

Tjänsteutlåtande

Utfärdat 2025-03-28

Ärendenummer AVO-2025-00266

Handläggare

Mia Lolic

E-post: mia.ilovaca@aldrevardomsorg.goteborg.se

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

Förslag till 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.

Sammanfattning

Kommunfullmäktige ska ta ställning till om Göteborgs Stad ska ingå avtal med Västra Götalandsregionen (VGR) om nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser. Stadsledningskontoret har vidare remitterat förslaget till äldre samt vård- och omsorgsnämnden för yttrande. Remissvaret ska innehålla svar på om nämnden tillstyrker alternativt avstyrker avtalet med tillhörande lagreglerade överenskommelser i sin helhet. Den 3 februari 2025 översände VästKom som är kommunernas länsgemensamma samverkansaktör, remissversion av hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser. Representanter från äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen har under 2024 och 2025 ingått i en arbetsgrupp för framtagandet av hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser.

Förvaltningen har gått igenom förslaget till det nya hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götalandsregionen och lämnar synpunkter och förslag på förbättringar i detta tjänsteutlåtande för att säkerställa en effektiv, säker och patientcentrerad vård. Förvaltningen har i sitt arbete utgått från "Bilaga Remissenkät – Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande lagreglerade överenskommelser" då detta kommer att skickas in av stadsledningskontoret för stadens räkning. I bilagan "remissenkät" framkommer mer utförliga beskrivningar och synpunkter på de olika delar som innefattas av hälso- och sjukvårdsavtalet samt de tillhörande överenskommelserna. Avtalsparter och tillika remissinstanser är de 49 kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

Avtalsförslaget och överenskommelserna baseras på Färdplan – länsgemensam strategi för god och Nära vård och är i flera avseenden oproblematiska. Det finns emellertid några

delar som inte har beaktats i tillräcklig utsträckning. Förvaltningen anser att föreslaget hälso- och sjukvårdsavtal inte beskriver ansvarsfrågan i den utsträckning som är nödvändig i förhållande till omställningen till en god och *Nära vård*. I omställningen till en *Nära vård* förväntas kommunerna vårda fler patienter med större och komplexa behov. Utifrån de förändringar som den kommunala primärvården möter och väntas möta framåt ser förvaltningen att ett hälso- och sjukvårdsavtal tydligt behöver reglera ansvarsförhållandena mellan parterna.

Förvaltningens huvudsynpunkter på hälso- och sjukvårdsavtalet fokuserar på behovet av tydligare riktlinjer och förbättrad samverkan mellan huvudmännen. Förvaltningen har granskat avtalet och bedömt tre avsnitt som otillräckliga: Specialiserad vård i hemmet, Utökad omfattning av primärvård, och Uppföljning.

I avsnitt 2.2 om specialiserad vård i hemmet anser förvaltningen att gränsen mellan specialistvård och primärvård måste klargöras. Ansvaret för primärvårdsnivån delas mellan regionen och kommunerna, medan specialistvården ligger helt på regionens ansvar. Enligt kommunallagens 2 kapitel 2 § omfattar den kommunala kompetensen inte specialistvård, vilket innebär att kommunens medarbetare inte har befogenhet att utföra insatser på specialistvårdsnivå. Trots detta öppnar avtalsförslaget för möjligheten att kommunen kan ta ansvar för sådana insatser. Nuvarande text behöver precisera att kommunen endast kan utföra insatser där rätt kompetens finns och inte kräver någon särskild organisation eller struktur. Förvaltningen anser att ansvaret för dessa insatser måste förtydligas för att minska risken för tolkningsproblem och säkerställa patientsäkerheten.

Avsnitt 4 om utökad primärvård skapar otydlighet och bör strykas då det inte stämmer överens med regionbildningsavtalet. Avtalet bör fokusera på hur regionen och kommunerna ska samarbeta för en mer sammanhållen vård.

I avsnitt 7 om uppföljning behövs tydligare koppling till patientsäkerhet och specifika uppföljningsmål. Nuvarande texter är för generella och det finns risk för tolkningsproblem. Det behövs fler specifika uppföljningsområden, inklusive ansvarsfördelning och samverkan, för att göra uppföljningen mer meningsfull. Även ett tydligare förebyggande perspektiv för att stödja omställningen till god och *Nära vård*.

Olika termer i avtalet behöver ändras för att följa hälso- och sjukvårdslagstiftningen och att begreppen "part" och "huvudman" definieras tydligare. Det ger förutsättningar för bättre struktur och konsekvens i texten. Förvaltningen anser att barnperspektivet bör genomsyra avtalet med särskild hänsyn till barns behov och rättigheter. Teambaserad samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst bör stärkas genom att tydliggöra läkarens roll och ansvar och där patientens delaktighet betonas. Avsnittet om samordnad individuell plan (SIP) bör utvecklas för att säkerställa en tydlig samverkan, särskilt för personer som behöver hälso- och sjukvårdsinsatser men inte socialtjänst. Uppföljningen av SIP måste tydliggöras för att säkerställa kontinuitet och ansvar. Sammanfattningsvis behövs förtydliganden och förändringar för att säkerställa en mer samordnad, tydlig och effektiv vårdstruktur.

Förvaltningen bedömer att remissförslaget för hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerade överenskommelser kan till tillstyrkas under förutsättning att framförda synpunkter omhändertas.

Bedömning ur ekonomisk dimension

Hälso- och sjukvårdsavtalet ska reglera samverkan och ansvar för hälso- och sjukvård mellan Västra Götalandsregionen och länets 49 kommuner.

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 mycket av behoven har förskjutits till kommunerna. Det påpekas också 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.

Det aktuella förslaget till ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal skulle förutom de redan nämnda synpunkterna medföra kostnadsökningar för kommunerna. I praktiken innebär det att kommunerna skulle acceptera ett större ansvar än vad de har idag, vilket förutsätter en ökning av verksamhetens resurser. Om ansvaret för att avgöra vad som kan utföras på primärvårdsnivå ensidigt överlämnas till specialistvårdsnivån, som förslaget, kommer det bli svårt för kommunerna att hantera det och möta en växande andel äldre med fler och komplexa behov.

Bedömning ur ekologisk dimension

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

Bedömning ur social dimension

Enligt hälso- och sjukvårdslagen 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.

Den hälso- och sjukvård som regleras i hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna omfattar i hög utsträckning sköra grupper med behov av samordnade insatser från både region och kommun.

Samverkan

Information sker på förvaltningsövergripande samverkansgrupp den 15 april 2025.

Bilagor

1. Hälso- och sjukvårdsavtal, remissversion 2025-02-05
2. Bilaga Remissenkät – Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande lagreglerade överenskommelser
3. Förslag Överenskommelse om Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård
4. Förslag Överenskommelse kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
5. Förslag Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende
6. Förslag Överenskommelse samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Beslut skickas till

Stadsledningskontoret

Ärendet

Nämnden ska ta ställning till att tillstyrka eller avstyrka nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser i sin helhet. Remissvaret ska ha inkommit till stadsledningskontoret senast den 30 april 2025. Göteborgs Stads svar ska vara inskickat senast den 19 juni. Remissvaren kommer sedan att bearbetas och ett färdigt avtalsförslag skickas ut under hösten 2025 för ställningstagande. Nytt avtal kommer, om samtliga 49 kommuner och regionen tillstyrker, att gälla under perioden 2027-01-01 – 2030-12-31.

Beskrivning av ärendet

Sedan regionbildningen år 1999 har kommunerna i Västra Götalands län och Västra Götalandsregionen (VGR) reglerat ansvarsfördelning avseende primärvård och hur samverkan inom hälso- och sjukvård ska ske. Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götalands län är idag huvudavtal för denna samverkan och grundar sig på vad parterna kom överens om i samband med regionbildningen, det så kallade regionbildningsavtalet. Regionbildningsavtalets syfte var att reglera ansvar och finansiella gränssnitt mellan region och kommuner i Västra Götalandsregionen.

Nu gällande hälso- och sjukvårdsavtal har förlängts då flera kommuner, bland annat Göteborgs Stad, avstyrkte det senast framlagda förslaget.

Kommunfullmäktige ska ta ställning till om Göteborgs Stad ska ingå avtal med Västra Götalandsregionen (VGR) om nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerade överenskommelser. Syftet är att få ett avtal som är modernt och framåtsyftande då dagens hälso- och sjukvård är i en omställning. Målet är att avtal och överenskommelser är hållbara över tid.

Stadsledningskontoret har remitterat vidare förslaget till äldre samt vård- och omsorgsnämnden, nämnden för funktionsstöd, socialnämnden Hisingen och socialnämnden Sydväst för yttrande. Remissen har också skickats till socialnämnden Centrum och Socialnämnden Nordost för kännedom och eventuellt yttrande. Göteborgs Stads svar ska vara inskickat senast den 19 juni. Remissvaren kommer sedan att bearbetas och ett avtalsförslag skickas ut under hösten 2025 för ställningstagande. Beslutsprocessen för det nya hälso- och sjukvårdsavtalet inleds den 1 september 2025 när politiska samrådsorganet (SRO) behandlar det slutliga förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och rekommenderar regionen och de 49 kommunerna att besluta enligt förslaget. Det kommer sedan att skickas till Göteborgs Stad för ställningstagande. Vid stadsledningskontorets beredning av ärendet kommer berörda nämnder få möjlighet att yttra sig om Göteborgs Stad ska tillstyrka eller avslå slutgiltigt förslag till hälso- och sjukvårdsavtal. Beslut kommer att fattas av kommunfullmäktige. Beslutet ska vara fattat av samtliga parter senast den 31 maj 2026 och det nya avtalet träder i kraft den 1 januari 2027.

Hälso- och sjukvårdsavtalet tillsammans med de fyra lagreglerade överenskommelserna förväntas gälla under perioden 2027-01-01 – 2030-12-31. Senast arton månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen sagt upp avtalet förlängs det med tre år i taget, med arton månaders uppsägningstid.

Hälso- och sjukvårdsavtalet och överenskommelserna ska bidra till att:

- Individens behov är vår gemensamma utgångspunkt, inte gränsdragningar eller ansvarsområden.

- Vi jobbar i partnerskap, i gränsöverskridande team.
- Vi arbetar hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande.
- Vi är likvärdiga parter.
- Vi informerar och gör varandra delaktiga inför beslut.

Överenskommelserna handlar om:

- Regionens läkaransvar i kommunal primärvård.
- Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.
- Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende.
- Samverkan om munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

Hälso- och sjukvårdsavtalet struktur

Hälso- och sjukvårdsavtalet är indelat i åtta kapitel.

1. Inledning
2. Hälso- och sjukvård i hemmet
3. Ansvar
4. Utökad omfattning av primärvård
5. Patientsäkerhet
6. Grundläggande förutsättningar
7. Uppföljning
8. Definitioner

Förvaltningens huvudsynpunkter i hälso- och sjukvårdsavtalet

Förvaltningen har graderat avsnitten i avtalet och överenskommelserna enligt följande instruktioner som medföljer:

Gradera bedömningen 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

Förvaltningen bedömer att tre avsnitt får graderingen ”stämmer inte alls”. Dessa avsnitt är:

1. Underavsnitt 2.2 – Specialiserad vård
2. Avsnitt 4 – Utökad omfattning av primärvård
3. Avsnitt 7 – Uppföljning

Underavsnitt 2.2 – Specialiserad vård i hemmet

Gränsdragningen mellan specialistvård och primärvård måste klargöras, särskilt vid vård i hemmet. Det behöver tydliggöras att kommunen kan medverka i, och i vissa fall utföra insatser på primärvårdsnivå, men det medicinska ansvaret ligger alltid kvar hos den som ordinerat insatsen. Primärvårdsinsatser ska alltid ha en ansvarig läkare inom regionala primärvården. Avtalet måste tydligare precisera att kommunen endast kan genomföra insatser där rätt kompetens finns och där det inte krävs någon särskild organisation eller

struktur. Det är endast kommunerna själva som vet om kompetens finns bland dess medarbetare för att genomföra insatserna. Nuvarande skrivning saknar en konkret beskrivning av hur ofta och i vilken omfattning specialiserad vård i hemmet ska genomföras.

Ansvar för delegering mellan huvudmän måste förtydligas. I dagsläget är ansvaret mellan vårdgivare ottydligt vilket kan leda till patientsäkerhetsrisker. Ett tydligt avtal minskar risken för tolkningsproblem och skapar en tydligare och mer samordnad ansvarsfördelning mellan vårdnivåerna. För att en kommun ska ta ansvar för en sådan uppgift gäller som grundläggande villkor att reglerna i 2 kap 1 § och 2 § KL om gränserna för den kommunala kompetensen respekteras. Regionen har det medicinska ansvaret för specialiserad hälso- och sjukvård 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.

Nuvarande skrivningar är för generella och riskerar att skapa tolkningsproblem och det är därför förvaltningen lämnar graderingen ”stämmer inte alls” för detta avsnitt.

Avsnitt 4 – Utökad omfattning av primärvård

Regionen har enligt lag ett ansvar att erbjuda vård till alla invånare. Detta innebär att regionen har ett grundläggande ansvar att tillhandahålla nödvändig vård inom sitt geografiska område. Detta avsnitt bygger på regionbildningsavtalet och behandlar specifika insatser som inte omfattas av avtalet. Vid en omställning av vårdstrukturer, där målet är att "flytta vården hem", kan en sådan formulering som ges i avsnitt fyra skapa en motsättning mellan de politiska målen och den praktiska organisationen av vården. Om inte både regionen och kommunerna omorganiserar sina resurser och arbetsformer för att möta de förändrade vårdbehoven, riskeras de ökande vårdbehoven att inte tillgodoses på ett effektivt sätt.

Förvaltningen föreslår att avsnittet stryks med följande motivering; Avtalet bygger på regionbildningsavtalet och föreliggande avsnitt gäller insatser som inte omfattas av regionbildningsavtalet kan detta avsnitt strykas. Avtalet ska fokusera på hur de båda parterna kan samarbeta för att skapa ett nytt och mer sammanhållet sätt att organisera vården.

Avsnitt 7 – Uppföljning

Det är positivt att det finns ett separat avsnitt om uppföljning i avtalet och i de tillhörande överenskommelserna. Det saknas en tydlig förklaring av hur uppföljningarna är kopplade till varandra och texterna i de olika överenskommelserna varierar. Ett exempel på detta är att avvikelser i samverkan inte följs upp i överenskommelsen för in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård medan det görs i andra överenskommelser. Det bör övervägas hur detta avsnitt kan kopplas till frågor om patientsäkerhet på ett tydligare sätt.

Förvaltningen anser att det är bra att det finns ett avsnitt om uppföljning i hälso- och sjukvårdsavtalet, dock måste avsnittet 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. Vidare anser förvaltningen att avsnittet bör ha ett tydligare förebyggande perspektiv, vilket går i linje med omställningen till en god och *Nära vård* och den nya socialtjänstlagen.

Förvaltningen anser att det bör tydliggöras vad som faktiskt ska följas upp, inte bara att uppföljning ska ske. Det måste vara tydligt vad som förväntas av respektive part. Nuvarande skrivningar är för generella och riskerar att skapa tolkningsproblem och det är därför förvaltningen lämnar graderingen "stämmer inte alls" för detta avsnitt.

Förvaltningens övergripande synpunkter och övrigt för hälso- och sjukvårdsavtalet

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.
4. Begreppen "part" och "huvudman" används omväxlande i avtalet. För att skapa bättre tydlighet behöver begreppen definieras i ett separat rubrik under avsnitt 8 "Definitioner".

Texten i avsnitt 2. hälso- och sjukvård, behöver omformuleras för att tydliggöra att regionen, enligt lag, har ett befolkningsansvar för vård till alla invånare. Det behöver förtydligas i avtalet för att undvika missförstånd. Det saknas en tydlig beskrivning av primärvårdens grundläggande uppdrag, vilket bör inkludera vård av både enkla och komplexa vårdbehov oberoende av sjukdom, ålder eller patientgrupp. Det saknas en sammanhangsmarkering som förklarar varför vård ges i hemmet. Det bör framhållas att vård i hemmet är en central del av *Nära vård* och ett medel för att främja patientens självständighet. En ledstjärna bör vara att säkerställa god och säker vård i hemmet samtidigt som patientens önskemål beaktas.

Barnperspektivet

I inledningen står det att hälso- och sjukvårdsavtalet även beskriver samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Denna beskrivning saknas i avtalet och den framgår inte i syftet. Vidare medskick att barnperspektivet bör genomsyra avtalet. Det är avgörande att hälso- och sjukvårdsåtgärder utformas med barns rättigheter och behov i åtanke.

Avtalet bör tydligt framhäva vikten av att involvera barn och deras närstående i beslut som rör deras vård och behandling. Hälso- och sjukvårdspersonal ska bedöma och anpassa åtgärderna 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.

Då nuvarande avtal inkluderar alla åldrar föreslår förvaltningen att överenskommelsen för barn och ungas hälsa revideras och kopplas till avtalet.

Teamsamverkan

Förvaltningen stödjer teambaserat arbetssätt men föreslår vissa förtydliganden för att stärka samverkan mellan huvudmännen. En mening om läkarens roll i att samordna medicinsk vård bör läggas till. Samverkan med socialtjänst nämns inte som en part i teamet och bör inkluderas med följande tillägg från färdplanen: *Hälso- och sjukvård i hemmet bygger på samverkan mellan kommunens socialtjänst, primärvård (kommun och region) samt den specialiserade vården.* Ordet "samordna" bör införas eftersom det är en central del av samverkan för att professionerna ska kunna komplettera varandra och skapa en gemensam helhet. Den enskilde nämns inte heller som en part i teamet utan beskrivs som en vars engagemang ökar om teamsamverkan fungerar. För att tydliggöra patientens centrala roll föreslås följande tillägg: *Den viktigaste parten i teamet är patienten själv, som ska ges möjlighet till delaktighet och inflytande utifrån sina förutsättningar och preferenser.* Slutligen behövs ett tillägg kring dokumentation där det klargörs att varje huvudman ansvarar för sin egen dokumentation.

Samordnad individuell plan (SIP)

Det är positivt med att Samordnad Individuell Plan (SIP) omnämns i avtalet men det behövs förtydliganden och utveckling för att säkerställa en tydlig samverkan mellan huvudmännen. Det behöver framgå att SIP även gäller för personer som enbart behöver stöd med hälso- och sjukvårdsåtgärder, som kommunal primärvård där den regionala primärvården har kvar läkaransvaret. Det innebär att personer som är inskrivna i kommunal primärvård men inte behöver socialtjänst ska erbjudas SIP.

Förvaltningen föreslår 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.

Överenskommelser

Förvaltningen har graderat avsnitten i överenskommelserna enligt följande instruktioner som medföljer:

Gradera bedömningen 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

Överenskommelse om Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård

Det behövs ändringar av punkterna under avsnitt gemensamt ansvar och parternas ansvar. Det finns behov av att ändra informationen om närområdesplanen då det är ett regionalt dokument och inte ett samverkansdokument. Detta innebär att det inte kan vara ett gemensamt ansvar att årligen upprätta det. Fler punkter lyfts i bilaga "remissenkät" kring detta avsnitt.

Regionens läkaransvar

Läkaransvaret måste förtydligas när en patient är på en korttidsplats. Detta behöver klargöras, särskilt ansvarsfördelningen mellan den fasta läkarkontakten och korttidsenheten, om det fortfarande är ett delat läkaransvar.

Uppföljning

Det är bra att närområdesplanen finns som ett gemensamt uppföljningsområde på lokal nivå. Då närområdesplanen är ett regionalt dokument bör uppföljningen ske på central nivå i både i kommun och region. Den länsövergripande nivån bör också inkludera mer än följsamhet och avvikelser. Uppföljningen bör tydligt definiera vad som ska mätas. Exempel på uppföljningsområden kan vara proaktivt arbete som medicinska vårdplaner, planerade hembesök och opåverkade akutbesök, samt om läkarmedverkan är tillräcklig och förutsägbar.

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

Nuvarande ekonomiska modell bör vara kvar. Förvaltningen är positiv till begreppsförändringen ”ansvar” i överenskommelsen. Slutenvården ska senast samma dag som utskrivning sker överföra nödvändig information för att ge patienten rätt socialtjänst eller hälso- och sjukvård.

Uppföljning

Det är positivt med ett uppföljningsavsnitt men det skiljer sig från övriga överenskommelser eftersom det enbart hänvisar till uppföljning enligt hälso- och sjukvårdsavtalet. Parterna bör tydligt veta vad uppföljningen ska omfatta och det är önskvärt att den är mätbar. I andra överenskommelser följs avvikelser i samverkan upp, men detta nämns inte i denna överenskommelse. Det bör klargöras om avvikelser i samverkan också ska följas upp i denna överenskommelse. Kopplingen till områden som ska följas upp enligt Hälso- och sjukvårdsavtalet bör också tydliggöras.

Övriga kommentarer

Processen kring in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård fungerar i varierande grad. Förvaltningen anser att processen bör följas upp på regionnivå för att säkerställa patientsäkerheten. De nuvarande kriterierna för när betalningsansvaret inträder är lagbaserat.

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

Det finns behov av att definiera begrepp som psykisk funktionsnedsättning, skadligt bruk, psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Syftet med överenskommelsen bör lyftas till en egen rubrik, likaså underavsnitten i avtalet. Ordningen på underavsnitten bör följa samma struktur som hälso- och sjukvårdsavtalet.

Personer med skadligt bruk/beroende och samsjuklighet

Behoven för denna målgrupp kan förändras avsevärt efter utskrivning från slutenvård. Det bör tilläggas i överenskommelsen att uppföljning av den individuella planen alltid ska ske två veckor efter utskrivning.

Uppföljning

Det måste vara tydligt för parterna vad uppföljningen ska avse. Det bör vara möjligt att mäta uppföljningens krav och kvalitet. Kopplingen till Hälso- och sjukvårdsavtalet måste

bli tydligare i överenskommelsen. En systematisk uppföljning saknas i överenskommelsen och formuleringarna om följsamhet är vaga. Det bör finnas objektiva indikatorer för att mäta följsamheten, exempelvis från avsnitt 6–9. Uppföljningen av kostnadsfördelningen behöver kopplas samman med övriga uppföljningsområden i överenskommelsen.

Kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar

Överenskommelsen beskriver inget ytterligare än vad som står i hälso- och sjukvårdsavtalet. Problemet med gränsdragningen mellan primärvård och specialiserad vård kvarstår. Utskrivning betyder inte att vården per automatik övergår till primärvård. Vårdbehovet varierar beroende på om patienten är i sluten- eller öppenvård och den kommunala primärvården har inte alltid rätt kompetens för att möta behovet.

Förvaltningens invändningar mot överenskommelsen om läkaransvaret kvarstår, särskilt ansvaret för att utse en fast läkarkontakt som samordnar vården och deltar vid vårdövergångar.

Det är bra att socialtjänstens ansvar tydliggörs. En person med missbruk omfattas av socialtjänstlagen medan en person med psykisk sjukdom omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, vilket innebär olika lagstiftning och ansvar.

Överenskommelse om Samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Strukturen av underavsnitten/rubrikerna i denna överenskommelse behöver förändras för att följa samma ordning som hälso- och sjukvårdsavtalet.

För att öka samverkan behöver överenskommelsen kompletteras med en skrivning om var den gemensamma uppföljningen ska ske, om det är på lokal och/eller regionövergripande nivå.

Överenskommelsens avsnitt om uppföljning skiljer sig markant från övriga överenskommelser och hälso- och sjukvårdsavtalet utifrån att indikatorerna är inkluderade.

Förvaltningens bedömning

Det föreslagna hälso- och sjukvårdsavtalet är ett steg i rätt riktning men att ytterligare förtydliganden och justeringar krävs för att säkerställa en tydlig ansvarsfördelning i relation till omställningen till en god och *Nära vård*. Utifrån att kommunerna förväntas ta ett större ansvar för patienter med mer komplexa behov bedömer förvaltningen att avtalet tydligt måste reglera ansvarsförhållandena mellan parterna för att säkerställa en effektiv omställning. Avtalet beskriver delvis de olika vårdnivåerna, men det finns behov av omformulering och förtydligande.

Förvaltningens huvudsakliga synpunkter rör behovet av tydligare riktlinjer och förbättrad samverkan mellan huvudmännen. Tre avsnitt har bedömts som otillräckliga: Specialiserad vård i hemmet, Utökad omfattning av primärvård och Uppföljning.

Förvaltningen bedömer att gränsen mellan specialistvård och primärvård måste klargöras. Ansvaret för primärvårdsnivån delas av regionen och kommunerna medan specialistvårdsnivån ligger inom regionens ansvar. Den kommunala kompetensen, som regleras i kommunallagens 2 kapitel 2 §, omfattar inte specialistvård och kommunens

medarbetare kan därmed inte, inom ramen för sina befogenheter, utföra insatser på specialistvårdsnivå. Likväl innehåller avtalsförslaget skrivningar som öppnar för det. För att en kommun ska ta ansvar för en sådan uppgift gäller som grundläggande villkor att reglerna i 2 kap 1 § och 2 § KL om gränserna för den kommunala kompetensen respekteras. Flera formuleringar i avtalsförslaget måste förändras för att det ska vara tillräckligt tydligt under vilka förutsättningar som avsteg från den kommunala kompetensen kan göras. Det behöver även förtydligas hur kommunerna ska kunna säkerställa att de insatser som medarbetarna ger är såväl patientsäkra som hållbara ur ett juridiskt perspektiv likväl som ur ett arbetsgivarperspektiv. Den nuvarande texten är otydlig när det gäller ansvaret och kompetensen för kommuner och förutsättningarna för delegering mellan huvudmän måste förtydligas. I dagsläget är ansvaret mellan vårdgivare otydligt vilket kan leda till patientsäkerhetsrisker. Dessa förtydliganden skulle minska risken för tolkningsproblem och skapa en tydligare och mer samordnad ansvarsfördelning mellan vårdnivåerna. Förvaltningens bedömning är att avtalet tydligare ska precisera att kommunen endast kan genomföra insatser där rätt kompetens finns och där det inte krävs någon särskild organisation eller struktur.

Regionen har enligt lag ett befolkningsansvar att erbjuda vård till alla invånare, vilket innebär att den har ett grundläggande ansvar att tillhandahålla nödvändig vård inom sitt geografiska område. Förvaltningen bedömer att avsnittet Utökad omfattning av primärvård skapar ottydlighet och inte stämmer överens med regionbildningsavtalet. Därför föreslås att avsnittet ska tas bort, och i stället bör avtalet fokusera på hur regionen och kommunerna ska samarbeta för att uppnå en mer sammanhållen vård.

Avsnittet om uppföljning behöver kopplas tydligare till patientsäkerhet samt att specifika uppföljningsmål definieras. De nuvarande formuleringarna är för generella och riskerar tolkningsproblem. Det behövs fler specifika uppföljningsområden, såsom ansvarsfördelning, samverkan, samt ett förebyggande perspektiv för att stödja omställningen till *Nära vård*. I nuvarande text nämns att uppföljningen ska baseras på indikatorer som belyser resultat och effekter, men specifikationerna för dessa indikatorer saknas. Fler konkreta uppföljningsområden behöver tas med i avtalet och överenskommelserna.

Föreliggande remissvar påtalar i vilka avseenden det är nödvändigt att göra förändringar i avtalsförslaget och i vissa fall hur alternativa formuleringar kan se ut. Det är avgörande för den fortsatta processen att dessa synpunkter beaktas. Sammanfattningsvis remissförslaget kan tillstyrkas förutsatt att ovanstående synpunkter beaktas och införlivas i det reviderade avtalet.

Katarina Meuller
Avdelningschef

Babbs Edberg
Förvaltningsdirektör