteborgs Stad är det väsentligt att det framgår av avtalet vad primärvårdsnivån för kommunen innebär och hur ansvaren fördelas per part. Göteborgs Stad anser att förslaget vare sig innehåller svar på vad det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget innebär, vilka vårdnivåer som kommunen har ansvar för eller gränserna mellan kommunens och regionens uppdrag. Vidare råder oklarhet kring hur regionen tänker verka på arenan vård i hemmet vilket skapar en osäkerhet kring samverkan och patientsäkerheten i hemmet.

Avtalet kompletteras med många hänvisningar till andra styrande dokument. Detta skapar otydligheter. Göteborgs Stad anser att det som är av väsentlig karaktär istället ska lyftas in från de hänvisade dokumenten.

Parterna har ett eget samt ett gemensamt uppföljningsansvar och det är av vikt att säkerställa kvalitet och efterlevnad av överenskommelsen. Göteborgs Stad är angelägna om att en mer ändamålsenlig uppföljningsmodell med gemensamt framtagna indikatorer tas fram.

Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Lämna remissvar på Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitt

4. Gemensamt ansvar

Synpunkter på avsnitt

5. Parternas ansvar

Göteborgs Stad är positiv till att det under läkarens patientansvar framgår att fast läkarkontakt ska erbjudas. Enligt patientlagen ska den fasta läkarkontakten finnas i primärvården vilket borde tydliggöras i överenskommelsen.

Det behöver framgå att läkaren är en del i den kommunala hälso- och sjukvården. För att arbeta personcentrerat krävs ett team runt patienten där läkaren har en central roll. Skrivningen att läkaren ska ge medicinsk konsultation till kommunens legitimerade personal leder inte tankarna till ett teambaserat arbete runt patienten. Det är också viktigt att det framgår att läkaren avsätter tid efter patienternas behov. I dagsläget är det inte ovanligt att tiden är för kort och att kommunens sjuksköterskor får i uppdrag att prioritera. Under vårdcentralens särskilda ansvar bör det framgå att de vid behov ska kunna göra hembesök dygnet runt.

Under läkarens patientansvar tredje punkten refereras till patientens individuella plan. Här behöver tydliggöras vilken form av plan som syftas till.

Synpunkter på avsnitt

Uppföljning

Parterna har ett eget samt ett gemensamt uppföljningsansvar och det är av vikt att säkerställa kvalitet och efterlevnad av överenskommelsen. Göteborgs Stad är angelägna om att en mer ändamålsenlig uppföljningsmodell av läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård med gemensamt framtagna indikatorer tas fram. Adekvata indikatorer måste tas fram. Dessa behöver bland annat innehålla tillgänglighet till läkare för patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Detta är en viktig tillgänglighets- och jämlikhetsfråga för de invånare i Göteborg som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården.

Övergripande synpunkter och övrigt

Göteborgs Stad önskar ett tydliggörande under syfte. Syftet är att reglera samverkan utifrån parternas lagstadgade ansvar.

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

Lämna remissvar på Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitt

4. Gemensamt ansvar och samverkan

Under gemensamt ansvar står ”enskilda som är kvar inom slutenvården efter att de bedömts som utskrivningsklara ska minska”. Göteborgs Stad är frågande till om detta ska stå eftersom antalet dagar är få i nuläge. I stället bör målsättningen vara att vården ska ske på rätt vårdnivå.

Ordet “omgående” som står i samma stycke bör bytas ut mot “så snart som möjligt”

Punkt 2 ”använder gällande gemensam IT-tjänst och rutin...” Ordet använder bör bytas ut mot ”följer”.

Synpunkter på avsnitt

5. Kommunens betalningsansvar

Göteborgs Stad kan konstatera att betalningsmodellen inneburit att de flesta patienter går hem från sjukhus kort tid efter de bedömts utskrivningsklara, vilket varit en målsättning med lagstiftningen. Göteborgs Stad förordar att betalningsmodellen kvarstår.

Synpunkter på avsnitt

6. Uppföljning

Göteborgs Stad vill trycka på vikten av uppföljning av tillämpningen och effekter av avtalet. Detta för att säkra efterlevnaden.

Bättre indikatorer som mäter trygghet för patienten och följsamhet till samordnad individuell planering (SIP) behöver tas fram.

Övergripande synpunkter och övrigt

Göteborgs Stad kan konstatera att den regionfinansierade primärvården inte är delaktiga i processen såsom lagstiftaren avsåg. Detta är ingen fråga enbart för Västra Götaland, utan erfarenheten är nationell. Göteborgs Stad anser att det är en angelägen fråga att arbeta vidare med för att skapa en god och nära vård som blir trygg för patienterna.

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

Lämna remissvar på Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitt

5. Gemensamt ansvar och samverkan

--

Synpunkter på avsnitt

6. Parternas ansvar

--

Synpunkter på avsnitt

7. Uppföljning

--

Övergripande synpunkter och övrigt

Överenskommelsen reglerar primärt samverkan mellan kommunens socialtjänst och regionens hälso- och sjukvård. Detta behöver tydligare framgå.
Överenskommelsen avviker också från övriga överenskommelser genom att den är mer detaljerad och ordrik i sin struktur. I dess utformning lämnar den utrymme för mycket tolkningar. Ett exempel på otydlighet är att begreppet "medverka" används återkommande utan närmare definiering.

Utifrån att det finns en överenskommelse ”Samverkan för barn och ungas hälsa”.
bör barn och unga, i linje med överenskommelsen, finnas med som en av målgrupperna.

3.5. Barnkonvention. Detta stycke bör flyttas till del A eftersom det är övergripande.

Samsjuklighetsutredningen (S 2020-08) ska enligt tidsplan lämna förslag till regeringen den 30 november. Det som aviserats är att utredningen innehåller förslag som innebär att regionernas hälso- och sjukvård får ansvaret för alla behandlingsinsatser när det gäller skadligt bruk och beroende. Då ingår även psykosociala behandlingsinsatser som idag i hög grad drivs av socialtjänsten. Den frågan gäller hela området missbruk och beroende och inte bara gruppen med samsjuklighet. Det föreslås även gälla för barn och unga.

Blir dessa förslag beslutade innebär det att överenskommelsen behöver skrivas om i sin helhet.

Om detta är ett dilemma eller inte beror på avtalstid i avtalet.

Bilaga 5

Remissförslag till Färdplan Läns gemensam strategi för god och nära vård

Den här arbetsmallen kan användas i insamlandet av synpunkter och ska alltså inte skickas in som remissvar. Svaret skickas in via webbformuläret på webbsidan www.vardsamverkan.se/remissfardplan. Detta för att du inte kan pausa ifyllandet i webbformuläret utan måste skicka in allt vid ett och samma tillfälle.

Tänk på

- Svara på remissen senast den 31 december 2021, därefter är formuläret stängt.
- lämna synpunkterna via webbformuläret.
- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Vid frågor kontakta

Hälso- och sjukvårdsavtalet:

Anne-Marie Svensson, anne-marie.v.svensson@vgregion.se

Jeanette Andersson, jeanette.andersson@vastkom.se

Webbfrågor:

Josefin Lantz, josefin.lantz@vgregion.se

Uppgiftslämnare

Varje remissinstans/kommun ska inkomma med ETT samlat svar i formuläret nedan. *Obligatoriskt

Svarande remissinstans, ange kommunnamn alt.

*Remissinstans i Västra Götalandsregionen**

Göteborgs Stad

Kontaktperson

Ange en kontaktperson som är tillgänglig för att svara på eventuella frågor under hanteringen av remissvaren.

Namn, kontaktperson *

Karin Magnusson

Karin Tidlund

E-post, kontaktperson *

karin.magnusson@stadshuset.goteborg.se

karin.tidlund@stadshuset.goteborg.se

Remiss Färdplan Läns gemensam strategi för god och nära vård

Lämna remissvar på Färdplan Läns gemensam strategi för god och nära vård här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Målbild Västra Götaland

Göteborgs Stad kan konstatera att förslag till målbild är samma som Sveriges Kommuner och Regioner har antagit. Göteborgs Stad ställer sig bakom denna målbild. Dock bör SKR:s målbild som står inom parentes tas bort för att tydliggöra att målbilden är Västra Götalands.

Prioriterade målgrupper

De två första prioriterade målgrupperna ”barn och unga” och ”äldre” är vida. Det kan vara bra utifrån den preventiva paradoxen och att ingen faller mellan stolarna. Det kan dock i det fortsatta arbetet behöva identifieras riskgrupper inom grupperna. Exempelvis äldre med funktionsnedsättning som har vård- och omsorgsbehov eller barn och unga med funktionsnedsättning eller psykisk ohälsa.

Vad gäller målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning samt missbruk/ beroende är det viktigt att även personer med intellektuell funktionsnedsättning eller annan funktionsnedsättning tillsammans med missbruk/ beroende också lyfts fram som en prioriterad grupp. Psykisk funktionsnedsättning samt missbruk och beroende är en för snäv definition och exkluderar en grupp som också har omfattande och komplexa behov.

Göteborgs Stad vill också lyfta fram personer med omfattande fysiska funktionsnedsättningar. Denna grupp har komplexa behov och många vårdkontakter som kräver samordning och bör därmed också vara en prioriterad målgrupp för god och nära vård.

Det som eventuellt också saknas är personer med annat modersmål än svenska/annat födelseland än Sverige där bristande samordning också kan få stora negativa konsekvenser för individen och samhället. Både i form av att behov av vård kunnat upptäckas i tidigare skede men också att personer söker vård för sådant som kunnat omhändertas på egen hand. Inte minst kan barn få bära ett stort ansvar för sina vårdnadshavare eller släktingar. Den digitala utvecklingen kan vara ett stöd om den även anpassas utifrån språk.

Sex steg för att förändra och utveckla arbetssätt i samverkan

De sex förändrade arbetssätten har sin plats i den gemensamma strategin, men Göteborgs Stad önskar att en översyn görs av hur de formuleras så att de alla kan betraktas som arbetssätt. Ökad tillit...etc är till exempel inte ett arbetssätt, utan ett resultat av arbetssätt för att stärka samverkanskultur ”Stärk samverkanskultur för att öka tillit mellan huvudmännen”.

Bilden av den förflyttning som behöver göras saknar en sammanhangsmarkering. Eftersom den innehåller sex områden för förflyttning som nästan - men inte helt och hållet - överensstämmer med de sex förändrade arbetssätten, så blir det inte helt tydligt vilken förändring som är vald.

9.1 Öka hälsofrämjande och förebyggande insatser

Folkhälsomyndigheten betonar vikten av jämlik hälsa vilket innebär att insatserna bidrar till ökad jämlikhet i befolkningen. Detta perspektiv saknas i färdplanen och Göteborgs Stad önskar att texten kompletteras.

”Tidiga insatser för att ge barn och unga.....framtida försörjning och god hälsa där elevhälsan har en viktig roll”. Göteborgs Stad anser att elevhälsan inte ska lyftas fram specifikt här utan meningen bör sluta efter god hälsa. Eftersom det är många aktörer som spelar en viktig roll i detta arbete.

När det gäller att öka hälsofrämjande och förebyggande insatser spelar inte bara elevhälsan en viktig roll. Barnmorskemottagningar, BVC, förebyggande socionomer, öppna förskolor och andra hälsofrämjande arenor bidrar till att ge barn en god start i livet. Det familjecentrerade arbetssättet (0-18 år) bör också lyftas fram i färdplanen då samverkan för barn och deras familjer är en central del i det främjande och förebyggande arbetet. En välfungerande samverkan mellan dessa parter möjliggör att upptäcka behov av vård och stöd i tidigt skede och kan motverka mer omfattande insatser på lång sikt. En välfungerande samverkan möjliggör också att barn och deras familjer enklare kan hitta, förstå och ta del av hälsofrämjande insatser på egen hand.

9.2 Ökad tillit och stark samverkan mellan huvudmännen

Göteborgs Stad vill belysa förutsättningar för tillit. För att klara av att ha ansvar för invånarna och öka tilliten mellan huvudmännen behöver det finnas en tydlig övergripande styrning så att de olika huvudmännens uppdrag och ansvarsområden är definierade och väl kända för varandra. Först när det är säkerställt kan en god samverkan ske. Göteborgs Stad anser att färdplanen behöver kompletteras med ett hälso- och sjukvårdsavtal som på ett tydligt sätt reglerar ansvaret mellan huvudmännen.

Eftersom ansvaret mellan huvudmännen är otydliga och det finns utrymme för olika tolkningar anser Göteborgs Stad att färdplanen i sin helhet blir för generell för att på ett klokt sätt kunna stödja omställningen till en nära vård eller på ett meningsfullt sätt ge stöd till att ta fram konkreta handlingsplaner, riktlinjer och stödstrukturer.

9.3.2 Fast omsorgskontakt

Göteborgs Stad bedömer att det finns samordningsvinster med att inrätta fast omsorgskontakt. Enligt utredningen Fast omsorgskontakt i hemtjänsten (SOU

2001:453) är förslaget att en fast omsorgskontakt bland annat ska vara ”spindeln i nätet”. Göteborgs Stad anser att rollen behöver förtydligas i färdplanen. I ett sådant arbete vill Göteborgs Stad lyfta vikten av dialog och medverkan från kommunernas hemtjänstutförare.

Göteborgs Stad vill framhålla att det finns motsvarande funktioner för personer med komplex psykisk sjukdom, missbruk och samsjuklighet.

9.3.3 Samordnad individuell plan, (SIP)

Göteborgs Stad bedömer att samordnad individuell plan är ett viktigt redskap för den enskilde och för verksamheterna. SIP-arbetet förutsätter gemensamt ansvar och deltagande från regionens specialistvård, regionens primärvård, kommunens socialtjänst och kommunens primärvård. Göteborgs Stads bedömning är att roller och ansvar behöver tydliggöras om SIP som verktyg ska få genomslagskraft. Göteborgs Stad ser här en viktig koppling till Västra Götalands riktlinje utifrån lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Göteborgs Stad har identifierat att kommunen och regionen inte alltid har samsyn på roller och ansvar i utskrivningsprocessen vilket försvårar arbetet med SIP.

9.3.4 Patientkontrakt

Göteborgs Stad ställer sig frågande till att ha med denna text eftersom den beskriver något som inte avser samverkan. En beskrivning av skillnad mellan SIP och patientkontakt kan göras under avsnitt om SIP (9.3.3).

9.4 Utveckla Personcentrerat arbetssätt

Göteborgs Stad instämmer i att personcentrerat arbetssätt är en förutsättning för att lyckas med omställningen till en nära vård. Innehållet i texten bör dock ses över.

9.5 Utveckling av arbetssätt med stöd av digitalisering

Göteborgs Stad anser att digitalisering och välfärdsteknik är en viktig framgångsfaktor för omställningen till en nära vård. Göteborgs Stad saknar dock gemensamma mål i färdplanen för vad Västra Götaland ska uppnå i utvecklingen av digitaliseringen fram till 2030.

Avsnittet behöver också kompletteras med att det finns grupper av människor som kan riskera att hamna i ett digitalt utanförskap och att det krävs strategier för att möta detta.

9.6 Utveckling av mobila vård/team över organisationsgränser

Göteborgs Stad vill betona att kommunen inte ensamt kan stå för basverksamhet och dygnet-runt-funktion enligt färdplanens beskrivning. Denna skrivning kan komma att få stora konsekvenser för kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Göteborgs Stad anser att färdplanen måste tydliggöra roller och ansvar för utvecklingen av mobila vårdteam över organisationsgränser. Göteborgs Stad har erfarenhet av flera allvarliga avvikelser kopplat till mobila vårdteam på grund av oklara ansvarsförhållanden mellan huvudmännen. Läkaransvaret och möjlighet till hembesök av läkare under hela dygnet behöver klargöras i överenskommelser och avtal.

Stärk grundläggande förutsättningar i samverkan

Göteborgs Stad vill framhålla att en grundläggande förutsättning för samverkan är att de olika huvudmännens uppdrag och ansvarsområden är definierade och väl kända för varandra. Först när det är säkerställt finns förutsättningar för en god samverkan ske. Definierade ansvarsförhållanden saknas i färdplanens nuvarande utformning vilket är en brist.

Övergripande synpunkter och övrigt

Sammantagen bedömning

Göteborgs Stad är positiv till att en läns-gemensam strategi för en god och nära vård definieras i en Färdplan men **avstyrker** remissförslaget.

För Göteborgs Stad är det väsentligt att Färdplanen är grundad i ett hälso- och sjukvårdsavtal där parternas respektive ansvar är reglerade på ett tydligare sätt än i föreliggande remissförslag. Eftersom ansvaret mellan huvudmännen är otydliga och det finns utrymme för olika tolkningar anser Göteborgs Stad att färdplanen i sin helhet blir för generell för att på ett klokt sätt kunna stödja omställningen till en nära vård.

Göteborgs Stad anser att remissförslaget är för allmänt hållet och att risken är stor att det blir ett visionsdokument och inte ett stöd i det gemensamma förändringsarbetet. Därtill behöver strategin för att vara ändamålsenlig kompletteras med tydliga styrdokument och indikatorer för uppföljning.

Övergripande synpunkter

Göteborgs Stad saknar scenariobeskrivning i färdplanen som utgår från huvudman, patienter och invånare samt hur huvudmännen kan arbeta med att stärka egenvården, något som Sverige Kommuner och Regioner (SKR) lyfter fram som en viktig del i omställningen till nära vård.

Flertalet nationella utredningar har initierats och slutrapporterats under tiden arbetet med färdplanen skett. Exempel är slutbetänkandet i samordnad god och nära vård, en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, utredning om en ny socialtjänstlag, samsjuklighetsutredningen, äldreomsorgslag samt stärkt rätt till personlig assistans med mera. En del av dessa har lett till lagförändringar, bland annat en ny skrivning i HSL om primärvård och primärvårdsuppdraget. Andra lagförslag ligger under utredning och det råder en osäkerhet i nuläget vad och hur dessa kan komma att påverka framtida arbete inom kommun och samverkan mellan kommun och region. Det vore bra om färdplanen kunde sammanhangsmarkera dessa förutsättningar, för att tydliggöra att planen är ”levande”.

Göteborgs Stad anser att det behövs en långsiktig kommunikationsplan där invånare i Västra Götaland, för ökad förståelse, involveras i omställningen. Det är viktigt med kommunikation på olika språk och att kommunikationen anpassas utifrån olika målgrupper.

Göteborgs Stad konstaterar att begreppet ”vi” används ojämnt i strategin. Under vissa rubriker används det återkommande och i andra avsnitt inte alls. Detta behöver ensas.