

Yttrande angående – Remiss från VästKom – Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande lagreglerade överenskommelser

Yttrande

Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen bör samverka för att inrätta en gemensam samordningsfunktion inom hälso- och sjukvården. Syftet är att säkerställa att patienter och brukare med komplexa och sammansatta behov får det stöd som krävs för att kunna navigera mellan kommunens och regionens vård- och omsorgsinsatser på ett tryggt och effektivt sätt.

Det är idag alltför många patienter och brukare som upplever fragmentering i vårdkedjan, särskilt när ansvar för insatser delas mellan olika huvudmän. Detta skapar otydlighet, bristande kontinuitet och risk för att viktiga insatser faller mellan stolarna. För att möta dessa utmaningar bör en strukturerad samordningsfunktion inrättas, med tydligt mandat och ansvar för att samordna insatser över huvudmannagränserna.

Alla individer som är i behov av samordnade insatser från både kommun och region bör erbjudas en individuell samordningsplan. I denna plan ska ansvarsfördelningen mellan de båda huvudmännen tydligt framgå, liksom hur uppföljning och kontakt ska ske. Genom att arbeta systematiskt med individuella samordningsplaner säkerställs att Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen tar ett gemensamt och långsiktigt ansvar för att förbättra vårdens struktur och innehåll. Det kommer i sin tur att leda till bättre vårdkvalitet, ökad trygghet och en mer sammanhållen vårdupplevelse för invånarna.

För att samordningsfunktionen ska vara verksam i praktiken föreslås att samordningskoordinatorer tillsätts. Dessa personer bör ha i uppdrag att stödja patienter, brukare och deras anhöriga i att få en fungerande, begriplig och trygg vårdkedja. Samordningskoordinatorerna bör vara särskilt tillgängliga för äldre personer, personer med kroniska sjukdomar, samt barn och unga med funktionsnedsättningar – grupper där behovet av kontinuitet och samordning är särskilt stort.

För att säkerställa att funktionen utvecklas i rätt riktning bör arbetet följas upp årligen. Denna uppföljning bör ha ett särskilt fokus på patient- och brukarperspektivet, där erfarenheter av tillgänglighet, delaktighet och trygghet tas tillvara som underlag för fortsatt förbättringsarbete.

Sammanfattningsvis är det vår bedömning att en samordningsfunktion av detta slag är en nödvändig och strategiskt viktig satsning för att förbättra helheten i

sjukvård för personer med komplexa behov. Ett gemensamt ansvarstagande mellan Göteborgs Stad och Västra Götalandsregionen är avgörande för att skapa en vård som är trygg, effektiv och jämlik för alla invånare.



Tjänsteutlåtande

Utfärdat 2025-05-16

Ärendenummer SLK-2025-00179

Handläggare

Karin Magnusson och Sara Linderup

Telefon: 031-368 05 80, 031-368 03 97

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

E-post: sara.linderup@stadshuset.goteborg.se

Remiss från VästKom – Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande lagreglerade överenskommelser

Förslag till beslut

I kommunstyrelsen:

Yttrande över remiss om Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande lagreglerade överenskommelser, i enlighet med bilaga 6 till stadsledningskontorets tjänsteutlåtande, översänds till VästKom.

Sammanfattning

Göteborgs Stad har 2025-02-03 fått VästKoms remiss Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser. Yttrandet ska vara VästKom tillhanda senast 2025-06-19.

Stadsledningskontoret har skickat underremiss till nämnden för funktionsstöd, socialnämnden Hisingen, socialnämnden Sydväst och äldre samt vård- och omsorgsnämnden.

Stadsledningskontoret bedömer att förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal är ett steg i rätt riktning för att tydliggöra parternas ansvarsförhållanden. Det finns dock några avsnitt i avtalet som behöver utvecklas och förtydligas för att ansvarsfördelningen mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna ska bli tydlig och att patientsäkerheten i omställningen till Nära vård säkerställs samt harmonisera med regionbildningsavtalet. De avsnitt i avtalet som stadsledningskontoret ser behöver omarbetas är Specialiserad vård i hemmet, Utökad omfattning av primärvård samt Uppföljning.

Stadsledningskontoret anser att även en av överenskommelserna, samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, behöver arbetas om. Exempelvis behöver avsnittet Personer med placering utanför hemmet justeras så att barn och unga inte omfattas. Stadsledningskontoret föreslår att överenskommelsen barn och ungas hälsa i stället revideras och kopplas till hälso- och sjukvårdsavtalet.

Sammanfattningsvis kan remissförslaget tillstyrkas, under förutsättning att de framförda synpunkterna beaktas och införlivas i en reviderad version av hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt personer med skadligt bruk och beroende.

Bedömning ur ekonomisk dimension

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärderar på uppdrag av regeringen omställningen till en god och Nära vård. I sin delrapport "Nära vård i sikte?" från 2021 beskrivs utvecklingen hittills ur patientperspektivet, systemperspektivet och yrkesverksammas perspektiv. I rapportens slutsatser lyfts "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". I rapporten "Omtag för omställning" från 2025, också skriven av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, framkommer flera aspekter av kommunernas perspektiv på omställningen. Bland annat konstateras att omställningens mål inte har uppnåtts och kritik riktas mot styrning men också att många av behoven har förskjutits till kommunerna. Det påpekas vidare att kommunerna inte har fått tillräckligt med stöd och resurser för att genomföra förändringarna, vilket gör att deras arbete för att stärka kommunala primärvården har varit begränsat. Vidare föreslås att regeringen och kommunerna bör säkerställa en mer samordnad styrning och ge tydligare resurser för att möta omställningens krav.

Ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal kommer i sig inte med någon ekonomisk fördelning, utan ersättning för det ansvar som kommunerna har för hälso- och sjukvård reglerades i den skatteväxling som ägde rum i samband med regionbildningen år 1999.

Nära vård innebär 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. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvårdsavtalet tydligt reglerar ansvar och vårdnivåer.

Med bakgrund av vad som framkommer i äldre samt vård- och omsorgsnämndens remissvar behöver justeringar göras i förslaget för att inte kommunen ska acceptera ett större åtagande än vad som är reglerat i regionbildningsavtalet.

Bedömning ur ekologisk dimension

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

Bedömning ur social dimension

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den med störst behov ska ges företräde till hälso- och sjukvården. 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.

Av remissen framgår att hälso- och sjukvårdsavtalet ska bidra till att parterna ger en god och säker vård till dem som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommun och region. Invånarna ska möta en samordnad och sammanhållen vård som utgår från samarbete oavsett huvudmannaskap, där patienten sätts i centrum. Målet är att erbjuda varje invånare en god och nära vård utifrån den enskildes behov, där den enskilde är en självklar part och medskapare av sin hälso- och sjukvård.

Riksdagen beslutade 2020 om Inriktning för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Beslutet innebär bland annat att primärvården ska utgöra navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Patienten bör få en nära, god och samordnad vård som syftar till att stärka hälsan där patientens delaktighet i vården sker utifrån den enskildes förutsättningar.

Den hälso- och sjukvård som regleras i hälso- och sjukvårdsavtalet mellan VGR och de 49 kommunerna omfattar i hög utsträckning sköra grupper med behov av samordnade insatser från både region och kommun. Barn är en särskilt sårbar grupp, och deras förmåga att delta i beslutsprocesser kring sin egen vård och hälsa kan variera beroende på ålder och mognad. Enligt barnkonventionens artikel 17 ska barn ha tillgång till information. Barns rätt till information är också tätt knuten till barns rätt till delaktighet som tas upp i artikel 12. Stadsledningskontoret bedömer att överenskommelsen barn och ungas hälsa bör underordnas hälso- och sjukvårdsavtalet i stället för att placerade barn och unga omfattas av överenskommelsen samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende. Det skulle innebära ett tydligare fokus på barn och ungas specifika behov.

Samverkan

Information i CSG 2025-06-05.

Bilagor

1. VästKoms remiss
2. Nämnden för funktionsstöds protokollsutdrag 2025-04-23 § 47
3. Socialnämnd Hisingens protokollsutdrag 2025-04-22 § 90
4. Socialnämnd Sydvästs protokollsutdrag 2025-04-23 § 85
5. Äldre samt vård- och omsorgsnämndens protokollsutdrag 2025-04-22 § 72
6. Förslag till yttrande

Ärendet

Göteborgs Stad har 2025-02-03 fått VästKoms remiss Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser. Yttrandet ska vara VästKom tillhanda senast 2025-06-19.

Beskrivning av ärendet

Efter ställningstagande i SRO (det gemensamma politiska samrådsorganet för VGR och kommunerna) har förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och lagreglerade överenskommelser skickats på remiss till VGR och samtliga kommuner i Västra Götaland. Enligt tidplan ska det nya avtalet och tillhörande överenskommelser träda i kraft 2027-01-01.

Remissvaret ska lämnas till VästKom i en digital enkät. Svaren ska graderas i respektive stycke enligt följande instruktion.

- **Stämmer helt** – denna text bedömer ni är korrekt och beskrivning av området är tillräcklig.
- **Delvis** – denna text bedömer ni vara korrekt men behöver beskrivas ytterligare alternativt kan kortas ner.
- **Stämmer inte alls** – denna text bedömer ni inte är korrekt alternativt relevant.

Stadsledningskontorets förslag till remissvar finns som bilaga 6 till tjänsteutlåtandet.

Bakgrund

Sedan regionbildningen år 1999 har samverkan och ansvarsfördelning för områden som (VGR) och respektive kommun i Västra Götaland har hälso- och sjukvårdsansvar för reglerats i ett avtal. Nuvarande avtal gäller sedan 2017. Ett förslag till reviderat avtal var framtaget och behandlades av samtliga kommuner och VGR under hösten 2022.

Göteborg Stad beslutade 2022-10-27 § 22 att avstå från att teckna avtal. Ett beslut som delades med flera andra kommuner. Skälet var att det reviderade avtalet inte bedömdes beskriva ansvar och vårdnivåer eller primärvårdens medverkan i den specialiserade vården i nödvändig utsträckning i förhållande till omställningen till Nära vård. Därefter har ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande lagreglerade överenskommelser arbetats fram. Dokumenten är framtagna i samverkan mellan representanter från kommunerna, kommunalförbunden och VästKom samt VGR.

Om någon part säger nej till hälso- och sjukvårdsavtalet så faller både avtalet och de underordnade lagreglerade överenskommelserna. Om någon part säger nej till en av överenskommelserna så faller inte hälso- och sjukvårdsavtalet men däremot kommer den aktuella överenskommelsen inte att gälla.

Beslutsprocess och tidplan

- 2025-09-01: SRO behandlar det slutliga förslaget samt rekommenderar regionen och 49 kommuner att besluta enligt förslag
- September 2025: beslutsprocessen tar vid hos respektive huvudman
- 2026-05-31: beslut ska vara fattat hos samtliga parter
- 2027-01-01: nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerade överenskommelser träder i kraft

Ärendets beredning

Stadsledningskontoret har skickat underremiss till nämnden för funktionsstöd, socialnämnd Hisingen, socialnämnd Sydväst och äldre samt vård- och omsorgsnämnden.

Förslag till nytt Hälso- och sjukvårdsavtal

Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan VGR och kommunerna i Västra Götaland syftar till att säkerställa att invånarna får en god, säker och samordnad vård. Avtalet reglerar ansvarsfördelningen mellan region och kommun inom de delar av hälso- och sjukvården där parterna har ett gemensamt ansvar. Det bygger på principen att vården ska vara nära, personcentrerad och utgå från individens behov, där egenvård och digitala lösningar ska vara förstahandsval när det är möjligt.

Regionen och kommunerna har delat ansvar för primärvård. Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård åt personer som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. 1 § HSL samt hemsjukvård i ordinärt boende. Regionen har ett bredare ansvar som även omfattar specialistvård, läkarinsatser och vård av asylsökande och papperslösa. Vid vård i hemmet krävs nära samverkan mellan huvudmännen, där team kan sammansättas utifrån patientens behov och ansvar tydliggörs genom exempelvis samordnad individuell plan (SIP). Avtalet lägger stor vikt vid informationsöverföring, kontinuitet och ett helhetsperspektiv på patientens situation.

Hälso- och sjukvårdsavtalet möjliggör utökad primärvård, där kommuner efter överenskommelse kan utföra insatser under kvällar, nätter eller helger även om det formella ansvaret ligger på regionen. Det behandlar även frågor om patientsäkerhet, där gemensamma avvikelssystem och en tydlig tvistelösningsprocess i tre steg säkerställer att oenigheter hanteras skyndsamt och strukturerat. Uppföljning ska ske årligen, där båda parter ansvarar för att följa upp efterlevnaden och använda resultaten i ett systematiskt förbättringsarbete.

Avtalet gäller mellan 2027 och 2030, med möjlighet till automatisk förlängning om det inte sägs upp. Det är ett omfattande dokument som ska främja en sammanhållen, rättvis och effektiv vård i Västra Götaland, och utgöra grunden för samverkan mellan regionen och de 49 kommunerna i länet.

Fyra lagstadgade överenskommelser

Till hälso- och sjukvårdsavtalet har även fyra lagstadgade överenskommelser mellan regionen och kommunerna knutits. Dessa är underordnade avtalet och benämns:

- Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård,
- Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård,
- Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende,
- Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.

Remissvar

Nedan är sammandrag av nämndernas remissvar. Svaren i sin helhet finns på stadsledningskontoret.

Nämnden för funktionsstöd

Nämnden beslutade 2025-04-23 § 47 att godkänna synpunkter på förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och dess fyra tillhörande överenskommelser.

Nämnden bedömer att det reviderade förslaget till hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser i stort sett har omarbetats på ett bra sätt. Avseende hälso- och sjukvårdsavtalet anser nämnden att det i sin helhet är väl utformat och tillgodoser målgruppens behov på ett bra sätt. Dock finns synpunkter på avsnittet om specialiserad vård i hemmet, där det behöver förtydligas att ansvaret för denna vårdnivå alltid ligger på regionen. Dessutom föreslår nämnden att ett tillägg i beskrivningen av VGR:s ansvar, där det anges att patienten ska kunna "tillgodogöra sig insatser", tas bort, då detta bedöms som ottydligt och potentiellt begränsande.

När det gäller överenskommelsen om Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård är bedömningen i huvudsak positiv, men nämnden anser att det bör tydliggöras vad som ska följas upp inom ramen för överenskommelsen. Samma synpunkt gäller för överenskommelsen om kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård – även här anser nämnden att uppföljningens innehåll behöver preciseras.

Överenskommelsen som rör personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk eller beroende behöver däremot justeras innan den kan godkännas. Nämnden påpekar att ansvarsfördelning och målgruppsbeskrivningar bör göras mer enhetliga och lättlästa, och att begreppsanvändningen behöver ses över. Ett särskilt problem är att denna överenskommelse till skillnad från övriga främst reglerar samverkan mellan socialtjänsten och den specialiserade hälso- och sjukvården, vilket försvårar överblicken. Nämnden föreslår också att avsnitt 8, som behandlar personer med placering utanför hemmet, bör brytas ut och utgöra en egen överenskommelse, eftersom målgruppen där inte omfattas av psykisk funktionsnedsättning.

Slutligen bedömer nämnden att överenskommelsen om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård – kan godkännas i sin helhet utan behov av ytterligare justeringar.

Socialnämnd Hisingen

Nämnden beslutade 2025-04-22 § 90 att:

1. Tillstyrka förslag på Hälso- och sjukvårdsavtal med reservation för de synpunkter som lämnas i yttrandet.
2. Avstyrka förslagen på två tillhörande överenskommelser Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk, samt Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso-och sjukvård.

Socialnämnd Hisingen väljer att avgränsa sitt yttrande till de delar av hälso- och sjukvårdsavtalet som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Nämnden gör den samlade bedömningen att det föreslagna Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende behöver ses över och revideras. Det finns framför allt behov av revidering utifrån områdena uppföljning av avtalet och överenskommelserna, regionens ansvar för att bistå med intyg, barn och unga-

perspektivet och kostnadsansvar för placering utanför hemmet. Utifrån detta gör nämnden bedömningen att förslag på Hälso- och sjukvårdsavtal bör tillstyrkas med reservation för att revidering behöver göras medan förslaget på överenskommelsen om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende bör avstyrkas.

Nämnden anser att överenskommelsen om samverkan för barn och ungas hälsa behöver revideras och tydligt underordnas huvudavtalet. I dess nuvarande form finns en risk att den förbises, särskilt eftersom det kan vara oklart vilken överenskommelse som ska tillämpas för åldersgruppen 0-20 år i olika situationer.

När det gäller överenskommelsen om kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård har nämnden avstyrkt denna. Stadsledningskontoret kan inte i nämndhandlingen se något motiv till varför överenskommelsen bör avstyrkas. Av förvaltningens bedömning framgår att överenskommelsen kan tillstyrkas.

Socialnämnd Sydväst

Nämnden beslutade 2025-04-23 § 85 att:

1. Tillstyrka förslag på Hälso- och sjukvårdsavtal med reservation till de synpunkter som lämnas i yttrandet.
2. Avstyrka förslag på Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende med hänvisning till de synpunkter som lämnas i yttrandet.
3. Tillstyrka förslag på Överenskommelse Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Nämnden har valt att avgränsa yttrandet till de delar av Hälso- och sjukvårdsavtalet som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Gällande de överenskommelser som är underordnade avtalet har nämnden avgränsat sig till att yttra sig över två av överenskommelserna Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende och Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Nämnden anser att överenskommelsen om samverkan för barn och ungas hälsa behöver revideras och underordnas huvudavtalet. I dess nuvarande form finns en risk att den förbises, särskilt eftersom det kan vara oklart vilken överenskommelse som ska tillämpas för åldersgruppen 0–20 år i olika situationer.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnd

Nämnden beslutade 2025-04-22 § 72 att tillstyrka förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal under förutsättning att nämndens framförda synpunkter omhändertas.

Avtalsförslaget och de tillhörande överenskommelserna utgår från Färdplan – länsgemensam strategi för god och Nära vård, och är i flera delar oproblematiska. Det finns dock områden som inte beaktats i tillräcklig utsträckning. Nämnden anser att avtalet inte tydligt nog beskriver ansvarsfördelningen i relation till den pågående omställningen mot en god och Nära vård. I denna omställning förväntas kommunerna ta ett ökat ansvar för patienter med mer omfattande och komplexa vårdbehov. Mot bakgrund av detta behöver ansvarsförhållandena mellan parterna regleras tydligare i avtalet.

Nämndens huvudsakliga synpunkter rör behovet av klarare riktlinjer och en förbättrad samverkan mellan huvudmännen. Nämnden har granskat avtalet och bedömer tre avsnitt som otillräckliga: Specialiserad vård i hemmet, Utökad omfattning av primärvård och Uppföljning.

I avsnitt 2.2 Specialiserad vård i hemmet behöver gränsdragningen mellan primärvård och specialistvård tydliggöras. Medan primärvårdsansvaret delas mellan region och kommun, ligger ansvaret för specialistvård helt på regionen. Enligt 2 kap. 2 § kommunallagen omfattas inte specialistvård av den kommunala kompetensen, vilket innebär att kommunens medarbetare inte har befogenhet att utföra specialistinsatser. Trots detta öppnar avtalet för att kommunen i vissa fall skulle kunna ansvara för sådana insatser. Denna formulering behöver justeras så att det tydligt framgår att kommunen endast får utföra insatser inom ramen för sin kompetens och där särskild organisation eller struktur inte krävs. Ett tydligare ansvarstagande är avgörande för att minska risken för feltolkningar och främja patientsäkerheten.

Avsnitt 4 Utökad omfattning av primärvård skapar oklarheter och bör tas bort eftersom det inte stämmer överens med regionbildningsavtalet. I stället bör fokus ligga på hur samverkan mellan region och kommun kan utvecklas för att skapa en mer sammanhållen vård.

Vad gäller avsnitt 7 Uppföljning behövs en starkare koppling till patientsäkerhet och tydligare, konkreta uppföljningsmål. I sin nuvarande form är formuleringarna alltför generella, vilket skapar tolkningsutrymme och risk för bristande uppföljning. Det bör framgå vilka områden som särskilt ska följas upp, exempelvis ansvarsfördelning och samverkansformer, för att uppföljningen ska bli relevant och bidra till utveckling. Även ett tydligare förebyggande perspektiv bör införas för att stödja omställningen till en Nära vård.

Nämnden betonar även vikten av att barnperspektivet genomsyrar hela avtalet, med särskilt fokus på barns rättigheter och behov. Teambaserad samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst bör stärkas genom att läkarens roll tydliggörs och patientens delaktighet lyfts fram. Avsnittet om SIP bör utvecklas, särskilt vad gäller patienter som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser men inte socialtjänst. Dessutom behöver uppföljningen av SIP konkretiseras för att säkerställa kontinuitet och ansvarstagande.

Avseende de lagreglerade överenskommelserna ser nämnden behov av flera justeringar. När det gäller överenskommelsen om Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård behöver ansvarsbeskrivningen förtydligas, särskilt kring närområdesplanen som är ett regionalt dokument och därför inte kan vara ett gemensamt ansvar. Det behövs också ett klarläggande av läkaransvaret vid korttidsplatser samt en tydlig definition av vad uppföljningen ska omfatta.

För överenskommelsen om kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna vård är nämnden positiv till att nuvarande ekonomiska modell behålls. Dock bör uppföljningsavsnittet förtydligas så att det framgår vilka delar som ska mätas och om även avvikelser i samverkan ska följas upp.

I överenskommelsen om personer med psykisk funktionsnedsättning samt personer med skadligt bruk eller beroende behöver begrepp definieras och strukturen förtydligas.

Även här efterlyser nämnden tydligare och mätbara uppföljningskrav, inklusive koppling till hälso- och sjukvårdsavtalet och uppföljning av kostnadsfördelning.

Slutligen bedöms överenskommelsen om munhälsa och nödvändig tandvård behöva viss justering vad gäller struktur och uppföljning.

Stadsledningskontorets bedömning

Förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal är ett steg i rätt riktning för att tydliggöra parternas ansvarsförhållanden. Det finns dock några avsnitt i avtalet som behöver utvecklas och förtydligas för att ansvarsfördelningen mellan VGR och kommunerna ska bli tydlig och att patientsäkerheten i omställningen till Nära vård säkerställs samt harmonisera med regionbildningsavtalet. Stadsledningskontoret anser att tre avsnitt i avtalet behöver omarbetas. Dessa är Specialiserad vård i hemmet, Utökad omfattning av primärvård samt Uppföljning.

Gränsdragningen mellan primärvård och specialistvård behöver klargöras, särskilt eftersom gällande lagstiftning i princip inte tillåter kommuner att utföra specialistvård. Avtalet innehåller skrivningar som öppnar för detta, vilket kan leda till risker både juridiskt och utifrån patientsäkerheten. För att undvika tolkningsproblem krävs tydliga formuleringar som beskriver att kommunen endast får utföra insatser där rätt kompetens finns och där det inte krävs särskild struktur eller organisation.

Avsnittet om Utökad omfattning av primärvård gäller insatser som inte omfattas av regionbildningsavtalet och den skatteväxling som är gjord. Skrivningar om utökad primärvård har funnits med i avtal mellan VGR och kommunerna sedan länge. Dessa skrivningar har dock varit föremål för diskussion under många år och utvecklingen med mer komplex hälso- och sjukvård utanför sjukhusen innebär dessutom förändrade förutsättningar. Stadsledningskontoret föreslår att detta avsnitt utgår helt. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen står inför en gemensam omställning där vården ska ”flytta hem”. Beskrivningarna i avsnittet blir motsägelsefulla och kommer förmodligen inte möta de ökande vårdbehoven om inte båda parter organiserar sig för att arbeta på ett nytt sätt. Omställningen till Nära vård innebär att alla huvudmän behöver rusta sig för att kunna utföra vård utanför sjukhuset och fokus bör i stället ligga på hur region och kommun ska samarbeta för en mer sammanhållen vård.

Under avsnittet finns också en text om tjänsteköp. Vilka insatser som kan vara föremål för tjänsteköp är oklart. Stadsledningskontoret saknar klargörande av hur utökad omfattning av primärvård och tjänsteköp förhåller sig till lagen om offentlig upphandling.

Göteborgs Stad anser att förutsättningarna för att komma överens om insatser utöver vad reglerat i regionbildningsavtalet behöver omhändertas i annan ordning. Inom ett sådant arbete behöver de rättsliga förutsättningarna utredas.

Även uppföljningsavsnittet behöver justeras. Det saknar tydliga kopplingar till patientsäkerhet och innehåller inga specifika uppföljningsmål. Stadsledningskontoret efterlyser konkreta indikatorer kopplade till ansvarsfördelning, samverkan och förebyggande arbete, för att ge uppföljningen mening och stödja omställningen till Nära vård.

Stadsledningskontoret anser att överenskommelsen Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende behöver omarbetas. Exempelvis behöver avsnittet Personer med placering utanför hemmet justeras så att barn och unga inte omfattas. Samtliga underremissinsatser har i sina svar föreslagit att överenskommelsen barn och ungas hälsa i stället bör revideras och kopplas till avtalet. Stadsledningskontoret delar denna bedömning. Genom att prioritera barnets bästa och involvera dem i beslutsprocesser kan en mer rättvis och effektiv vård säkerställas för denna viktiga grupp.

Sammanfattningsvis kan remissförslaget tillstyrkas, under förutsättning att de framförda synpunkterna beaktas och införlivas i en reviderad version av hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelsen om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning samt personer med skadligt bruk och beroende.

I bilaga 6 till stadsledningskontorets tjänsteutlåtande finns detaljerade svar på varje avsnitt i Hälso- och sjukvårdsavtalet och de fyra lagreglerade överenskommelserna.

Jonas Kinnander

Eva Hessman

Direktör Ärende och utredning

Stadsdirektör

Remissbrev

Västra Götaland 2025-02-03

Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande lagstadgade överenskommelser

Den 30 januari 2025 ställde sig det politiska samrådsorganet (SRO) bakom att skicka ut förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal samt de fyra lagstadgade överenskommelserna på remiss.

Dokumentet är framtagna i samverkan mellan representanter från kommunerna, kommunalförbunden och VästKom samt Västra Götalandsregionen.

Länkar till dokumenten:

- [Hälso- och sjukvårdsavtal.](#)
- [Överenskommelse Om Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård.](#)
- [Överenskommelse Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.](#)
- [Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende.](#)
- [Överenskommelse Samverkan om Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.](#)

Syftet är att få ett avtal som är modernt och framtidsinriktat då dagens hälso- och sjukvård är i en omställning. Målet är att avtal och överenskommelser är hållbara över tid. Det nya avtalet behöver ta höjd för intentionerna i [Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård](#).

Avtalsparter liksom remissinstanser är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

Fördjupad information och frågor och svar om förslagen finns på vardsamverkan.se

Remissvar ska vara inne från parterna senast kl. 12.00 den 19 juni 2025.

Remissvar ska lämnas på avsnitt som antingen bedömts vara bra formulerade eller där kompletteringar och förtydligande behövs samt, om man anser att det inte är tydligt nog, ge förslag på omformulering. Varje avsnitt och stycke ska kommenteras enligt strukturen i det digitala formuläret.

Ett samlat svar ska lämnas från respektive kommun och enligt särskild ordning från Västra Götalandsregionen.

Det [digitala formuläret](#) finns även som bilaga i Word och bifogas remissbrevet för att vid behov underlätta dialog, överblick och insamling av svar hos respektive part.

Beslutsprocess

1 september 2025: SRO behandlar det slutliga förslaget, samt rekommenderar regionen och 49 kommuner att besluta enligt förslag.

September 2025: beslutsprocessen tar vid hos respektive huvudman.

31 maj 2026: beslut ska vara fattat hos samtliga parter

1 januari 2027: nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerade överenskommelser träder i kraft.

För frågor kontakta:

Jenny Nilsson, processledare, VGR

Mobil: 0760-50 21 46

E-post: jenny.j.nilsson@vgregion.se

Malin Swärd Davidsson, processledare, VästKom

Mobil: 0730-65 33 57

E-post: malin.sward@vastkom.se



Remissversion

Överenskommelse

Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet



Innehåll

1.	Inledning.....	3
2.	Parter	3
3.	Giltighetstid	3
4.	Målgrupp.....	4
5.	Syfte	4
6.	Kriterier för kommunens betalningsansvar	4
7.	Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret.....	5
8.	Uppföljning	5

REMISSVERSION

1. Inledning

Denna överenskommelse är underordnad Hälso- och sjukvårdsavtalet. Uppföljning, avvikelser och tvistehantering ska hanteras i enlighet med vad som är reglerat i hälso- och sjukvårdsavtalet.

Överenskommelsen reglerar hur ersättningen ska beräknas för en patient som vårdas inom den slutna vården, efter det att den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar. Detta i enlighet med 4 kap. 5 § Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

Formerna för samverkansprocessen vid in- och utskrivning beskrivs i länsgemensam riktlinje.

2. Parter

Avtalsparter i denna överenskommelse är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen, VGR, vilka fortsättningsvis i överenskommelsen benämns som parterna.

3. Giltighetstid

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland, genom beslut som vinner laga kraft.

Överenskommelsen gäller under perioden 2027-01-01 – 2030-12-31. Senast arton månader innan giltighetstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp överenskommelsen. Om ingen part skriftligen sagt upp överenskommelsen förlängs den med tre år i taget, med arton månaders uppsägningstid. Vid uppsägning av överenskommelsen upphör den att gälla när den aktuella perioden på fyra år löper ut, alternativt när förlängningstiden på tre år löper ut. Det räcker att en part säger upp överenskommelsen för att den ska upphöra att gälla för samtliga parter enligt ovan. En uppsägning av denna överenskommelse påverkar inte hälso- och sjukvårdsavtalet eller övriga lagreglerade överenskommelser.

En uppsägning av hälso- och sjukvårdsavtalet omfattar även denna överenskommelse då den är underordnad avtalet.

Vid väsentliga förändringar av förutsättningar för överenskommelsen kan initiativ till en ny översyn tas av det politiska samrådsorganet, SRO, där samverkan sker mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR.

4. Målgrupp

Målgruppen är patienter i alla åldrar som är kvar inom slutenvården efter att behandlande läkare har bedömt att patienten är utskrivningsklar, och där samordnade insatser kan komma att behövas efter utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

5. Syfte

Överenskommelsen reglerar hur kommunernas betalningsansvar ska beräknas.

6. Kriterier för kommunens betalningsansvar

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

Dessa villkor är att:

- slutenvården ska ha skickat inskrivningsmeddelande (2 kap. 1–3 §§ 2017:612)
- slutenvården ska ha meddelat att patienten är utskrivningsklar (3 kap. 1 2017:612)
- slutenvården ska - senast samma dag som utskrivning sker- överföra information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård (3 kap 2 § 2017:612)
- patienten ska ha erbjudits en samordnad individuell plan, SIP, vid behov av insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst (4 kap 1-3 §§ 2017:612)
- för patienter som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska planeringen, genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan 7a § (1911:1128) om psykiatrisk tvångsvård respektive 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Lag 2019:979).
- vid behov av SIP ska den fasta vårdkontakten i regionfinansierad öppen vård ha kallat till sådan (4 kap. 3 § (2017:612).
- planering och insatser från den regionfinansierade öppna vården är tillgängliga för en patientsäker vård i hemmet (5 kap 5 § 2017:612).
- användning av gemensamt IT-stöd

7. Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret

Kriterierna för kommunens betalningsansvar ska vara uppfyllda innan betalningsansvaret kan träda in.

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

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

8. Uppföljning

Parterna har både ett eget och ett gemensamt ansvar för årlig uppföljning av överenskommelsen, i enlighet med hälso- och sjukvårdsavtalet.



Remissversion

Överenskommelse

Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet



Innehåll

1. Inledning	3
2. Parter	3
3. Giltighetstid	3
4. Målgrupper	4
5. Parternas ansvar	4
6. Personer med psykisk funktionsnedsättning	5
6.1 Regionens ansvar	5
6.2 Kommunens ansvar	5
7. Personer med skadligt bruk och beroende samt samsjuklighet	6
7.1 Regionens ansvar	6
7.2 Kommunens ansvar	7
8. Personer med placering utanför hemmet	7
8.1 Gemensamt ansvar	8
8.2 Regionens ansvar	8
8.3 Kommunens ansvar	8
8.4 Gemensam planering	8
8.5 Kostnadsansvar	9
8.6 Uppföljning av placering	10
9. Personer med psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård	10
9.1 Regionens ansvar	10
9.2 Kommunens ansvar	11
10. Uppföljning	11

1. Inledning

Denna överenskommelse är underordnad Hälso- och sjukvårdsavtalet. Uppföljning, avvikelser och tvistehantering ska hanteras i enlighet med vad som är reglerat i hälso- och sjukvårdsavtalet.

Överenskommelsen reglerar samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller är placerade i ett skyddat boende. Detta i enlighet med 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, samt 5 kap. 8 a och 9 a § Socialtjänstlagen, SoL.

Överenskommelsen reglerar även samarbete kring personer med tvångsvård. Huvudsakliga rättsregler återfinns i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och i lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

För barn och unga till och med 20 år, som behöver samordnade insatser och tvärprofessionell kompetens, ska även länsgemensam överenskommelse "Samverkan för barns och ungas hälsa" beaktas.

2. Parter

Avtalsparter i denna överenskommelse är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen, VGR, vilka fortsättningsvis i överenskommelsen benämns som parterna.

3. Giltighetstid

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland, genom beslut som vinner laga kraft.

Överenskommelsen gäller under perioden 2027-01-01 – 2030-12-31. Senast arton månader innan giltighetstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp överenskommelsen. Om ingen part skriftligen sagt upp överenskommelsen förlängs den med tre år i taget, med arton månaders uppsägningstid. Vid uppsägning av överenskommelsen upphör den att gälla när den aktuella perioden på fyra år löper ut alternativt när förlängningstiden på tre år löper ut. Det räcker att en part säger upp överenskommelsen för att det ska upphöra att gälla för samtliga parter enligt ovan. En uppsägning av denna överenskommelse påverkar inte hälso- och sjukvårdsavtalet eller övriga lagreglerade överenskommelser.

En uppsägning av hälso- och sjukvårdsavtalet omfattar även denna överenskommelse då den är underordnad avtalet.

Vid väsentliga förändringar av förutsättningar för överenskommelsen kan initiativ till en ny översyn tas av det politiska samrådsorganet, SRO, där samverkan sker mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR.

4. Målgrupper

Överenskommelsen omfattar personer, oavsett ålder, där samordnade insatser kan komma att behövas. Målgrupperna för överenskommelsen är:

1. personer med psykisk funktionsnedsättning
2. personer som med skadligt bruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar
3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller är placerade i ett skyddat boende.
4. personer inom psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård

Syftet är att ge personer inom målgruppen möjlighet till behandling, återhämtning och delaktighet i samhällslivet. 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.

5. Parternas ansvar

Parterna har ett gemensamt ansvar för att samarbeta kring målgruppen. Samarbetet ska ligga till grund för att öka den enskildes möjlighet att ta ansvar för sitt eget liv.

Gemensamt ansvar är att:

- arbeta hälsofrämjande och förebyggande med målgrupperna
- arbeta för att stärka individens förutsättningar att använda digitala hjälpmedel och kommunikationsvägar
- identifiera somatisk ohälsa liksom ohälsa i munnen hos patienter med psykisk funktionsnedsättning
- underlätta och stödja personens återhämtning och rehabilitering genom huvudmännens samlade ansvar för sammanhållna, kunskapsbaserade och personcentrerade insatser
- tillämpa teambaserat arbetssätt
- minimera risken för att personens rättighet att få vård och stöd av respektive huvudman uteblir på grund av osämja

6. Personer med psykisk funktionsnedsättning

Personer med psykisk funktionsnedsättning har svårigheter att utföra eller delta i aktiviteter inom viktiga livsområden. Detta medför begränsningar i relation mellan personen och omgivningsfaktorer.

6.1 Regionens ansvar

- årligen erbjuda hälsosamtal och somatisk kontroll för personer med långvarig psykisk sjukdom
- ansvara för hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård
- bistå med intyg/bedömning av individens funktion, förutsättningar och behov av anpassning

6.2 Kommunens ansvar

Socialtjänstens ansvar

- bedriva uppsökande arbete och informera om kommunens verksamheter
- inventera behov, informera om samhällets insatser, erbjuda insatser, samt anvisa vägar att söka den vård och det stöd som personerna behöver
- utreda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.
- kan innefatta sysselsättning, boende och stöd till arbete eller studier.
- socialtjänst och skola/förskola som bedriver utbildning i kommunen ska samverka med varandra gällande fullföljda studier.

Kommunal primärvårds ansvar

- erbjuda kommunal primärvård enligt hälso- och sjukvårdsavtalet

7. Personer med skadligt bruk och beroende samt samsjuklighet

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

Skadligt bruk påverkar individen eller dennes omgivning negativt, och går ut över individens sociala liv, såsom hem, familj, arbete och skola, men leder också till ökad risk för fysisk skada. Eftersom narkotikainnehav/-bruk är kriminaliserat, så anses bruk generellt som skadligt, oberoende av mängd eller omfattning.

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

Kommunens socialtjänst, skola och VGR har ansvar för att tidigt identifiera samsjuklighet, och att särskilt uppmärksamma denna problematik hos målgruppen, samt då specifikt uppmärksamma ungdomar. Parterna ska säkerställa att behandling och stöd vid skadligt bruk och samtidig psykisk sjukdom sker parallellt och integrerat. Samsjuklighet får aldrig vara ett skäl till att inte ge vård, eller till att vård och behandling försenas. Uthållighet och kontinuitet ska prägla vården och insatserna.

7.1 Regionens ansvar

- identifiera somatisk ohälsa liksom behov av tandvård hos patienter med psykiatrisk ohälsa
- ansvara för hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL, för personer som vistas i hem för vård och boende, HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård
- ansvara för avgiftning
- initiera samverkan kring tillnyktring
- bistå med intyg/bedömning av individens funktion, behov och förutsättningar
- fullfölja anmälningsskyldighet enligt gällande lagar
- ge tvärprofessionella behandlingsinsatser
- erbjuda stöd till närstående
- särskilt beakta barns rätt till information, råd och stöd

7.2 Kommunens ansvar

Socialtjänstens ansvar

- uppmärksamma somatisk ohälsa liksom ohälsa i munnen hos patienter med psykiatrisk ohälsa
- inventera behov, informera om samhällets insatser, erbjuda insatser, samt anvisa vägar att söka den vård och det stöd som personerna behöver
- utreda, 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
- bedriva uppsökande arbete och informera om kommunens verksamheter
- erbjuda stöd till boende och arbete/studier
- arbeta med återfallsprevention
- ge motiverande och familjeorienterade insatser
- socialtjänst och skola/förskola som bedriver utbildning i kommunen ska samverka med varandra gällande fullföljda studier
- erbjuda stöd till anhöriga och närstående
- ge stöd till barn som har en förälder eller annan närstående med missbruks- och beroendeproblem

Kommunal primärvårds ansvar

- erbjuda insatser enligt hälso- och sjukvårdsavtalet

8. Personer med placering utanför hemmet

Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård

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

En placering utanför hemmet görs då det bedöms vara nödvändigt utifrån personens behov efter en:

- ansökan från den enskilde, inom ramen för SoL
- bedömning av socialnämnden utifrån LSS, SoL, LVU eller LVM med placering i familjehem, på HVB eller Statens institutionsstyrelses, SIS, institutioner

Skiljelinjen mellan parternas ansvar i lagstiftning är inte alltid tydlig. 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.

8.1 Gemensamt ansvar

Varje part ansvarar för bedömning, utredning, insatser och uppföljning utifrån sitt uppdrag. Båda parterna 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 parterna 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.

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

8.2 Regionens ansvar

Regionen har ansvar för läkarinsatser, oavsett boendeform, och har dessutom ansvar för övriga hälso- och sjukvårdsinsatser i boendeformerna HVB, Familjehem och Hem för viss annan heldygnsvård. Personer som har behov av fortsatta insatser, och som placeras i boenden, ska därmed inte avslutas hos aktuell verksamhet inom regional hälso- och sjukvård.

8.3 Kommunens ansvar

Kommunens socialtjänst 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.

8.4 Gemensam planering

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

Vid placering ska särskilt beskrivas:

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

Vid akut placering har parterna ett gemensamt ansvar att skyndsamt genomföra planering, och komma överens om en tillfällig ansvarsfördelning. Den enskildes behov av insatser ska alltid säkerställas.

8.5 Kostnadsansvar

Kostnadsansvaret följer respektive parts ansvarsområde, oavsett om insatserna utförs av parten själv eller om avtal med annan part upprättats.

Avtal och insatser som även omfattar den andra partens ansvarsområde ska föregås av ett godkännande från denne, för att kostnadsansvar ska uppstå.

Varje placering ska föregås av en skriftlig överenskommelse om kostnadsansvar mellan parterna, oavsett vilken part som gör placeringen.

I den skriftliga kostnadsfördelningen ska det framgå:

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

I de fall den enskilde är i behov av både kommunens socialtjänstinsatser och regionens hälso- och sjukvårdsinsatser, kan parterna 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.

8.6 Uppföljning av placering

Uppföljning av den enskildes placering ska ske gemensamt och regelbundet av parternas 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.

9. Personer med psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård

En person som lider av en allvarlig psykisk störning och som motsätter sig nödvändig vård kan bli föremål för psykiatrisk tvångsvård. Även 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.

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

Om patienten har behov av åtgärder från den regionala eller kommunala primärvården, den psykiatriska öppenvården eller insatser från socialtjänsten, ska vårdplanen upprättas i samråd med dessa.

En samordnad vårdplan beskriver olika parter åtgärder respektive insatser. Planen ska justeras av vårdgivarens slutenvård, den fasta vårdkontakten i öppen vård, kommunens socialtjänst och i förekommande fall regional och kommunal primärvård. En förutsättning är att patienten bedöms vara utskrivningsklar av ansvarig läkare, samt att förvaltningsrätt fattat beslut om ÖPT respektive ÖRV, vilka inte är valfria för. Det ska även vara klarlagt att den regionfinansierade öppna vården är tillgänglig för den enskilde.

9.1 Regionens ansvar

- utföra medicinsk specialistpsykiatrisk behandling, omvårdnad och åtgärder i sluten vård, under permission, samt vid ÖPT eller ÖRV
- samplanera med socialtjänst, regional fast vårdkontakt och andra aktörer vid upprättande av vårdplan

- upprätta samordnad vårdplan inför utskrivning från slutenvård i samplanering med Socialtjänst, den regionala öppna vården och andra inblandade aktörer.
- ansöka hos förvaltningsrätt om övergång till ÖPT eller ÖRV, och då föreslå vilka särskilda villkor rätten ska besluta.
- i förekommande fall stå för utförande av särskilda villkor fastställa av förvaltningsrätt
- följa upp åtgärder vid permission, ÖPT eller ÖRV, med socialtjänst och andra inblandade aktörer.
- vidta åtgärder för återintagning i slutenvård om förutsättningar för ÖPT eller ÖRV inte längre finns
- erbjuda en SIP vid utskrivning från ÖPT eller ÖRV till frivillig vård, om behov finns av insatser från båda huvudmännen.

9.2 Kommunens ansvar

Kommunens uppdrag bygger på frivilligt.

Socialtjänstens ansvar

- utreda och fatta beslut om, samt verkställa och följa upp insatser enligt relevant lagstiftning SOL och LSS vid permissioner och ÖPT eller ÖRV.
- medverka vid vårdplanering inför utskrivning från slutenvård och vid upprättande av samordnad vårdplan
- påbörja planering av insatser när inskrivningsmeddelande inkommit och fast vårdkontakt i öppen vård är utsedd, för att den enskilde tryggt ska kunna lämna slutenvården (*Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård*).
- bidra med information om socialtjänstens planering och beslut vid upprättande av vårdplan i slutenvård och öppenvård med innehåll enligt HSLF-FS 2022:62
- medverka vid vårdplanering inför utskrivning från slutenvård och vid upprättande av samordnad vårdplan

Kommunal primärvård

- Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet.

10. Uppföljning

Parterna har både ett eget och ett gemensamt ansvar för uppföljning av överenskommelsen, i enlighet med hälso- och sjukvårdsavtalet.

Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende tillämpning, följsamhet samt rapporterade avvikelser. Uppföljning av följsamhet sker på såväl individ- som systemnivå.



Remissversion

Överenskommelse

Samverkan om Munhälsa – uppsökande och nödändig tandvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet



Innehåll

1. Inledning	3
2. Parter	3
3. Giltighetstid	3
4. Målgrupp	3
5. Syfte	4
6. Gemensamt ansvar	4
7. Parternas ansvar	5
7.1 Regionens ansvar	5
7.2 Kommunens ansvar	5
8. Utbildning	6
9. Uppföljning	6

REMISSVERSION

1. Inledning

Denna överenskommelse är underordnad Hälso- och sjukvårdsavtalet. Uppföljning, avvikelser och tvistehantering ska hanteras i enlighet med vad som är reglerat i hälso- och sjukvårdsavtalet.

Överenskommelsen reglerar samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård enligt 8 och 8a §§ Tandvårdslagen (1985:125).

2. Parter

Avtalsparter i denna överenskommelse är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen, VGR, vilka fortsättningsvis i överenskommelsen benämns som parterna.

3. Giltighetstid

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland, genom beslut som vinner laga kraft.

Överenskommelsen gäller under perioden 2027-01-01 – 2030-12-31. Senast arton månader innan giltighetstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp överenskommelsen. Om ingen part skriftligen sagt upp överenskommelsen förlängs den med tre år i taget med arton månaders uppsägningstid. Vid uppsägning av överenskommelsen upphör den att gälla när den aktuella perioden på fyra år löper ut alternativt när förlängningstiden på tre år löper ut. Det räcker att en part säger upp överenskommelsen för att den ska upphöra att gälla för samtliga parter enligt ovan. En uppsägning av denna överenskommelse påverkar inte hälso- och sjukvårdsavtalet eller övriga lagreglerade överenskommelser.

En uppsägning av hälso- och sjukvårdsavtalet omfattar även denna överenskommelse då den är underordnad avtalet.

Vid väsentliga förändringar av förutsättningar för överenskommelsen kan initiativ till en ny översyn tas av det politiska samrådsorganet, SRO, där samverkan sker mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR.

4. Målgrupp

Målgruppen är personer i alla åldrar med särskilda behov av tandvårdsinsatser, och med behov av särskilt stöd enligt 8 § lagen (1985:125).

Vid tillämpningen av 8 § ska regionen 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.

Regionen ska också se till att nödvändig tandvård erbjuds dem som beskrivs i grupperna ovan.

Målgruppen beskrivs utförligt i VGR:s regler för särskilt tandvårdsstöd i Västra Götaland.

5. Syfte

Syftet är att upprätta och bibehålla en god munhälsa hos målgruppen, samt att skapa bästa möjliga förutsättningar för individen att klara den dagliga munvården.

Målet är att identifiera och förskriva N-tandvårdsintyg (intyg om nödvändig tandvård) till alla personer inom målgruppen. De som har rätt till N-intyg ska identifieras och även erbjudas munhälsobedömning.

Målsättningen är att de som har behov av N-tandvård även ska ha N-tandvårdsintyg. Målet är att minst 3 procent av befolkningen över 20 år i Västra Götaland ska ha N-tandvårdsintyg för att tillgodose en god munhälsa.

6. Gemensamt ansvar

Enligt tandvårdsförordningen (1998:1338) ska VGR och kommunen samverka beträffande målgruppen.

Parterna har ett gemensamt ansvar för att implementera och säkerställa att innehållet i överenskommelsen är känt i samtliga berörda verksamheter.

7. Parternas ansvar

7.1 Regionens ansvar

Västra Götalandsregionen har enligt tandvårdslagen (1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för individer som har rätt till denna insats.

VGR tillhandahåller tandvårdsleverantör som ska ansvara för den uppsökande verksamheten i samverkan med kommunen.

VGR ansvarar för att:

- vägleda kommunens intygsutfärdare med bedömning av underlaget för intyg om N-tandvård
- årligen tillhandahålla regelbunden utbildning digitalt eller fysiskt, samt aktuellt informationsmaterial för kommunens intygsutfärdare
- ge kommunen information om förändringar inom N-tandvård och uppsökande verksamhet
- tillhandahålla informationsmaterial om N-tandvård och munhälsobedömning. Informationsmaterialet ska rikta sig till individer med intyg om N-tandvård, deras anhöriga och närstående, patientföreningar, vårdpersonal med flera
- tillhandahålla ett IT-stöd för kommunen, för all administration som krävs gällande intyg om N-tandvård och munhälsobedömningar
- ansvara för att uppgifter från Intygsbeställningen förs över till tandvårdsleverantörens IT-system

Tandvårdsleverantören ansvarar för att:

- tillhandahålla årliga munhälsobedömningar till individer med intyg om N-tandvård
- 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
- återrapporera till personal/närstående om eventuellt vårdbehov vid munhälsobedömning

7.2 Kommunens ansvar

Kommunen tillhandahåller den personal, så kallad intygsutfärdare, som ska identifiera individer berättigade till nödvändig tandvård och munhälsobedömning. Kommunernas intygsutfärdare ansvarar för att utfärda N-tandvårdsintyg och erbjuda munhälsobedömning.

Intyg om nödvändig tandvård - kommunerna ansvarar för att:

- utse kontaktperson för kommunikation och informationsutbyte med VGR
- utse intygsutfärdare med kompetens att identifiera målgruppen för N-tandvårdsintyg
- bevaka aktuell information och vid behov delta på utbildning som VGR tillhandahåller
- registrera och upprätthålla uppgifter om N-tandvårdsintyg och munhälsobedömning i det IT-stöd som tillhandahålls av VGR

Munhälsobedömning – kommunerna ansvarar för att:

- uppgift om individens vårdgivare av tandvård (folktandvård eller privat) finns dokumenterad och tillgänglig för omvårdnadspersonal
- erbjuda en årlig munhälsobedömning till avsedd målgrupp, även till dem som tackat nej tidigare
- omvårdnadspersonal deltar vid munhälsobedömningen
- individen ges daglig munvård enligt tandvårdens ordination och instruktioner. Tid för daglig munvård ska ingå i personlig hygien

8. Utbildning

I den uppsökande verksamheten ingår utbildning till personal inom vård och omsorg i allmän munhälsovård. Den tandvårdsleverantör som VGR tillhandahåller ansvarar för utbildningarna.

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 genom tandvårdsleverantör erbjuder.

9. Uppföljning

Parterna har både ett eget och ett gemensamt ansvar för uppföljning av överenskommelsen, i enlighet med hälso- och sjukvårdsavtalet. Överenskommelsen ska följas upp årligen avseende följsamheten samt avvikelser.

VGR ansvarar för att regelbundet, minst en gång per år, sammanställa statistik kring munhälsa från IT-stödet som rapporteras till SKR.

Per kommun redovisas antal individer som:

- tackat ja till munhälsobedömning
- som fått munhälsobedömning

- har N-tandvårdsintyg
- vid munhälsobedömningar har med sig personal
- har rätt till munhälsobedömningar och får en munhälsobedömning

Per kommun redovisas även:

- samtliga enheter i kommunen som under en treårsperiod har genomgått utbildning i allmän munhälsovård
- antal intygsutfärdare som deltar i utbildningar som VGR årligen erbjuder

REMISSVERSION



Remissversion

Överenskommelse

Om Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård

Bilaga till Hälso- och sjukvårdsavtalet



Innehåll

1. Inledning	3
2. Parter	3
3. Giltighetstid	3
4. Målgrupp	4
5. Syfte	4
6. Gemensamt ansvar	4
7. Parternas ansvar	5
7.1 Regionens läkaransvar	5
7.2 Kommunens ansvar	5
8. Uppföljning	6

REMISSVERSION

1. Inledning

Denna överenskommelse är underordnad Hälso- och sjukvårdsavtalet. Uppföljning, avvikelser och tvistehantering ska hanteras i enlighet med vad som är reglerat i hälso- och sjukvårdsavtalet.

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

I överenskommelsen regleras regionens läkaransvar för patienter med kommunal primärvård. Formerna för hur vården runt patienten ska samordnas regleras i närområdesplan.

2. Parter

Avtalsparter i denna överenskommelse är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen, VGR, vilka fortsättningsvis i överenskommelsen benämns som parterna.

3. Giltighetstid

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland, genom beslut som vinner laga kraft.

Överenskommelsen gäller under perioden 2027-01-01 – 2030-12-31. Senast arton månader innan giltighetstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp överenskommelsen. Om ingen part skriftligen sagt upp överenskommelsen förlängs den med tre år i taget med arton månaders uppsägningstid. Vid uppsägning av överenskommelsen upphör den att gälla när den aktuella perioden på fyra år löper ut, alternativt när förlängningstiden på tre år löper ut. Det räcker att en part säger upp överenskommelsen för att det ska upphöra att gälla för samtliga parter enligt ovan. En uppsägning av denna överenskommelse påverkar inte hälso- och sjukvårdsavtalet eller övriga lagreglerade överenskommelser.

En uppsägning av hälso- och sjukvårdsavtalet omfattar även denna överenskommelse då den är underordnad avtalet.

Vid väsentliga förändringar av förutsättningar för överenskommelsen kan initiativ till en ny översyn tas av det politiska samrådsorganet, SRO, där samverkan sker mellan kommunerna i Västra Götaland och VGR.

4. Målgrupp

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsavtalet ansvarar VGR för läkare 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 som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2:a punkten Socialtjänstlag (2001:453), SoL.
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 kap.8 § och 9 kap. 9 § Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL), samt daglig verksamhet enligt LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) sedan regionbildningen 1999, avtal 12 kap. 2 § HSL (2017:30).

5. Syfte

Överenskommelsen reglerar omfattningen av och formerna för regionens läkaransvar i kommunal primärvård.

6. Gemensamt ansvar

Samarbetet mellan professioner, verksamheter och huvudmän är en förutsättning för att kunna bedriva en patientsäker, proaktiv och personcentrerad vård. Så långt som möjligt ska vården planeras och ske under kontorstid.

Huvudmännen samverkar genom att:

- årligen upprätta gemensamma närområdesplan med syftet att stärka teamarbetet kring patienten.
- varje patient ska ha en namngiven läkare och namngiven fast vårdkontakt. Uppgifterna ska finnas i patientjournalen hos respektive vårdgivare
- utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp den individuella planen, enligt hälso- och sjukvårdslagen

- säkerställa informationsöverföringen mellan alla verksamheter, och använda gemensamt IT-system för kommunikation och informationsöverföring
- tillämpa teambaserat arbetssätt
- beakta närståendes delaktighet
- respektive vårdgivare ansvarar för att bemanna och avsätta tid för uppdraget
- utbyta information vid personal-, verksamhets- eller organisationsförändringar som kan påverka det lokala samarbetet.

7. Parternas ansvar

7.1 Regionens läkaransvar

Västra Götalandsregionen tillhandahåller fast läkarkontakt. Utifrån patientens behov kan vården utformas i samverkan mellan primärvård och specialiserad vård.

Tillgång till läkare ska finnas dygnet runt, veckans alla dagar, för kommunal primärvård.

Läkarens patientansvar

I läkaransvar ingår bland annat att:

- fast läkarkontakt inom primärvård ska utses enligt 6 kap. 3 § Patientlag (2014:821).
- fast läkarkontakt samordnar patientens medicinska vård, läkemedelsbehandling och dialog mellan vårdnivåer, samt är delaktig vid vårdövergångar
- utföra medicinska bedömningar, utredningar, behandlingsinsatser och uppföljning, planerat och oplanerat, för vård, hela dygnet, samt beskriva det i en medicinsk vårdplan
- ha läkemedelsansvar, genomföra läkemedelsgenomgång och upprätta läkemedelsberättelse
- genomföra brytpunktssamtal vid allvarlig sjukdom, vid övergång till palliativ vård och vid vård i livets slutskede
- ta ställning till vårdbegränsningar
- ge medicinsk konsultation och kompetensöverföring i det enskilda ärendet till kommunens legitimerade personal.
- fastställa dödsfall samt upprätta dödsbevis och dödsorsaksintyg

7.2 Kommunens ansvar

Tillgång till sjuksköterska ska finnas dygnet runt, veckans alla dagar.

I legitimerad personals hälso- och sjukvårdsansvar ingår bland annat att:

- bedöma, utreda, åtgärda och följa upp vården utifrån arbetsterapi-, fysioterapi- samt omvårdnadsprocessen
- informera fast läkarkontakt vid förändringar i patientens hälsotillstånd
- utföra ordinationer, samt utvärdera och återrapportera resultat
- meddela aktuella mottagningar vid uppstart och avslut av kommunal primärvård
- tillgodose behovet av palliativa insatser vid vård i livets slutskede
- sjuksköterska kan, efter överlåtelse från ansvarig läkare, utföra klinisk undersökning vid förväntat dödsfall. Iakttaga kriterier samt tidpunkt för dödens inträde förmedlas till läkare

8. Uppföljning

Parterna har ett gemensamt ansvar för en årlig uppföljning av följsamheten till överenskommelsen samt avvikelser.

Uppföljning ska också ske årligen av Närområdesplan med bilaga vilket är underlag till uppföljning av lokal samverkan.

REMISSVERSION

Remiss från VästKom om nytt hälso- och sjukvårdsavtal

§ 47, Dnr N161-0238/25

Nämnden har fått en remiss från kommunstyrelsen och Västsvenska kommunalförbundens samorganisation (VästKom) som gäller nytt hälso- och sjukvårdsavtal samt lagreglerade överenskommelser.

Nämndens svar ska vara kommunstyrelsen tillhanda senast den 30 april 2025.

Beslut

1. Nämnden för funktionsstöd godkänner synpunkter på förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och dess fyra tillhörande överenskommelser.
2. Nämnden för funktionsstöd översänder förvaltningens tjänsteutlåtande som eget yttrande till kommunstyrelsen.
3. Nämnden för funktionsstöd förklarar paragrafen omedelbart justerad.

Handlingar

Förvaltningen har den 28 mars 2025 upprättat ett tjänsteutlåtande med sex tillhörande bilagor. Förvaltningen föreslår att nämnden godkänner synpunkter på förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och dess fyra tillhörande överenskommelser, översänder förvaltningens tjänsteutlåtande som eget yttrande till kommunstyrelsen och förklarar paragrafen omedelbart justerad.

Yrkande

Ordförande Håkan Hallengren (S) yrkar bifall till förvaltningens förslag att godkänna synpunkter på förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och dess fyra tillhörande överenskommelser.

Justering

Den 23 april 2025.

Protokollsutdrag skickas till

Kommunstyrelsen



Utdrag ur protokoll (nr 3)

Sammanträdesdatum: 2025-04-23

Vid protokollet

Ordförande

Håkan Hallengren (S)

Justerande

Pierre Alpstranden (M)

§ 90 Dnr N166-0119/25

Svar på remiss från Väst Kom - Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal och lagreglerade överenskommelser

Beslut

Socialnämnd Hisingen:

1. Beslutar att tillstyrka förslag på Hälso- och sjukvårdsavtal med reservation för de synpunkter som lämnas i yttrandet.
2. Beslutar att avstyrka förslagen på två tillhörande överenskommelser Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk, samt Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso-och sjukvård.
3. Förklarar paragrafen omedelbart justerad

Ärende

Socialförvaltning Hisingen ska yttra sig över remiss avseende nytt hälso- och sjukvårdsavtal mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna inom Västra Götaland, samt lagreglerande överenskommelser som är underordnade hälso- och sjukvårdsavtalet. Förvaltningen gör bedömningen att Hälso- och sjukvårdsavtalet samt ÖK Samverkan kring psykisk funktionsnedsättning och skadligt bruk behöver revideras, särskilt utifrån områdena uppföljning, regionens ansvar för utfärdande av intyg och kostnadsfördelning vid placering. ÖK Samverkan för barn och ungas hälsa bör också ses över och kopplas till huvudavtalet. ÖK Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård bedöms inte medföra några nya ekonomiska konsekvenser och kan därför tillstyrkas i sin helhet.

Handlingar

- Tjänsteutlåtande, 2025-03-27
- Hälso- och sjukvårdsavtal, remissversion
- Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, remissversion
- Överenskommelse - Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, remissversion
- Överenskommelse - Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård, remissversion
- Överenskommelse - Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård, remissversion
- Överenskommelse Samverkan barn och ungas hälsa 240704



Utdrag ur protokoll (Nr 6)

Sammanträdesdatum: 2025-04-22

Yrkanden

Chrisitan de Souza (V) yrkar bifall till tjänsteutlåtandet.

Protokollsutdrag skickas till

Stadsledningskontoret

Dag för justering

2025-04-22

Vid protokollet

Ordförande

Jonas Nilsson

Justeringsperson

Bo Anderssen

Svar på remiss från Väst Kom gällande nytt Hälso- och sjukvårdsavtal

§ 85, N165-0169/25

Beslut

1. Socialnämnden Sydväst beslutar att tillstyrka förslag på Hälso- och sjukvårdsavtal med reservation till de synpunkter som lämnas i yttrandet.
2. Socialnämnden Sydväst beslutar att avstyrka förslag på *Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende* med hänvisning till de synpunkter som lämnas i yttrandet.
3. Socialnämnden Sydväst beslutar att tillstyrka förslag på *Överenskommelse Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.*

Sammanfattning av ärendet

Socialnämnden Sydväst ska yttra sig över nytt Hälso- och sjukvårdsavtal mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna inom Västra Götaland, samt lagreglerande överenskommelser som är underordnade hälso- och sjukvårdsavtalet.

Förvaltningen har valt att avgränsa yttrandet till de delar av Hälso- och sjukvårdsavtalet som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Gällande de överenskommelser som är underordnade avtalet har förvaltningen avgränsat sig till att yttra sig om två av överenskommelserna; *Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende*, som reglerar samarbetet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och *Överenskommelse Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.*

Handling

Socialförvaltningens tjänsteutlåtande daterat den 1 april 2025.

Justering

Socialnämnden beslutar att omedelbart justera paragrafen.

Protokollsutdrag skickas till

Kommunstyrelsen

Dag för justering

2025-04-23



Utdrag ur protokoll

Sammanträdesdatum: 2025-04-23

Vid protokollet

Sekreterare

Erika Holgersson

Ordförande

Alfred Ekman (S)

Justerande

Lena Olinder (M)

§ 72 Ärendenummer AVO-2025-00266

Svar på remiss - Nytt hälso- och sjukvårdsavtal och lagreglerade överenskommelser

Beslut

1. Äldre samt vård- och omsorgsnämnden tillstyrker förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal under förutsättning att nämndens framförda synpunkter omhändertas.
2. Äldre samt vård- och omsorgsnämnden översänder förvaltningens tjänsteutlåtande och bilaga 1 - *Remissenkät hälso- och sjukvårdsavtal och lagreglerade överenskommelser Västra Götaland* som eget yttrande till stadsledningskontoret.
3. Beslutet förklaras omedelbart justerat.

Handlingar

Förvaltningens tjänsteutlåtande med bilagor, 2025-03-28

Information

Förvaltningscontroller Mia Lolic informerar om förvaltningens förslag på yttrande till stadsledningskontoret angående nytt hälso- och sjukvårdsavtal och lagreglerade överenskommelser.

Protokollsutdrag skickas till

Stadsledningskontoret

Remissenkät

Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande lagreglerade överenskommelser

Under våren 2025 pågår remiss för Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerade överenskommelser mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen.

Avtalsparter och tillika remissinstanser är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen. Ett samlat svar ska lämnas från respektive kommun samt enligt särskild ordning i Västra Götalandsregionen.

Remissvaren ska vara inlämnade senast kl. 12:00 19 juni, 2025, via [digitalt formulär](#).

Notera:

- **Gradering är obligatorisk.**
- **Textfälten är frivilliga** – om du inte har synpunkter på ett avsnitt kan du lämna fältet tomt. Ett separat fält finns för övergripande synpunkter.
- **Undvik att klistra in text från avtal och överenskommelser.** Vid kommentarer på text, skriv under rätt område och hänvisa till den text ni kommenterar.
- **Maxgräns per textruta är 4 000 tecken.** Om ditt svar är längre finns en extra textruta för varje avsnitt. Ange då vilken fråga ditt svar gäller.

Gradera er bedömning:

Gradera er bedömning för respektive stycke genom att välja bland följande stämmer helt, delvis eller inte alls.

- **Stämmer helt** – denna text bedömer ni är korrekt och beskrivning av området är tillräcklig
- **Delvis** – denna text bedömer ni vara korrekt men behöver beskrivas ytterligare alternativt kan kortas ner
- **Stämmer inte alls** – denna text bedömer ni inte är korrekt alternativt relevant

Uppgiftslämnare

- Kommun i Västra Götalands län
- Västra Götalandsregionen

Namn, kontaktperson:

Karin Magnusson och Sara Linderup

Epost, kontaktperson:

karin.magnusson@stadshuset.goteborg.se

sara.linderup@stadshuset.goteborg.se

Hälso- och sjukvårdsavtal

Lämna remissvar på avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet här.

1. Inledning

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

- ☐ Stämmer helt
- ☒ **X Delvis**
- ☐ Stämmer inte alls

Inledande text

Göteborgs Stad anser att den sista meningen i näst sista stycket bör kunna tas bort eftersom det finns en beskrivning av att överenskommelserna är underordnade hälso- och sjukvårdsavtalet under avsnitt 1.6, där innebörden av detta även förklaras.

1.1 Syfte och mål med avtalet

Göteborg Stad anser att skrivningen "Avtalet ska bidra till att parterna ger en god och säker vård till dem som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommun och region." bör omformuleras till *"Avtalet ska bidra till att parterna ger en god och säker vård till dem som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från kommun och/eller region."*

Vidare bör formuleringen om att stärka samverkan och skapa en tydlig ansvarsfördelning kompletteras med att beskriva att parterna har *ett gemensamt ansvar att utnyttja våra gemensamma resurser på ett effektivt sätt.*

Förslagsvis tas hänvisningen till färdplanen bort för att göra avtalet mer hållbart över tid. Göteborgs Stad anser att det i stället bör finnas en beskrivning av hur avtalet ska möjliggöra omställningen till Nära vård.

I sista stycket beskrivs individens ansvar för sin hälsa. Göteborg Stad ser gärna att begreppen *egen vård* och *egenvård* presentera här med en kort beskrivning. Skrivningen om att "invånaren i Västra Götaland har ett eget ansvar för sin hälsa" kan uppfattas provokativ och bör strykas. Alla människor

ansvarar för sin hälsa men det är inte för att det ansvaret har brustit som en människa är i behov av vård.

Meningen om att i första hand välja egenvård och digitala alternativ bör omformulera till: *"när behov uppstår ska i möjligaste mån egenvård och digitala alternativ väljas"*.

1.2 Läs- och tillämpningsanvisningar

Göteborgs Stad anser att det är bra att läs- och tillämpningsanvisningar kommer tidigt i dokumentet samt att det är bra att vägledande patientfall nämns tidigt.

Överväg att det lägga till en text om att avtalet ska läsas som en helhet.

1.3 Målgrupp

Göteborgs Stad anser att det är bra att målgruppen beskrivs i form av "alla" och "oavsett ålder". Detta tydliggör att barn omfattas utan att tala om barn som en egen kategori.

Göteborgs Stad anser dock att barnperspektivet behöver förtydligas, vilket utvecklas senare i enkäten.

1.4 Omfattning

Klicka eller tryck här för att ange text.

1.5 Avtalsparter

Klicka eller tryck här för att ange text.

1.6 Avtalstid

Göteborgs Stad anser att det kan övervägas om det behöver förtydligas att hälso- och sjukvårdsavtalet inte påverkas om någon av de lagreglerade överenskommelserna sägs upp.

2. Hälso- och sjukvård i hemmet

Gradera er bedömning

- ☐ Stämmer helt
- ☒ **X Delvis**
- ☐ Stämmer inte alls

Inledande text

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

- ☐ Stämmer helt
- ☒ **X Delvis**

- Stämmer inte alls

Göteborgs Stad anser att det är bra att beskrivningen av vårdnivåerna kommer innan beskrivningen av ansvar. För kommunen är detta grundläggande eftersom en kommun inte kan avtala om något annat än primärvårdsnivå.

Det är också bra att det tydliggörs att hälso- och sjukvård i hemmet kan utföras av både regional och kommunal primärvård och av den specialiserade vården, och att detta ställer krav på samverkan mellan vårdaktörerna.

Det här avsnittet är en bra inramning men det saknas en sammanhangsmarkering som beskriver varför vård ges i hemmet. Att vårda i hemmet är en viktig del av Nära vård och i människors möjlighet att leva ett självständigt liv. En ledstjärna bör vara att vården i hemmet ska vara god och säker samtidigt som hänsyn tas till patientens önskemål.

Göteborgs Stad anser att meningen om att "förhindra undvikbar slutenvård" skapar otydlighet. Är detta ett mål i sig och syftet med all vård i hemmet? Formuleringen bör tas bort alternativt, om den ska vara kvar, behöver patientnyttan förtydligas och ordet *bör* behöver ändras till *ska*. Syftet bör alltid vara att främja vård på rätt vårdnivå, inte nödvändigtvis att undvika slutenvård.

2.1 Primärvård

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

- Stämmer helt
- **X Delvis**
- Stämmer inte alls

Göteborgs Stad anser att texten i stort beskriver primärvårdens roll på ett bra sätt men har vissa förslag på omformuleringar och förtydliganden.

Göteborgs Stad anser att:

1. Första och sista meningen i stycket bör formuleras om. "Primärvårdens roll är att vara navet i hälso- och sjukvården och den vårdnivå som verkar nära invånarna." "Grundprincipen är att regionen genom den regionala primärvården har det medicinska ansvaret för vård i hemmet". Förslagsvis bör det stå att den regionala primärvårdens roll är att vara navet, annars blir skrivningen tvetydig.
2. Ordet "rehabiliterande" bör läggas till så att det står att "Grundprincipen är att regionen genom den regionala primärvården har det medicinska och rehabiliterande ansvaret för vård i hemmet".

3. Skrivningen om att kommunernas uppdrag är avgränsat till "vissa boendeformer och verksamheter" behöver formuleras om eftersom kommunens uppdrag även rör personer i ordinärt boende.
4. Det bör övervägas att lägga till och förtydliga att den regionala primärvården har det medicinska ansvaret i form av läkare.
5. Regionens befolkningsansvar bör betonas tydligare i texten samt att detta är ett ansvar som följer av lag. Förslagsvis *"Regionen ska, enligt lag, erbjuda vård till alla invånare utifrån befolkningsansvar. Kommunernas uppdrag är avgränsat, enligt lag, till vissa boendeformer och verksamheter."*
6. Primärvårdens bas-uppdrag behöver förtydligas. Förslagsvis *"Enligt HSL är primärvård öppen vård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper och avser vanligt förekommande vårdbehov, både enkla och komplexa."*

2.2 Specialiserad vård i hemmet

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

- ☐ Stämmer helt
- ☐ Delvis
- ☒ **X Stämmer inte alls**

Göteborgs Stad anser att det är avgörande att följande justeringar görs i den slutgiltiga versionen i avsnittet om specialiserad vård i hemmet:

- Tydliggör att kommunen kan medverka i och i vissa fall utföra insatser på primärvårdsnivå, men att det medicinska ansvaret alltid ligger kvar hos den person som ordinerat insatsen.
- Texten fångar inte tillräckligt den omfattning och frekvens av insatser som sker inom specialiserad vård. Det behöver förtydligas att kommunen endast kan genomföra insatser där rätt kompetens finns och där det inte krävs någon särskild organisation eller struktur. Om kommunen ska vara involverad i insatser är en förutsättning alltså att det inte krävs en särskild organisation för att utföra dessa. För att en kommun ska kunna avtalsvägen åta sig en sådan uppgift gäller som grundläggande villkor att reglerna i 2 kap. 1 och 2 §§ kommunallagen om gränserna för den kommunala kompetensen respekteras, samt om uppgifter andra ska ta hand om.
- Regionen är vårdgivare för vård som utförs av personal anställd i regionen. I de fall då vissa specialiserade hälso- och sjukvårdsuppgifter är avtalade att utföras av personal anställd i kommunen är även kommunen vårdgivare och har ett arbetsmiljö- och arbetsgivaransvar för sin personal. En vårdgivare har ett organisatoriskt ansvar och ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård. Då flera vårdgivare är involverade

behöver det organisatoriska ansvaret som åligger vårdgivaren i samverkan tydliggöras och avtalas mellan parterna. Hälso- och sjukvårdsinsatser omfattas dessutom alltid av det yrkesansvar som finns för hälso- och sjukvårdspersonal. Detta fråntar inte vårdgivaren ansvaret för patientsäkerheten. (Specialiserad vård i hemmet, SKR)

- De nuvarande formuleringarna är för generella, vilket leder till tolkningsproblem. Det finns ett behov av en specifik riktlinje som klargör ansvarsfördelningen mellan specialistvård och primärvård. Det bör även säkerställas att insatser som sker på primärvårdsnivå alltid har en ansvarig läkare inom primärvården. Det medicinska ansvaret kvarstår hos den som ordinerat insatsen, vilket innebär att uppföljning också förblir hos den ansvarige. Förslaget är att riktlinjerna även klargör vad som gäller för delegering mellan huvudmännen.

- Nuvarande skrivningar skapar också en uppdelning mellan "ni" och "vi" i stället för att betona samverkan. Även för att underlätta tilliten mellan huvudmännen föreslår Göteborgs Stad att det tas fram en riktlinje eller mall för hur primärvårdsnivå och specialistnivå ska fördela ansvar i olika situationer.

-Första stycket i 2.2 bör ta fasta på meningen i första stycket i avsnittet: "Hälso- och sjukvård i hemmet är en vårdform som kan utföras /.../av den specialiserade vården". Stycket behöver tydligt beskriva hur den specialiserade vården ska ske i hemmet. Till exempel betyder utskrivning att vården inte längre ska ske på sjukhus, men inte nödvändighetvis att vårdnivån övergår till primärvård.

Det finns behov av en tydligare ansvarsfördelning mellan vårdnivåer och verksamheter inom specialistvård och primärvård. Göteborgs Stad har följande synpunkter och förslag på förtydliganden som staden ser behöver omhändertas:

- Den nuvarande formuleringen: "Regionen har det medicinska ansvaret för specialiserad nivå och för att utföra de insatser som inte bedöms kunna utföras på primärvårdsnivå" är otydlig. Förslagsvis formuleras meningen om till: "*Regionen har ansvar för specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet.*" och att "och för att utföra de insatser som inte bedöms kunna utföras på primärvårdsnivå." tas bort helt. Detta skulle minska risken för sammanblandning av vårdnivåer och huvudmännens roller.

- Primärvården svarar enligt HSL för medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Det innebär i sig att om det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller

annan särskild kompetens, är insatsen att betrakta som specialistvård och ett ansvar för regionen. Förslagsvis läggs följande mening till under det inledande stycket för att tydliggöra ansvarsnivån: *”Krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens, är insatsen att betrakta som specialistvård och ett ansvar för regionen, utförandet kan inte överföras till primärvårdsnivå.”*

- Nuvarande skrivningar ger intryck av att regionens läkare ensidigt avgör vad som kan utföras på primärvårdsnivå. Detta skapar en osäkerhet kring kommunens bestämmanderätt och möjlighet att säga nej om kompetens eller resurser saknas eller om organisation och struktur behövs byggas upp för att utföra uppdraget. Åtagandet ska även vara motiverat utifrån patientens behov.

- Ordet ”delvis” bör läggas till innan ”utföra” i meningen ”Hälso- och sjukvårdspersonal i regional och kommunal primärvård kan medverka i och utföra” för att tydliggöra att det inte handlar om att ta över hela insatsen från den specialiserade vården.

- Gränsen mellan specialiserad vård och primärvård är dynamisk, inte statisk. Många avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser går idag att utföra i den enskildes hem. Samtidigt har respektive huvudman ett grunduppdrag och det är av vikt att detta är prioriterat före att vara behjälplig genom att medverka samt delvis utföra insatser för annan vårdnivå. Därför är det av vikt att det framgår att det är ett samspel och förutsätter samverkan mycket tydligare i skrivningarna kring att medverka och utföra.

- I tredje stycket tas två förutsättningar upp som ska finnas för att hälso- och sjukvårdspersonal i regional och kommunal primärvård kan medverka i och utföra hälso- och sjukvårdsvård som den specialiserade vården ansvarar för. Om huvudmännen ska enas om ansvar och förutsättningar behöver dessa förutsättningar förtydligas. Följande omformulering föreslås av texten i sin helhet:

”Regionen har det medicinska ansvaret för specialiserad hälso- och sjukvård vid vård i hemmet. Vid insatser som kan utföras på primärvårdsnivå kan verksamheter på både specialistnivå och primärvårdsnivå ansvara för utförandet. Krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens, är insatsen att betrakta som specialistvård och ett ansvar för regionen, utförandet kan inte överföras till primärvårdsnivå.

Hälso- och sjukvårdspersonal i regional och kommunal primärvård kan medverka i och delvis utföra hälso- och sjukvård som regionens specialistvård ansvarar för, under förutsättning att:

- *Verksamheter inom regional eller kommunal primärvård och specialistvård har gemensamt bedömt att insatsen kan utföras på primärvårdsnivå på ett patientsäkert sätt.*
- *Huvudmännen har haft dialog och enats om förutsättningar för insatserna.*

Gränsen är dynamisk, inte statisk, med behov av kontinuerlig uppföljning för att upprätthålla patientsäkerheten och säkerställa samsyn.”

- När kommunen samverkar och ger insatser till vuxna respektive barn utifrån specialiserad vård behöver flera aspekter beaktas. Gällande barn behövs tydlighet kring hela familjen. Det gör att vi inte kan hantera specialiserad vård i hemmet på samma sätt som för vuxna. Avtalet bör tydligt framhäva vikten av att involvera barn och deras vårdnadshavare i beslut som rör deras vård och behandling. Ett barn kan inte jämföras med vuxna vid beslut om vård och det är av vikt att vårdnadshavarnas förmåga och förutsättningar behöver vägas in. Hälso- och sjukvårdspersonal ska bedöma och anpassa insatserna utifrån barnets individuella förutsättningar och behov. Det bör även betonas att vårdpersonal ska ha särskild kunskap och kompetens för att arbeta med barn och unga, så att de kan stödja dem i att förstå och hantera sin hälsa. Det inkluderar att skapa en trygg miljö där barn kan ställa frågor och uttrycka sina åsikter om sin vård. Genom att prioritera barnets bästa och involvera dem i beslutsprocesser kan vi säkerställa en mer rättvis och effektiv vård.

2.3 Informationsöverföring

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

- ☐ Stämmer helt
- ☒ **X Delvis**
- ☐ Stämmer inte alls

Planering bör inte ske ”i samband med utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården alternativt i öppenvårdsprocessen”. Texten bör justeras på så sätt att planering bör påbörjas redan vid inskrivningsmeddelande i slutenvården. Detta gäller även skriftlig informationsöverföring.

Texten bör också formuleras om så att det blir tydligt vem som ska överföra information till vem, in- och utskrivning bör läggas till och det bör förtydligas att informationsöverföringen ska ske i det gemensamma IT-stödet.

2.4 Teamsamverkan

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

- ☐ Stämmer helt
- ☒ **X Delvis**

- Stämmer inte alls

Göteborgs Stad ser positivt på skrivningen om ett teambaserat arbetssätt men anser att den behöver förtydligas för att stärka samverkan mellan huvudmännen. Följande justeringar föreslås:

- För att undvika otydlighet föreslås att meningen *"även om teamets sammansättning kan variera över tid"* stryks. Detta för att säkerställa att fokus ligger på stabil och samordnad teamsamverkan, dvs. kontinuitet.
- Ordet *samordna* bör inkluderas i skrivningen, eftersom det är en central del av samverkan mellan huvudmännen. För att professionerna ska kunna komplettera varandra och skapa en gemensam helhet är en *samordning* nödvändig.
- Stryk den sista bisatsen som börjar med *"kan de tillsammans hålla samman..."*. Lägg till följande mening tagen från överenskommelsen om läkaransvaret: *Den fasta läkarkontakten på primärvårdsnivå samordnar patientens medicinska vård och dialog mellan vårdnivåer, samt är delaktig vid vårdövergångar.*

Göteborgs Stad anser vidare att det bör framgå att huvudmännen ska verka för ett teambaserat arbetssätt, i linje med det medicinska ansvaret som beskrivs för läkare.

Samverkan med socialtjänst nämns inte som en part i teamet. Förslagsvis läggs följande mening från färdplanen till: *"Hälso- och sjukvård i hemmet bygger på samverkan mellan kommunens socialtjänst, primärvård (kommun och region) samt den specialiserade vården."*

Den enskilde nämns inte heller som en part i teamet, utan beskrivs som en vars engagemang ökar om teamsamverkan fungerar. Förslagsvis kan följande mening inspirerad av färdplanen läggas till: *"Den viktigaste parten i teamet är patienten själv, som ska ges möjlighet till delaktighet och inflytande utifrån sina förutsättningar och preferenser."*

Göteborgs Stad önskar också ett tillägg kring dokumentation som anger att varje huvudman själv ansvarar för sin egen dokumentation.

Avslutningsvis bör teamsamverkan definieras tydligare, antingen under detta avsnitt alternativt beskrivas under avsnitt 8, definitioner.

2.5 Samordnad individuell plan, SIP

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

- Stämmer helt
- **X Delvis**

- Stämmer inte alls

Göteborg Stad anser att det bör göras ett tillägg som tydliggör att det finns skyldighet att erbjuda SIP också för personer som har behov av enbart stöd med hälso- och sjukvårdsinsatser i form av kommunal primärvård där den regionala primärvården har kvar läkaransvaret. Det innebär att en person som är/blir inskriven i kommunal primärvård men inte är i behov av socialtjänst ska erbjudas SIP.

Det är positivt att SIP omnämns i avtalet men texten behöver förtydligas och utvecklas för att säkerställa en tydlig samverkan mellan huvudmännen. Det behöver framgå att SIP kan genomföras mellan olika vårdgivare inom hälso- och sjukvård och/eller i medverkan med socialtjänsten.

För att stärka implementeringen av SIP och dess betydelse föreslås några ändringar och tillägg. Förslag på formulering i avsnitt 8 (definitioner):

”Samordnad individuell plan (SIP) är en lagstadgad plan enligt HSL och/eller SoL som används när en individ har behov av insatser från socialtjänst och/eller regional och kommunal primärvård. Planen syftar till att tydliggöra ansvarsfördelning, insatser och uppföljning för att skapa en sammanhållen vård och omsorg.”

Vidare föreslås att en skrivning om uppföljning av SIP läggs till för att säkerställa kontinuitet och ansvar. Förslag på tillägg i den sista meningen:

”Planen ska tydliggöra vem som gör vad och när samt hur uppföljning ska ske.”

Dessa förändringar skulle bidra till ökad tydlighet, stärkt samverkan och en mer patientcentrerad vård.

2.6 Egenvård

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

- Stämmer helt
- **X Delvis**
- Stämmer inte alls

Göteborgs Stad anser att det kan diskuteras om egenvård ska inkluderas i hälso- och sjukvårdsavtalet och att det finns skäl som talar både för och emot. Oavsett menar staden att det är viktigt att fokus ligger på att följa och implementera den länsgemensamma riktlinjen för egenvård. Staden anser att det är avgörande att detta område prioriteras av båda huvudmännen.

Utförandet av egenvård är inte hälso- och sjukvård och den kommunala primärvården är inte en aktör när regionen har bedömt att en åtgärd kan utföras som egenvård. Att beskriva egenvård i hälso- och sjukvårdsavtalet kan,

utifrån det perspektivet, medföra risk att egenvård uppfattas som något som kommunal hälso- och sjukvård har ansvar för. En otydlig beskrivningen av egenvård riskerar att leda till att kommunerna får ett utökat ansvar för att möjliggöra egenvård för den enskilde.

Eftersom egenvård tas upp i hälso- och sjukvårdsavtalet är det viktigt att det tydligt framgår att det inte är hälso- och sjukvård och att det handlar om ett ansvarsförhållande mellan ordnatören och individen. Det behöver också klargöras hur ansvarsfördelningen ser ut och vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda för att egenvård ska kunna utföras på ett säkert sätt i hemmet.

Delar av texten som står i hälso- och sjukvårdsavtalet kring egenvård bör flyttas till slutet av avtalet under definition för att understryka dess vikt. Följande text menar staden bör flyttas till definitioner:

”I lagen om egenvård definieras egenvård som en hälso- och sjukvårdsinsats som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal, med legitimation eller särskilt förordnande, har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. Vilka åtgärder som är egenvård är inte reglerat utan bedöms i varje enskilt fall.”

Utöver de föreslagna förändringarna finns det också behov av patientfall för att ge ytterligare vägledning till avtalsparterna.

När kommunen samverkar och ger insatser till vuxna respektive barn utifrån egenvård behöver flera aspekter beaktas. Gällande barn behövs tydlighet kring hela familjen. Egenvård hos barn är ett komplext område med flera viktiga aspekter att beakta som barnets ålder, vårdnadshavarnas roll och ansvar, stödresurser och kommunikation mellan vårdgivare, vårdnadshavare och barnet. Det gör att egenvården inte kan hantera på samma sätt som för vuxna. Hälso- och sjukvårdsavtalet bör tydligt framhäva vikten av att involvera barn och deras vårdnadshavare i beslut som rör deras vård och behandling. Ett barn kan inte jämföras med vuxna vid beslut om vård och det är av vikt att vårdnadshavarnas förmåga och förutsättningar behöver vägas in.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska bedöma och anpassa insatserna utifrån barnets individuella förutsättningar och behov. Det bör även betonas att vårdpersonal ska ha särskild kunskap och kompetens för att arbeta med barn och unga så att de kan stödja dem i att förstå och hantera sin hälsa. Det inkluderar att skapa en trygg miljö där barn kan ställa frågor och uttrycka sina åsikter om sin vård. Genom att prioritera barnets bästa och involvera dem i beslutsprocesser säkerställs en mer rättvis och effektiv vård.

Ytterligare textruta för kompletterande svar på frågorna i detta avsnitt

Klicka eller tryck här för att ange text.

3. Ansvar

Gradera er bedömning

- ☐ Stämmer helt
- ☒ **X Delvis**
- ☐ Stämmer inte alls

3.1 gemensamt ansvar

Göteborgs Stad anser att det i stort är en bra beskrivning av förhållandet mellan parterna och att det är bra att patientsäkerhet står i fokus. Det är bra att det gemensamma ansvaret betonas först, för att sedan beskriva de båda parternas särskilda ansvar. Det är också bra att det tydligt framgår att en person kan ha både regional och kommunal primärvård.

Göteborgs Stad ser behov av att förtydliga stycke fyra. Förändringar vad gäller gränsen mellan primärvård och specialiserad vård bör hanteras i samverkansforum och det behövs det en skrivning om mandat i relation till detta.

Även första stycket bör justeras. Texten beskriver att organisatoriska gränser inte får hindra eller försena hälso- och sjukvårdsinsatser. För samsyn mellan parterna behöver det tilläggas att *oenighet om resursfördelning* inte heller får försena sådana insatser.

Göteborgs Stad föreslår att följande tillägg görs i fjärde stycket: *"Gränsen mellan primärvård och specialiserad vård avgörs i dialog mellan parterna och utifrån om det krävs särskilda ..."*. Staden föreslår också att i femte stycket bör begreppet *närstående* användas i stället för *barn med anknytning*.

3.2 Västra Götalandsregionen

Göteborgs Stad anser att följande justeringar bör göras:

- Den första punkten i listan som anger VGR:s ansvar beskriver att regionens ansvar omfattar "patienter som utan större svårighet (somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning) kan besöka VGR:s mottagningar och tillgodogöra sig insatser". Att patienten ska kunna tillgodogöra sig insatser är ett tillägg jämfört med nu gällande avtal och stadens ställer sig frågande till detta. Det finns många patienter som har svårigheter att tillgodogöra sig insatser och det kan knappast vara avsikten att utesluta dem från regionens ansvar. Skrivningen behöver därför förtydligas. Ett önskemål är också att "kortvariga eller sällan förekommande" läggs till.

- Meningen "regionen har överlåtit skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende (hemsjukvård) till kommunen" kan uppfattas som att kommunens utför all hälso- och sjukvård som sker i ordinärt

boende. Meningen bör därför förtydligas. Ett förslag är att den justeras till att ”Regionen har överlåtit skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende till kommunen. Detta avser hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå och omfattar inte läkarinsatser.”

- Stryk sista bisatsen i stycket ”även om insatsen kan utföras av regional eller kommunal primärvård”.

- Punkt 2: Lägg till hälso- och sjukvård i hemmet...

- Punkt 5 och 6: Skriv ihop punkterna för att harmonisera dem med punktlistan under 3.3, alternativt dela punkterna under 3.3: Rehabiliterings- och habiliteringsåtgärder inom regional primärvård och på specialistnivå.

- Punkt 7: Nuvarande formulering avgränsar i begreppet *legitimerad* personal, samtidigt som ordet omsorg utvidgar. Stryk ordet *legitimerade* och stryk *rehabilitering*, det ingår i vård och omsorg.

- Punkt 8: Skriv in ”specialiserad vård i hemmet”. Eventuellt hör denna punkt till hur:et.

Generellt anser staden att listorna under 3.2 och 3.3 bör renodlas så att de enbart innehåller beskrivningar av vad och eventuellt att, men inte hur. Vidare behöver listorna och de inledande texterna under 3.2 och 3.3 renodlas så att de är formulerade på ett konsekvent sätt. Den inledande texten under 3.2 och 3.3 bör synkroniseras gällande disposition. Regionen benämns i bestämd form medan kommun benämns i obestämd form, i ena stycket hänvisas till lag men inte i det andra och så vidare.

3.3 Kommunerna i Västra Götaland

Göteborgs Stad anser att följande justeringar behöver göras:

- I punktlistan beskrivs vilka som omfattas av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. I listan blandas beskrivningar av patient/person med åtgärdernas utformning. Till exempel beskrivs *patienter där det på grund av insatsernas omfattning och frekvens är motiverat att vården ges i patientens hem*. Är det åtgärdernas utformning som ska motivera om vården ska ges i hemmet? I omställningen till Nära vård behöver åtgärdsfokus minska, till förmån för person. Förslagsvis ses punktlistorna över (även under 3.2) för att betona personcentrering snarare än åtgärdsstyrning.

- Det är bra att avsnitt åtta definierar vissa begrepp från punktlistorna (se även 3.2). En kvarstående frågeställning är innebörden av långvarigt och frekvent behov. Långvarigt definieras som en längre tidsperiod och frekvent som återkommande eller kontinuerligt. Hur långt är en längre tidsperiod och

vad är återkommande och kontinuerligt? Vad betyder större svårigheter? Även här kommer patientfall vara avgörande för vägledning.

3.4 Läkemedel

Göteborg Stad anser att delar av texten snarare beskriver hur:et. Förslagsvis förkortas stycket enligt följande:

”VGR tillhandahåller läkemedelsförråd avsedda för patienter inskrivna i kommunal primärvård. KAF och dess sortiment beslutas av VGR, som också ansvarar för läkemedels- och transportskostnaderna för förråden.

Användning och ansvarsfördelning beskrivs i rutin för KAF.”

3.5 Personliga hjälpmedel inklusive förbrukningsartiklar och nutritionsprodukter samt andra medicintekniska produkter som används i vardagsmiljö

Göteborg Stad anser det är bra att det tydliggörs att principerna för och utbud av personliga hjälpmedel ska hanteras i ett partsgemensamt forum där alla beslut ska fattas i enighet.

Ytterligare textruta för kompletterande svar på frågorna i detta avsnitt

Göteborgs Stad anser att det kan övervägas om avsnittet om ansvar - som beskriver förhållandet mellan parterna, huvudsyftet med hela avtalet och förutsättningar som leder till den ene eller andre partens ansvar - flyttas och placeras före avsnittet om hälso- och sjukvård i hemmet.

4. Utökad omfattning av primärvård

Gradera er bedömning

- ☐ Stämmer helt
- ☐ Delvis
- ☒ **X Stämmer inte alls**

Inledande text

Göteborgs Stad föreslår att avsnittet Utökad omfattning av primärvård utgår helt. Hälso- och sjukvårdsavtalet vilar på regionbildningsavtalet. Eftersom avsnittet om utökad omfattning av primärvård gäller insatser som inte omfattas av regionbildningsavtalet kan det strykas. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen står inför en gemensam omställning där vården ska ”flytta hem”. Beskrivningarna i avsnittet blir motsägelsefulla och kommer förmodligen inte möta de ökande vårdbehoven om inte båda parter organiserar sig för att arbeta på ett nytt sätt.

Göteborgs Stad anser att förutsättningarna för att komma överens om insatser utöver vad reglerat i regionbildningsavtalet behöver omhändertas i annan ordning. Inom ett sådant arbete behöver de rättsliga förutsättningarna utredas.

4.1 Insatser kväll, natt och helg

Klicka eller tryck här för att ange text.

4.2 Permission

Klicka eller tryck här för att ange text.

4.3 Tjänsteköp

Göteborgs Stad anser att tjänsteköp är möjligt men ligger utanför den ansvarsfördelning som regleras i hälso- och sjukvårdsavtalet. Kommunen kan välja att utföra insatser enligt 4.1 och 4.2 i form av tjänsteköp. Tillägg ”om ersättning utgår faller det inom ramen för lagen om offentlig upphandling”.

5. Patientsäkerhet

Gradera er bedömning

- ☐ Stämmer helt
- ☒ **X Delvis**
- ☐ Stämmer inte alls

5.1 Avvikelser i samverkan

Göteborgs Stad instämmer i texternas innehåll men är frågande till rubriken på avsnittet. Patientsäkerhet är mer än avvikelser i samverkan, det är en grundhållning som ska genomsyra allt arbete. Även om det innebär en patientsäkerhetsrisk när tillämpningen brister så leder rubriken tanken fel. Göteborgs Stad instämmer i texternas innehåll men är frågande till rubriken på avsnittet. Patientsäkerhet är mer än avvikelser i samverkan, det är en grundhållning som ska genomsyra allt arbete. Även om det innebär en patientsäkerhetsrisk när tillämpningen brister så leder rubriken tanken fel. Antingen kan rubriken ändras eller texten utvecklas så att det beskriver hur parterna ska arbeta med patientsäkerheten. Underavsnitten om tvister kan i så fall flyttas till ett nytt eget avsnitt.

I andra stycket nämns en gemensam IT-tjänst. Det finns ingen sådan eftersom det inte finns något gemensamt avtal. Den här meningen bör därför strykas.

I fjärde stycket beskrivs att arbetet med avvikelser i samverkan är för att förhindra oenighet. Här bör följande mening läggas till: ”Arbetet med

avvikelser i samverkan syftar till att förbättra patientsäkerheten och att förbättra verksamheten.”

5.2 Tvister

Göteborgs Stad ser ett behov av att tydliggöra att även om parterna inte är överens måste den enskildes behov tillgodoses. Det finns även behov av att förtydliga ansvaret trots beskrivning om eskaleringstrappan.

5.3 Uppföljning av tvister

Klicka eller tryck här för att ange text.

Ytterligare textruta för kompletterande svar på frågorna i detta avsnitt

6. Grundläggande förutsättningar

Gradera er bedömning

- ☒ **X Stämmer helt**
- ☐ Delvis
- ☐ Stämmer inte alls

6.1 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan

Klicka eller tryck här för att ange text.

6.2 Informationsskyldighet vid förändring

Klicka eller tryck här för att ange text.

6.3 Vårdsamverkan – vår gemensamma stödstruktur

Klicka eller tryck här för att ange text.

6.4 Läns-gemensamma styrdokument

Klicka eller tryck här för att ange text.

6.5 lagstiftning

Klicka eller tryck här för att ange text.

6.6 Lagreglerade överenskommelser

Klicka eller tryck här för att ange text.

Ytterligare textruta för kompletterande svar på frågorna i detta avsnitt

Klicka eller tryck här för att ange text.

7. Uppföljning

Gradera er bedömning

- ☐ Stämmer helt
- ☐ Delvis
- ☒ **X Stämmer inte alls**

Generellt om uppföljning i avtal och överenskommelser

Göteborgs Stad anser att:

- Det är bra att det finns ett eget avsnitt om uppföljning i hälso- och sjukvårdsavtalet och i tillhörande överenskommelser men det saknas en beskrivning av att dessa uppföljningar hör ihop. Texterna i de olika överenskommelserna skiljer sig också åt. Som exempel följs inte avvikelser i samverkan i överenskommelsen kring in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård men det görs i övriga överenskommelser. Dock hänvisas det till uppföljning utifrån hälso- och sjukvårdsavtalet och det blir oklart om avvikelser i samverkan ska följas upp inom området eller inte?

- Det ska finns tydligt angivna specifika områden som ska följas upp inom hälso- och sjukvårdsavtalet och varje överenskommelse, dvs. att det framgår inte bara att avtalet/överenskommelserna ska följas upp utan även vad uppföljningen ska avse.

Vilka mål avses?

I hälso- och sjukvårdsavtalet står att det är "ett gemensamt ansvar att följa upp efterlevnad och framtagna indikatorer som belyser resultat och effekter samt att stödja hälso- och sjukvårdens utveckling i riktning mot uppsatta mål". Göteborgs Stad anser att det förefaller något oklart vilka uppsatta mål som avses. Kan dessa vara föränderliga över tid? Är det målet som står i avtalet på sidan 4 "att erbjuda varje invånare en god och nära vård utifrån den enskildes behov, där den enskilde är en självklar part och medskapare av sin hälso- och sjukvård"? Eller är det målen i Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård? Kan det även vara mål som står på andra ställen i avtal och överenskommelser som exempelvis "att förhindra undvikbar slutenvård bör samtliga vårdnivåer delta i vården i hemmet"? Genom att förtydliga vilka mål som avses går det även lättare att följa upp dem.

Avvikelser i samverkan och förebyggande perspektiv

I avsnittet står att "Systematisk uppföljning ska stärka samverkan och därför ska avvikelser regelbundet följas upp och hanteras för att kontinuerliga förbättringar och ett gemensamt lärande ska ske". Uppföljning av avvikelser finns omnämnt i både överenskommelser och avtal och Göteborgs Stad anser att det bör förtydligas att det handlar om avvikelser i samverkan.

Göteborg Stad anser även att uppföljningsavsnittet bör ha ett förebyggande perspektiv likt intensionerna i omställningen till Nära vård och ny socialtjänstlag. Ett sätt att få med detta perspektiv kan vara att i stället för att fokusera på avvikelser fokusera på det förebyggande arbetet med riskanalyser i samverkan utifrån utvalda områden. En sådan ingång till uppföljningsarbetet liknar mer det arbetssätt som finns i parternas kvalitetsledningssystem.

Part och huvudman

Göteborg Stad noterar att både begreppen part och huvudmän används. Kan dessa båda begrepp beskrivas i definitioner?

Indikatorer

Göteborg Stad anser att det är bra med ett avsnitt med uppföljning men det bör övervägas hur detta avsnitt hänger samman med patientsäkerheten på ett tydligare sätt.

Avsnittet har idag inte räknat upp vilka indikatorer som ska följas mer än att de ”indikatorer som ska belysas är områden som belyser resultat och effekter”. Göteborgs Stad önskar att området ekonomi ska läggas till eftersom det bland annat finns omnämnt som ett avsnitt i överenskommelsen om personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende. Det är även ett område där den länsövergripande förstudien tittar på hur det kan följas. Att lägga till ekonomi skulle förstärka den röda tråden mellan avtalet och överenskommelser bättre.

Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelser ska vara på en övergripande nivå och beskriva vad:et. Avtalet ska vara hållbart över tid och en förstudie om indikatorer kring kvalitet och ekonomi pågår. Samtidigt lyfter bland annat utredningen stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72) att det bör vara klart för parterna, inte bara att avtalet ska följas upp, utan även vad uppföljningen ska avse. I möjlig mån är det lämpligt att parterna utformar avtalet på ett sådant sätt att en mätbar uppföljning av krav och kvalitet är möjlig.

I överenskommelserna bör det finnas en beskrivning av fler specifika uppföljningsområden i avtalet som exempelvis: ansvarsfördelning och samverkan, tillgänglighet och kontinuitet, patientsäkerhet och kvalitet, informationsöverföring och digital samverkan, ekonomiska och resursmässiga aspekter samt jämlik vård och patientnöjdhet. Indikatorerna kan sedan tydliggöras i annat dokument. Dessa områden kan även samtliga kopplas till de lagreglerade överenskommelserna.

Göteborg Stad anser att det är bra att det finns ett avsnitt om uppföljning i hälso- och sjukvårdsavtalet, men avsnittet behöver omformuleras. Texten

behöver fokusera på att uppföljningen ska utvärdera om parterna följer avtalet och de förpliktelser som anges. Genom att avsnittet förhåller sig till avtalsinnehållet blir det möjligt att säkerställa om båda parter lever upp till sina åtaganden. Nuvarande text beskriver att uppföljningen ska baseras på framtagna indikatorer som belyser resultat och effekter. Vilka dessa framtagna indikatorer nämns inte. Inte heller beskrivs vilka resultat och effekter som avses samt hur dessa är relaterade till om respektive part följer avtalet. Detta måste förtydligas.

Huvudmännen samverkar i ett länsövergripande politiskt organ och har ansvar att följa upp detta hälso- och sjukvårdsavtal med dess överenskommelser

Detaljerade gränssnittsöverenskommelser tenderar att snabbt bli inaktuella. Därför kan det vara bra med en robust struktur för systemledning innehållande gemensam uppföljning, analys och dialog kring hur parterna tillsammans utvecklar en god och sammanhållen vård och omsorg. Denna systemledning bör i Västra Götalands län inkludera uppföljning på flera nivåer. Uppföljning av avtalet och överenskommelser ska ske både lokalt och centralt på olika sätt. En del kan vara att det länsövergripande politiska organet följer upp avtal och överenskommelser, en annan del kan vara uppföljning att av ordinerade åtgärder ska ske och att det följs upp på lokal nivå.

Det behöver fortsatt beskrivas någon form av närområdesplan eller gemensam primärvårdsplan på delregional vårdssamverkansnivå eller liknande. Detta kan bli svårt utifrån om man får patienter från olika sjukhus idag.

Ytterligare textruta för kompletterande svar i detta avsnitt

8. Definitioner

Gradera er bedömning

- ☐ Stämmer helt
- ☒ **X Delvis**
- ☐ Stämmer inte alls

Göteborgs Stad ser att det saknas termer i listan. Förslagsvis bör följande begrepp läggas till:

- egen vård
- egenvård
- särskild kompetens
- särskild medicinsk eller teknisk utrustning
- samordnad individuell plan
- teamsamverkan
- närstående

- barn
- kortvarig och sällan förekommande
- öppenvårdsdos
- part
- huvudman
- samordning
- samarbete
- samverkan

I de fall definitioner finns i Socialstyrelsen termbank bör dessa användas, gärna med länk eftersom definitionerna förändras.

Följande är förslag på definition av SIP:

”Samordnad individuell plan (SIP) är en lagstadgad plan enligt HSL och SoL som används när en individ har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Planen syftar till att tydliggöra ansvarsfördelning, insatser och uppföljning för att skapa en sammanhållen vård och omsorg.

SIP kan även upprättas mellan olika aktörer inom hälso- och sjukvården utan att socialtjänsten deltar, exempelvis mellan primärvården och specialistvården, när en samordnad planering krävs för att säkerställa patientens behov av vård och rehabilitering.”

Övergripande synpunkter och övrigt för Hälso- och sjukvårdsavtalet

Göteborgs Stad anser att avtalet delvis på ett bra sätt beskriver de olika vårdnivåerna. Dock behöver avsnitten som beskriver 1) den specialiserade vården och 2) avtalsuppföljning omformuleras. Detta för att avtalet ska uppnå sitt syfte om att stärka samverkan och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan region och kommun samt mellan vårdnivåer.

I inledningen står det att hälso- och sjukvårdsavtalet beskriver även samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Denna beskrivning saknas i avtalet, den framgår inte i syftet.

Generellt behöver texterna i avtalet och överenskommelserna ses över:

- 1) Ändra ”insats” till ”åtgärd”. Detta för att följa termer som används inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen.
- 2) Vissa skrivningar är informativa och beskrivande till sin karaktär, men utan tillämpning. En avtalstext bör ha ett ska/bör/kan för att parterna ska förstå vad detta innebär för dem.

3) Var konsekvent i dispositionen, till exempel finns avsnittet uppföljning med i alla dokument, men beskrivs på olika sätt. Synkronisera alla likartade texter med varandra.

Göteborg Stad anser att barnperspektivet bör genomsyra hela avtalet. Det är avgörande att alla hälso- och sjukvårdsinsatser utformas med barns rättigheter och behov i åtanke. Barn är en särskilt sårbar grupp, och deras förmåga att delta i beslutsprocesser kring sin egen vård och hälsa kan variera beroende på ålder och mognad.

Hälso- och sjukvårdsavtalet bör tydligt framhäva vikten av att involvera barn och deras vårdnadshavare i beslut som rör deras vård och behandling. Ett barn kan inte jämföras med vuxna vid beslut om vård och det är av vikt att vårdnadshavarnas förmåga och förutsättningar behöver vägas in. Hälso- och sjukvårdspersonal ska bedöma och anpassa insatserna utifrån barnets individuella förutsättningar och behov. Det bör även betonas att vårdpersonal ska ha särskild kunskap och kompetens för att arbeta med barn och unga, så att de kan stödja dem i att förstå och hantera sin hälsa. Detta inkluderar att skapa en trygg miljö där barn kan ställa frågor och uttrycka sina åsikter om sin vård.

Eftersom nuvarande avtal inkluderar alla åldrar föreslår Göteborg Stad att överenskommelsen för barn och ungas hälsa revideras och kopplas till avtalet. Genom att prioritera barnets bästa och involvera dem i beslutsprocesser kan en mer rättvis och effektiv vård säkerställas för denna viktiga grupp.

För att säkerställa att överenskommelsen är uppdaterad, korrekt och i linje med gällande lagstiftning och terminologi, föreslås följande korrigeringar:

- Samtliga hänvisningar till nuvarande socialtjänstlag behöver justeras i enlighet med den kommande lagstiftningen.
- Begreppet *avgiftning* bör ersättas med *abstinensbehandling* för att bättre spegla aktuell praxis och vårdspråk.

Ytterligare textruta för kompletterande svar i detta avsnitt

Överenskommelse om Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård

Gradera er bedömning för denna överenskommelse

- ☐ Stämmer helt
- ☒ **X Delvis**
- ☐ Stämmer inte alls

1. Inledning

Göteborgs Stad anser att det är positivt att ordet *ansvar* finns med i överenskommelsens rubricering.

2. Parter

Klicka eller tryck här för att ange text.

3. Giltighetstid

Klicka eller tryck här för att ange text.

4. Målgrupp

Klicka eller tryck här för att ange text.

5. Syfte

Klicka eller tryck här för att ange text.

6. Gemensamt ansvar

Göteborgs Stad:

- Närområdesplanen nämns i inledningen. Om det inte räcker att det nämns där behöver meningen i punkt 1 justeras. Anledningen är att närområdesplanen är ett regionalt dokument och inte ett samverkansdokument.

- Anser att det är bra att det står att varje patient ska ha en namngiven läkare (punkt 2). Förtydliga att det är *fast läkare* som avses. Föreslår även att följande läggs till: *"Om patienten har läkare från både den regionala specialistvården och regional primärvård ska ansvarsfördelningen framgå för alla inblandade parter"*.

- Anser att det i punkt 5 ska läggas till *"tillsammans med patient"*.

- Föreslår att ändra i punkt 6. *"När patient gett samtycke beakta närståendes delaktighet"*.

7. Parternas ansvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

7.1 Regionens läkaransvar

Göteborgs Stad:

- Föreslår följande ändring i första stycket andra meningen: *"Vården ska utifrån patientens behov utformas i samverkan"*.

- Anser att de nya bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen möjliggör att hälso- och sjukvården ska ställa om så att primärvården blir navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Göteborgs

Stad anser att det behöver förtydligas i andra stycket på vilken vårdnivå tillgången till läkare ska finnas. Föreslår följande tillägg *"Tillgång till läkare på primärvårdsnivå ska finnas dygnet runt (13 a kap. 1 § HSL)"*.

- Anser att i överskriften till punktlistan bör *"bland annat att"* tas bort.
- Föreslår tillägg (punkt 2): *"Fast läkarkontakt på primärvårdsnivå samordnar patientens medicinska vård..."*.
- Anser att det är bra att det framgår (punkt 3) att ansvaret omfattar hela dygnet. Det betonar det förebyggande ansvaret och motverkar undvikbar akutvård och/eller slutenvård.
- Termen vårbegränsningar (punkt 6) är inte vedertagen. Föreslår att ändra till *"Ta ställning till medicinska prioriteringar för att säkerställa prioriteringsordning och förebygga undanträngningseffekter"*.

Utifrån att vårbegränsning är kopplat till individ kan ett alternativt förslag till formulering vara *"Ställningstagande till att avstå vårdåtgärder som exempelvis HLR för enskild individ"*.

- Föreslår att *"handledning för kommunens legitimerade personal"* läggs till i punkt 7.
- Föreslår att lägga till en punkt som beskriver läkarens ansvar vid behovet av palliativa åtgärder vid livets slutskede. Jmf punkt 5 under kommunens ansvar.

7.2 Kommunens ansvar

Göteborgs Stad:

- Anser att i överskriften till punktlistan bör *"bland annat att"* tas bort.
- Föreslår ändring i punkt 2. *"Kontakta fast läkarkontakt vid förändringar i patientens hälsotillstånd"*.
- Föreslår ändring i punkt 4. *"Meddela aktuella mottagningar vid beslut om och vid avslut av kommunal primärvård"*.
- Föreslår att ordet *"kan"* byts ut till *"bör"* (punkt 6).

8 Uppföljning

Göteborgs Stad anser att:

- Det är bra att närområdesplanen finns med som ett gemensamt uppföljningsområde till den lokala nivån, men då det i grunden är ett regionalt dokument anser Göteborgs Stad att en rimlig utgångspunkt är att överenskommelsen även följs upp på central/länsövergripande administrativ nivå både i kommun och region. Den länsövergripande nivån bör även inbegripa mer än följsamhet och avvikelser.

- Det bör vara klart för parterna inte bara att överenskommelsen ska följas upp, utan även vad uppföljningen ska avse. I möjlig mån är det lämpligt att parterna utformar överenskommelsen på ett sådant sätt att en mätbar uppföljning av krav och kvalitet är möjlig. Kopplingen till de områden som ska följas upp genom texten som står i hälso- och sjukvårdsavtalet måste bli tydligare i denna överenskommelse. Det är eftersträvaransvärt om uppföljningen av överenskommelsen är utformad på ett sådant sätt att parterna själva, på objektiva grunder, kan observera om läkarmedverkan fungerar som det är tänkt och om patienterna får den vård som de har rätt till. Exempel på faktorer som skulle kunna vara möjliga att följa upp är sådant som proaktivt/förebyggande arbetssätt (medicinska vårdplaner), planerade hembesök/opplanerade akutbesök (tillräcklig och förutsägbar läkarmedverkan.)

Övergripande synpunkter och övrigt för Överenskommelse om Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård

Klicka eller tryck här för att ange text.

Ytterligare textruta för kompletterande svar på frågorna i detta avsnitt

Klicka eller tryck här för att ange text.

Överenskommelse om Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Gradera er bedömning för denna överenskommelse

- ☐ Stämmer helt
- ☒ **X Delvis**
- ☐ Stämmer inte alls

1. Inledning

Göteborgs Stad anser att det är positivt att ordet *ansvar* finns med i överenskommelsens rubricering.

2. Parter

Klicka eller tryck här för att ange text.

3. Giltighetstid

Klicka eller tryck här för att ange text.

4. Målgrupp

Klicka eller tryck här för att ange text.

5. Syfte

Klicka eller tryck här för att ange text.

6. Kriterier för kommunens betalningsansvar

Göteborgs Stad:

- Föreslår att det läggs till att *"samtliga kriterier ska vara uppfyllda för att betalningsansvaret ska träda in"*.
- Föreslår att det framgår vem som ansvarar för att erbjuda patient SIP (punkt 4).
- Föreslår att flytta punkt 6 så att den kommer i direkt anslutning till punkt 4.
- Anser att det behöver framgå att utöver att kalla till SIP behöver samtliga parter delta vid upprättandet. Detta för att kunna uppfylla patientsäker vård i hemmet (5 kap. 5 § 2017:612).
- Föreslår ny punkt, som förslagsvis kan läggas som ny punkt 4: *"Fast vårdkontakt på primärvårdsnivå ska utses innan utskrivning från slutenvården"*.

7. Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret

Göteborgs Stad anser att det är positivt att samma ekonomiska modell som använts sedan 2018 kvarstår.

Staden föreslår att byta ut om man har till *"när det är"* (punkt 1).

8. Uppföljning

Göteborgs Stad:

- Anser att det är bra att det finns ett avsnitt med uppföljning och har noterat att denna text skiljer sig från de övriga överenskommelserna.
- Hur:et ska beskrivas i riktlinjen och frågan som uppkommer är vad som ska följas upp i denna överenskommelse? Är det endast följsamhet till överenskommelse? Det bör vara klart för parterna, inte bara att överenskommelsen ska följas upp, utan även vad uppföljningen ska avse. I möjlig mån är det lämpligt att parterna utformar överenskommelsen på ett sådant sätt att en mätbar uppföljning av krav och kvalitet är möjlig. I övriga överenskommelser följs avvikelser i samverkan men det står inte nämnt här. Dock hänvisas det till uppföljning utifrån avtalet och det blir så oklart om avvikelser i samverkan ska följas upp inom detta område eller inte?

Göteborgs Stad anser att *avvikelser i samverkan* bör finnas med som uppföljningsområde. Kopplingen till de områden som ska följas upp genom texten som står i hälso- och sjukvårdsavtalet måste även tydliggöras i denna överenskommelse.

Området för in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och kommunernas betalningsansvar är ett område där processen fungerar olika väl i vårt län. Det kan konstateras att det idag finns en del skav mellan huvudmännen. Göteborgs Stad anser att processen kring betalningsansvaret bör följas upp på länsnivå utifrån *om den sker på ett patientsäkert sätt*.

Idag är de kriterier som ska vara uppfyllda för när kommunernas betalningsansvar ska inträda formulerade utifrån vad som står i lagen.

Göteborgs Stad undrar om överenskommelsen är hänvisad till att bara formulera dem utifrån lag på ett övergripande sätt? De kriterier som finns på sid 4 i överenskommelsen kan formuleras på ett sätt som möjliggör bra uppföljningsmått. Som exempel kan punkten om *"planering och insatser från den regionfinansierade öppna vården är tillgängliga för en patientsäker vård i hemmet (5 kap. 5 § 2017:612)"* kompletteras med *fast läkarkontakt i primärvården*.

I lagen står att fast vårdkontakt ska utses inom regional primärvård vid utskrivning. Fast vårdkontakt är viktig för samordning runt patienten och mellan Vårdgivare. Göteborgs Stad ser att detta saknas i förslaget på överenskommelse och anser att det bör finnas med som ett kriterium för att kunna följas upp.

Övergripande synpunkter och övrigt för Överenskommelse om Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Klicka eller tryck här för att ange text.

Ytterligare textruta för kompletterande svar på frågorna i detta avsnitt

Klicka eller tryck här för att ange text.

Överenskommelse om Personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende

Gradera er bedömning för denna överenskommelse

- ☐ Stämmer helt
- ☐ Delvis
- ☒ **X Stämmer inte alls**

1. Inledning

Göteborgs Stad:

- Anser att det behöver tydliggöras att överenskommelsen omfattar personer med samsjuklighet. Det nämns i avsnitt 7, men framgår inte i rubrik eller målgruppsbeskrivning.

- Konstaterar att målgrupper anges i såväl inledning som under avsnitt 4-Målgrupper. Föreslår att det justeras för att inte bli dubbelt.

- Anser att det finns en problematik i att barn och unga i delar hanteras inom denna överenskommelse. Det är inte tillräckligt att endast beakta Överenskommelse Samverkan barn och ungs hälsa utan den behöver följas med lika stor hänsyn och vikt. I senast nämnda överenskommelse lyfts även lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Lagen syftar till att regionen på initiativ av socialnämnden ska erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till en placering av barn och unga och detta ska göras utöver bestämmelserna i HSL och tandvårdslagen. Lagen om hälsoundersökningar för de placerade barnen nämns inte i Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk.

- Anser att risken är stor att Överenskommelse Samverkan för barn och ungs hälsa inte kommer att beaktas eller tas med lika stor hänsyn och vikt som Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende eftersom det kan tolkas olika i vilken överenskommelse som är mest styrande. Det bedöms även vara högst otydligt i rubriksättningen av Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende att det också handlar om en så komplex målgrupp som barn och unga.

Göteborgs Stad föreslår att Överenskommelse Samverkan för barn och ungs hälsa revideras och underordnas hälso- och sjukvårdsavtalet. Göteborgs Stad anser att det är avgörande att denna synpunkt omhändertas i den slutgiltiga versionen.

2. Parter

Klicka eller tryck här för att ange text.

3. Giltighetstid

Klicka eller tryck här för att ange text.

4. Målgrupp

Göteborgs Stad konstaterar att målgrupper anges i såväl avsnitt 4 som under inledning. Detta bör justeras så det inte blir dubbelt.



Staden föreslår också att andra stycket om syftet med överenskommelsen lyfts ut i egen rubrik (i likhet med underavsnitten i hälso- och sjukvårdsavtalet).

5. Parternas ansvar

Göteborgs Stad anser att det generellt är bra skrivningar om det gemensamma ansvaret. Det är positivt att det tydliggörs att samarbetet ska ligga till grund för att öka den enskildes möjlighet att ta ansvar för sitt eget liv.

Staden anser att punkten 3 "identifiera somatisk ohälsa liksom ohälsa i munnen hos patienter med psykisk funktionsnedsättning" bör justeras. Antingen bör alla målgrupper läggas till eller så bör ansvaret beskrivas under respektive målgrupps rubrik.

Staden anser också att hänvisning till parternas ansvar kring SIP bör vara med och föreslår att ordet patienter byts ut mot "*personer*".

6. Personer med psykisk funktionsnedsättning

Göteborgs Stad konstaterar att samma typ av punktlistor som beskriver parternas ansvar finns under avsnitt 7. Göteborgs Stad anser att punktlistorna i avsnitt 7 är mer kompletta och korrekta. Punktlistorna bör ses över och synkroniseras i möjligaste mån.

Göteborgs Stad konstaterar vidare att det framgår av texten att stöd till arbete och studier ska kunna erbjudas utifrån individuella behov och efter en individuell behovsprövning. Det handlar alltså inte om ett generellt ansvar utan bedömningen ska utgå från varje individs unika situation. Det är positivt att ansvaret tydliggörs i den nya överenskommelsen då insatser som syftar till ökade möjligheter till sysselsättning har en viktig rehabiliterande funktion.

Det föreligger utmaningar utifrån regionens ansvar att bistå med intyg, både utifrån arbetsintyg och intyg gällande individens funktion, behov och förutsättningar. I dagsläget är det vanligt att arbetsintyg, som ibland efterfrågas av till exempel förvaltningen, arbetsgivare eller andra myndigheter, inte tillhandahålls kostnadsfritt av hälso- och sjukvården. För att öka individens möjligheter till sysselsättning behöver rutiner och ansvar kring intyg tydliggöras, särskilt när de har direkt koppling till rehabilitering och sysselsättning. Det finns behov av tydligare riktlinjer för regionens ansvar kring intyg, särskilt eftersom bedömningarnas innehåll, kvalitet och tillgänglighet varierar stort. Det är oklart i vilka situationer regionen ansvarar för att tillhandahålla sådana underlag. Ett förtydligande krävs kring när hälso- och sjukvården ska bistå med detta respektive när det inte är aktuellt, samt vilka krav som kan ställas på bedömningarnas kvalitet.

För att säkerställa ett mer enhetligt arbetssätt och öka tydligheten gentemot både individen och samverkande myndigheter behöver det klargöras:

- Vilka intyg och bedömningar sjukvården ansvarar för.
- När och för vilka målgrupper de ska utfärdas.
- Vad intygen ska innehålla utifrån syfte och mottagare.
- Vem inom vården som ansvarar för att utfärda dem.

7. Personer med skadligt bruk och beroende samt samsjuklighet

Göteborgs Stad konstaterar att detta är en målgrupp vars behov kan förändras mycket efter utskrivning från slutenvård och föreslår att lägga till att *”en uppföljning av samordnad individuell plan alltid ska ske två veckor efter utskrivning”*.

Göteborgs Stad anser också att det bör tydliggöras om alla kriterier i rubriken ska vara uppfyllda för att överenskommelsen ska gälla.

7.1 Regionens ansvar

Göteborgs Stad noterar att regionens grundläggande ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård till målgruppen inte beskrivs, samtidigt som kommunens grundläggande ansvar att erbjuda insatser enligt SoL och LSS finns listad.

Detta bör balanseras genom att regionens ansvar utifrån HSL till alla invånare synliggörs. Under regionens ansvar bör det även göras en beskrivning av vad som är specialistvård respektive regional primärvård för att harmonisera med vad som anges om kommunalt primärvårdsansvar.

Göteborgs Stad föreslår att begreppet avgiftning byts ut mot *”abstinensbehandling”*.

7.2. Kommunens ansvar

Göteborgs Stad anser att rubrikerna kommunal primärvårds ansvar bör vara samstämd i formuleringen.

Göteborgs Stad anser att begreppet psykiatrisk hälsa är otydligt (punkt 1) och att det bör övervägas att ändra begreppet till psykisk ohälsa alternativt förklara vad som avses med psykiatrisk ohälsa. Ytterligare förslag är att ändra från patienter till *”personer”*.

8. Personer med placering utanför hemmet

Göteborgs Stad anser att barnperspektivet behöver beaktas på ett bättre sätt. Göteborgs Stad anser att överenskommelsen, som är rubricerad personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, inte alls ska innehålla placering utanför hemmet för barn och unga. I stället bör detta avsnitt ingå i den befintliga Överenskommelsen Samverkan för barns och ungas hälsa. Där finns beskrivningar av samverkan för att

säkerställa hälso- och sjukvård för placerade barn och unga samt om lagen om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Göteborgs Stad konstaterar att det i 8.5 betonas att kostnadsansvaret ska följa respektive parts ansvarsområde. Staden anser att det i praktiken kan vara svårt att dra tydliga gränser mellan kommunens socialtjänstinsatser och regionens hälso- och sjukvårdsinsatser, särskilt när det gäller personer med komplexa och sammansatta behov. Detta skapar tolkningsutrymme, gråzoner och ibland oenighet om vem som bär kostnadsansvar för specifika insatser eller placeringar.

För att kostnadsansvar ska uppstå framkommer det i överenskommelsen att avtal och insatser som även omfattar den andra partens ansvarsområde ska föregås av ett godkännande från denne. Placering ska dessutom föregås av en skriftlig överenskommelse där det tydligt framgår respektive parts ansvar för de insatser som ska utföras, hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses, fördelning av kostnader i kronor eller procent och tidsperiod. En schablonmodell anges, där VGR står för 33 procent av kostnaden och kommunen för 67 procent. Det framgår även att kostnadsfördelning *kan* ske när den enskilde är i behov av både socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser – men att denna modell ska användas restriktivt och endast när ansvarsfördelningen är oklar.

Göteborgs Stad upplever den restriktiva formuleringen som alltför vag. Den ger utrymme för olika tolkningar, vilket försvårar samverkan. Därtill leder den till hög administration. Göteborgs Stad föreslår med detta som bakgrund att formuleringen om kostnadsfördelningen revideras så att den ändras från *"kan"* till ett *ska*-krav. *"I de fall den enskilde är i behov av både kommunens socialtjänstinsatser och regionens hälso- och sjukvårdsinsatser, ska parterna dela på kostnaden."*

8.1 Gemensamt ansvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

8.2 Regionens ansvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

8.3 Kommunens ansvar

8.4 Gemensamt ansvar

Göteborgs Stad föreslår att ändra *"båda parter"* till *"alla berörda parter"*, då det kan finnas fler än två berörda parter.

8.5 Kostnadsansvar

Göteborgs Stad anser att det i 8.5 behöver ske en ändring i texten kring SIP i avsnitten om kostnadsansvar "Oenigheter som uppkommer vid upprättandet av överenskommelse om kostnadsansvar mellan parterna, 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."

Göteborgs Stad menar att det är en direkt felaktig användning av SIP.

8.6 Uppföljning av placering

Klicka eller tryck här för att ange text.

9. Personer med psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård

Göteborgs Stad:

- Anser att det ska förtydligas vem som upprättar och ansvarar för samordnad vårdplan samt förtydliga vad justera plan betyder (andra stycket under avsnitt 9).
- Föreslår att formuleringen i avsnitt 9.2 "Kommunens uppdrag bygger på frivilligt", tas bort. Den inte är relevant utifrån avsnittets innehåll. Det är inte frivilligt för kommunen att tillhandahålla insatser. Det kan i stället stå i hälso- och sjukvårdsavtalet som en grundprincip att insatser som kommunen erbjuder enligt SoL är frivilliga för den enskilde.
- Konstaterar att punkt 2 och 5 i punktlistan under socialtjänstens ansvar är identiska. Den ena punkten föreslås strykas.

10. Uppföljning

Det bör vara klart för parterna, inte bara att överenskommelsen ska följas upp, utan även vad uppföljningen ska avse. I möjlig mån är det lämpligt att parterna utformar överenskommelsen på ett sådant sätt att en mätbar uppföljning av krav och kvalitet är möjlig.

Göteborgs Stad anser att:

- Kopplingen till de områden som ska följas upp genom texten som står i hälso- och sjukvårdsavtalet måste bli tydligare i denna överenskommelse.
- Det som saknas är den systematiska uppföljning kring hela överenskommelsen utifrån att det är flera olika områden den behandlar. Det behövs uppföljningsområden och indikatorer på en övergripande central nivå som är kopplade till flertalet kvalitetsområden, där ett urval av områden kan följas upp årligen.

- Det är vaga formuleringar om uppföljning av följsamheten. Det är eftersträvaransvärt om uppföljningen är utformad på ett sådant sätt att parterna själva, på objektiva grunder, kan se hur god följsamheten är. Ett sätt är att hämta hemförslag på indikatorer inom avsnitt 6-9 (punktlistor) och följa upp.
- Det behöver bli tydligare med uppföljning av kostnadsfördelningen därav behöver 8.6 kopplas samman med uppföljnings avsnittet på något sätt. Det är en uppföljning som just nu står för sig själv och där upplevelsen är att följsamheten är låg idag. Göteborgs Stad anser att det bör finnas en röd tråd mellan dessa två uppföljningsområden i överenskommelsen genom en tydlig text under någon av rubrikerna.

Övergripande synpunkter och övrigt för Överenskommelse om Personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende

Göteborgs Stad:

- När det gäller det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret beskriver denna överenskommelse inget ytterligare än det som anges i hälso- och sjukvårdsavtalet. Detta faller tillbaka på problematiken i avtalet kring gränsdragningen mellan primärvård och specialiserad vård (till exempel att ordinatorerna i den specialiserade vården själv bedömer att insatsen kan utföras på primärvårdsnivå). Utskrivning betyder att vården inte längre ska ske på sjukhus, men inte nödvändighetvis att vårdnivån övergår till primärvård. I detta fall kan målgruppens psykiska funktionsnedsättning eller sjukdom komplicera ytterligare då patientens vårdbehov kan variera kraftigt utifrån om denna befinner sig i den specialiserad sluten- eller öppenvården, eller är i sitt hem. Den kommunala primärvården har inte alltid den kompetens som krävs och i värsta fall resulterar det i en utskrivning.

- Denna överenskommelse beskriver inte något ytterligare om läkaransvaret i den kommunala primärvården än vad som står i överenskommelsen om läkaransvaret. Göteborgs Stads invändningar på föreliggande överenskommelse faller tillbaka på synpunkterna på överenskommelsen om läkaransvaret. Specifikt ansvaret om att utse en fast namngiven läkarkontakt på primärvårdsnivå som samordnar patientens medicinska vård och är delaktig vid vårdövergångar, och som utför medicinska bedömningar, behandlingar med mera dygnet runt.

- Det finns en inneboende problematik med överenskommelsens långsiktighet. Skälet är att samsjuklighetsutredningen förväntas ha direkt påverkan. En

delegation har fått i uppdrag att ta fram en reform för mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk och/eller beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Reformen kommer innebära att regionernas ansvar för beroendevården stärks och att ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten förändras. Regionerna föreslås få ansvar för att personer med missbruksproblematik och beroendesjukdom ges en sammanhållen vård och behandling. Socialtjänstens ansvar för stöd i vardagen, till exempel i form av boende, sysselsättning och hjälp att utveckla egna resurser, ska enligt förslaget kvarstå. Under tiden delegationen genomför sitt uppdrag förväntas justeringar utifrån samsjuklighetsutredningen att genomföras parallellt som potentiellt kan komma att kräva en omarbetning av överenskommelsen, för att spegla den nya ansvarsfördelningen och säkerställa tydlighet i samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Göteborgs Stad anser att flytet i texterna gällande olika målgrupper brister. Staden föreslår att ordningen på underavsnitten följa samma ordning som i avtalet. För att säkerställa att överenskommelsen är uppdaterad, korrekt och i linje med gällande lagstiftning och terminologi, föreslås också följande korrigeringar:

- Lagstiftning: Samtliga hänvisningar till nuvarande socialtjänstlag behöver justeras i enlighet med den kommande lagstiftningen.
- Terminologi: Definiera psykiatrisk tvångsvård samt rättspsykiatrisk vård.
- Det finns flera begrepp som behöver synkroniseras "psykisk funktionsnedsättning", "psykisk sjukdom", "psykiatrisk ohälsa".
- Begreppet *avgiftning* bör ersättas med *abstinensbehandling* för att bättre spegla aktuell praxis och vårdspråk. Begreppet *missbruk* bör ändras till *skadligt bruk och beroende*.
- Riskformuleringar: I avsnitt 7 i Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende bör ett tillägg göras som också innefattar ökad risk för fysisk och psykisk skada, för att fånga in hela spektrumet av potentiella konsekvenser vid bristande insatser.
- Barnkonventionen och barn som närstående: Avtalet slår fast att VGR och kommunerna i Västra Götaland ska följa barnkonventionen och principen om barnets bästa, även för barn som är närstående. Dock saknas ett förtydligande av detta i avsnitt 4 i Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende "Målgrupp". Här bör det

tydligt framgå att barn som närstående också omfattas av överenskommelsen.

Ytterligare textruta för kompletterande svar på frågorna i detta avsnitt

Klicka eller tryck här för att ange text.

Överenskommelse om Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Gradera er bedömning för denna överenskommelse

- ☐ **Stämmer helt**
- ☐ Delvis
- ☐ Stämmer inte alls

1. Inledning

Göteborgs Stad föreslår att ordningen på underavsnitten ska följa samma ordning som i hälso- och sjukvårdsavtalet.

2. Parter

Klicka eller tryck här för att ange text.

3. Giltighetstid

Klicka eller tryck här för att ange text.

4. Målgrupp

Klicka eller tryck här för att ange text.

5. Syfte

Klicka eller tryck här för att ange text.

6. Gemensamt ansvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

7. Parternas ansvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

Regionens läkaransvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

Kommunens ansvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

8. Utbildning

Klicka eller tryck här för att ange text.

9. Uppföljning

Göteborgs Stad framhåller att överenskommelsens avsnitt om uppföljning skiljer sig markant från övriga överenskommelser utifrån att indikatorerna finns med och har funnits med i tidigare överenskommelser. Det är positivt att antalet indikatorer har minskats till de som ska rapporteras till SKR. Det är också bra att VGR ska sammanställa statistik kring munhälsa från IT-stödet som rapporteras till SKR.

Staden anser att det bör finnas en skrivning om var den gemensamma uppföljningen ska ske. Är det på lokal nivå eller länsövergripande nivå eller båda och?

Övergripande synpunkter och övrigt för Överenskommelse om Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård

Göteborgs Stad föreslår att överenskommelsen benämns "*Om ansvar för Munhälsa och nödvändig tandvård*" (jämför överenskommelserna om betalningsansvar och läkaransvar).

Ytterligare textruta för kompletterande svar på frågorna i detta avsnitt

Klicka eller tryck här för att ange text.

Hantering av personuppgifter

I samband med insamling av remissvar hanterar vi personuppgifter. Informationen du lämnar kommer endast att användas i remissprocessen och därefter raderas.

- Jag godkänner hantering av personuppgifter i samband med remissvar

Bekräftelse på ert remissvar sker genom kopia på lämnat svar och skickas till kontaktperson som angavs i början av enkäten.

För frågor kontakta:

Jenny Nilsson Processledare, VGR
Mobil: 0760-50 21 46
E-post: jenny.j.nilsson@vgregion.se

Malin Sward Davidsson Processledare, VästKom
Mobil: 0730-65 33 57
E-post: malin.sward@vastkom.se