

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: Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen

Epost, kontaktperson: Mia Lolic

Hälso- och sjukvårdsavtal

Lämna remissvar på avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet här.

1. Inledning

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

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

Inledande text

Klicka eller tryck här för att ange text.

1.1 Syfte och mål med avtalet

Omformulering av följande text: ” 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.” 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.”

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

Ta bort hänvisningen till färdplanen som är en nuvarande strategiskrivning som i sina skrivningar tar sikte på 2030. Detta för att göra avtalet mer hållbart över tid. Beskriv i stället hur avtalet ska möjliggöra omställningen till God och Nära vård.

I sista stycket beskrivs individens ansvar för sin hälsa. Presentera gärna begreppen egen vård och egenvård här, med en kort beskrivning. Stryk att ”invånaren i Västra Götaland har ett eget ansvar för sin hälsa”; meningen kan uppfattas provokativ. Alla människor ansvarar för sin hälsa, men det är inte för att det ansvaret har brustit som en människa är i behov av vård.

Omformulera meningen om att i första hand välja egenvård och digitala alternativ, till ”när behov uppstår ska *i möjligaste mån* egenvård och digitala alternativ väljas”.

1.2 Läs- och tillämpningsanvisningar

Bra att detta står tidigt i dokumentet. Stycket förklarar på ett kortfattat sätt den nya strukturen och lyfter fram de viktiga delarna. Bra att vägledande patientfall nämns tidigt i dokumentet.

1.3 Målgrupp

Bra att målgruppen beskrivs i form av ”alla” och ”oavsett ålder”. Detta tydliggör barnperspektivet utan att tala om barn som en egen kategori.

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

Klicka eller tryck här för att ange text.

2. Hälso- och sjukvård i hemmet

Gradera er bedömning

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

Inledande text

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

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

Det är bra att avsnittet som beskriver vårdnivåerna kommer innan beskrivningarna av ansvar. För kommunen som bedriver kommunal *primärvård* är detta grundläggande eftersom en kommun inte kan avtala om något annat än primärvårdsnivå.

Det är 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.

Förvaltningen anser att avsnittet är en bra inramning och till vårdnivåer och roller i hemmet men det saknas en sammanhangsmarkering kring 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.

Den sista meningen om att **”förhindra undvikbar slutenvård”** kan vara ett försök till att sammanhangsmarkera men den skapar frågeställningen om det är ett mål i sig och om det är syftet med all vård i hemmet? Syftet bör alltid vara att främja vård på rätt vårdnivå eller är det att minimera slutenvård oavsett kontext?

Förvaltningen anser att denna formulering bör tas bort helt alternativt om den ska vara kvar så behöver patientnyttan förtydligas och ordet *bör* behöver ändras till *ska*.

Förvaltningen anser att patienten ska vårdas på den nivå som behövs, inte nödvändigtvis undvika slutenvård i sig.

2.1 Primärvård

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

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

Första och sista meningen i stycket kan omformuleras. ”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”. Om grundprincipen är enligt ovan då bör det i stället skrivas **regionala** primärvårdens roll är att vara navet som nämns i första meningen. Annars blir det tvetydigt.

I sista meningen önskas tillägg av ordet rehabiliterande: ”Grundprincipen är att regionen genom den regionala primärvården har det medicinska **och rehabiliterande** ansvaret för vård i hemmet”.

Det står att kommunernas uppdrag är avgränsat till ”vissa boendeformer och verksamheter”. Det behöver omformuleras, kommunens uppdrag rör även personer i ordinärt boende.

Texten beskriver primärvårdens roll på ett lämpligt sätt, att regionen ska erbjuda vård till alla invånare medan kommunens uppdrag är avgränsat. Eventuellt kan tilläggas och förtydligas att den regionala primärvården har det medicinska ansvaret *i form av läkare*.

Förvaltningen anser att avsnittet är bra formulerat, dock bör Regionens befolkningsansvar betonas något tydligare i texten och att det är ett ansvar utifrån lag.

Förslagsvis: Regionen ska, enligt lag, erbjuda vård till alla invånare utifrån befolkningsansvar. Kommunernas uppdrag är avgränsat, enligt lag, till vissa boendeformer och verksamheter.

Förvaltningen ser även att Primärvårdens Bas-uppdrag behöver förtydligas i beskrivningen.

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
- **Stämmer inte alls**

Under rubriken specialiserad vård behövs några förtydliganden. Det sista stycket beskriver att gränsen för specialiserad vård är dynamisk, hur förväntas parterna enas om detta? Vem har tolkningsföreträde?

Texten behöver tydliggöras ur dessa aspekter.

Kommunens roll och kompetens

Det bör tydliggöras att kommunen kan medverka i och i vissa fall utföra insatser på primärvårdsnivå, men det medicinska ansvaret ligger alltid kvar hos den person som ordinerat insatsen. Förslag att avtalet tydligare preciserar att kommunen endast kan genomföra insatser där rätt kompetens finns och där det inte krävs någon särskild organisation eller struktur.

Omfattning och frekvens av insatser

Skrivningen fångar inte tillräckligt den omfattning och frekvens av insatser som sker inom specialiserad vård. Om kommunen ska vara involverad i insatser, bör det förtydligas att det inte kan krävas en särskild organisation för att utföra dessa.

Avtal och riktlinjer för vårdnivåer

De nuvarande formuleringarna är för generella, vilket leder till tolkningsproblem. Det finns ett behov av en mer 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. Delegering kan vara en lösning, men det medför utmaningar, särskilt om regionen ska delegera till legitimerad eller icke-legitimerad personal över vårdgivargränserna. Det medicinska ansvaret kvarstår hos den som ordinerat insatsen, vilket innebär att uppföljning också förblir hos den ansvarige. Förslag att riktlinjerna klargör vad som gäller för delegering mellan huvudmännen.

Detta stycke 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.

Förvaltningen ser behovet av en tydligare ansvarsfördelning mellan vårdnivåer och verksamheter inom specialistvård och primärvård, och har följande synpunkter och förslag på förtydliganden:

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. Förvaltningen föreslår att meningen omformuleras 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 för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens, enligt hälso- och sjukvårdslagen.

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.

Förvaltningen föreslår att följande mening läggs 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."*

Det behöver tydliggöras att kommunen kan medverka i och i särskilda fall utföra insatser som är på specialistnivå, men att det medicinska ansvaret alltid kvarstår hos den som ordinerat insatsen. För att en kommun ska kunna avtalsvägen åta sig en sådan uppgift gäller som grundläggande villkor att reglerna i 2 kap 1 och 2 § KL om gränserna för den kommunala kompetensen respekteras, samt om uppgifter andra ska ta hand om.

Avsnittet fångar inte tillräckligt omfattningen och frekvensen av insatserna inom specialiserad vård. Om kommunen ska medverka i insatser anser Förvaltningen att det bör tydliggöras att det *inte kan krävas en särskild organisation* för detta.

I dagsläget är skrivningarna för breda, vilket bäddar för fortsatta tolkningskonflikter. 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)

Förvaltningen anser att det finns ett behov av en tydlig riktlinje som särskilt reglerar ansvarsfördelningen mellan specialistvård och primärvård. Det bör även säkerställas att insatser som läggs på primärvårdsnivå alltid har en ansvarig läkare inom primärvården.

Delegering kan vara en möjlig lösning men innebär utmaningar, särskilt om regionen ska delegera över vårdgivargränser till legitimerad personal eller icke legitimerad personal. Det medicinska ansvaret kvarstår hos den som ordinerat. Det innebär att uppföljning även kvarstår.

Förvaltningen föreslår att det i en riktlinje beskrivs vad som gäller för delegering mellan huvudmän.

Nuvarande skrivning 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.

Förvaltningen anser att ordet *delvis* läggs 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.

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

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*.

2.3 Informationsöverföring

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

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

Planering bör inte ske ”i samband med utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården alternativt i öppenvårdsprocessen”. Önskad förändring i text är att planering bör påbörjas redan vid inskrivningsmeddelande i slutenvården. Gäller även skriftlig informationsöverföring.

Omformulera meningen så att det blir tydligt vem som ska överföra information till vem. Lägg till *in- och utskrivning*. Förtydliga att informationsöverföringen ska ske i det *gemensamma IT-stödet*.

2.4 Teamsamverkan

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

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

Förvaltningen 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.*

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. Lägg till följande mening från färdplanen: *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. Lägg till följande mening inspirerad av färdplanen: *Den viktigaste parten i teamet är patienten själv,*

som ska ges möjlighet till delaktighet och inflytande utifrån sina förutsättningar och preferenser.

Önskemål om tillägg kring dokumentation.

Att varje huvudman ansvarar själv för sin egen dokumentation.

2.5 Samordnad individuell plan, SIP

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

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

Önskemål om tillägg kring att det finns skyldighet att erbjuda SIP gäller också 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.

Förvaltningen ser positivt på att SIP omnämns i avtalet men anser att det 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 föreslår förvaltningen följande 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.”

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.

2.6 Egenvård

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

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

Behövs förtydligande kring vilka insatser som kan avses.

Det är en viktig fråga huruvida egenvård ska inkluderas i detta avtal eller ej, och förvaltningen anser att det är avgörande att detta område prioriteras av båda huvudmännen.

Förvaltningen önskar egenvård finns med men att delar av texten som står i avtalet kring egenvård flyttas till slutet av avtalet under definition för att understryka dess vikt.

Följande text anser förvaltningen ska 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 ovan föreslagna förändringar i avsnittet ser förvaltningen stort behov av patientfall för att ge ytterligare ge vägledning till avtalsparterna.

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
- ☒ **Delvis**
- ☐ Stämmer inte alls

3.1 gemensamt ansvar

Behov av att förtydliga stycke fyra. Förskjutningen av gränsen bör rimligtvis ske och diskuteras i något samverkansforum. Vidare behövs en skrivelse om mandat i relation till detta, i annat fall blir det otydligt och problematiskt.

Det är bra att det gemensamma ansvaret betonas först och främst, för att sedan beskriva de båda parternas särskilda ansvar. Det är också bra att det tydliggörs att en person kan ha både regional och kommunal primärvård.

Första stycket: Texten beskriver att organisatoriska gränser inte får hindra eller försena hälso- och sjukvårdsinsatser. För att förebygga en samsyn mellan parterna behöver det tilläggas att *oenighet om resursfördelning* inte får försena.

I fjärde stycket görs förslagsvis följande tillägg: Gränsen mellan primärvård och specialiserad vård *avgörs i dialog mellan parterna och* utifrån om det krävs särskilda...

I femte stycket bör begreppet *närstående* användas i stället för *barn med anknytning*.

3.2 Västra Götalandsregionen

Behov av att förtydliga punkt 1: "patienter som utan större svårighet (somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning) kan besöka VGR:s mottagningar och tillgodogöra sig insatser". Denna beskrivning är tolkningsbar. Önskemål om tillägg "kortvariga eller sällan förekommande".

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. Kan denna mening förtydligas?

Stryk sista bisatsen i stycket "även om insatsen kan utföras av regional eller kommunal primärvård", utifrån resonemang under punkt 2.2.

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*. Stryk *rehabilitering*, det ingår i vård och omsorg.

Punkt 8: Skriv in "specialiserad vård *i hemmet*". Eventuellt hör denna punkt till hur:et,

Generellt bör listorna under 3.2 och 3.3 renodlas i att enbart beskriva vad och eventuellt att, dock ej 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

I punktlistan beskrivs vilka som omfattas av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. I denna lista 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 verkligen åtgärdernas utformning som ska motivera till om vården ska ges i hemmet; är det inte personens behov som ska göra det? I omställningen till nära vård behöver åtgärdsfokus minska, till förmån för person. Den kommunala hälso- och sjukvården skriver in hela patienten, inte bara åtgärden. 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), dock kvarstår frågetecken kring vad långvarigt och frekvent behov är. Långvarigt definieras som längre tidsperiod, och frekvent definieras som återkommande eller kontinuerligt. Men hur långt är en *längre* tidsperiod och vad är *återkommande och kontinuerligt*? Eller vad betyder *större svårigheter*? Även här blir patientfall avgörande för att punktlistorna under ansvarsavsnittet ska bli en vägledning för avtalsparterna.

I denna punktlista har många punkter flera kriterier. Det är oklart om de två sakerna i samma punkt ska uppfyllas om det ska vara ett kriterium. Se över kriterierna och förtydliga, alternativt dela dem i två punkter.

3.4 Läkemedel

Delar av texten hör till ett hur. Förkorta stycket i följande förslag:

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

Det är bra att det tydliggörs att principer för och utbud av personliga hjälpmedel ska hanteras i partsgemensamt forum där alla beslut ska fattas i enighet.

Ytterligare textruta för kompletterande svar på frågorna i detta avsnitt

Klicka eller tryck här för att ange text.

4. Utökad omfattning av primärvård

Gradera er bedömning

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

Inledande text

Förvaltningen föreslår att avsnitt 4. Utökad omfattning av primärvård ur HS-avtalet stryks med följande motivering:

Då detta avtal vilar på regionbildningsavtalet och föreliggande avsnitt gäller insatser som inte omfattas av regionbildningsavtalet kan detta avsnitt strykas. Om vi står inför en omställning där vården ska "flytta hem" blir det motsägelsefullt och kommer förmodligen inte möta de ökande vårdbehoven om inte båda parter organiserar sig för att arbeta på ett nytt sätt.

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

Tjänsteköp är möjligt men ligger utanför den ansvarsfördelning som regleras i detta hälso- och sjukvårdsavtal. Kommunen kan välja att utföra insatser enligt 4.1 i form av tjänsteköp. Tillägg att om ersättning utgår faller det inom ramen för LOU.

5. Patientsäkerhet

Gradera er bedömning

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

5.1 Avvikelser i samverkan

Patientsäkerhet är så mycket mer än avvikelser i samverkan. Antingen kan rubriken på avsnittet skrivas om eller texten utvecklas till att beskriva mer om

hur parterna ska arbeta med patientsäkerheten, till exempel genom vårdplaner, riskbedömningar, kommunikation. Underavsnitten om tvister kan flyttas till ett nytt eget avsnitt.

I andra stycket benämns en gemensam IT-tjänst. Det finns ingen sådan eftersom det inte finns något gemensamt avtal. Stryk denna benämning.

I fjärde stycket beskrivs att arbetet med avvikelser i samverkan är för att *förhindra oenighet*. Läggs till: "Arbetet med avvikelser i samverkan syftar till att förbättra *patientsäkerheten* och att förbättra verksamheten."

5.2 Tvister

Behov av att tydliggöra att även om parterna inte är överens måste den enskildes behov tillgodoses.

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

Klicka eller tryck här för att ange text.

6. Grundläggande förutsättningar

Gradera er bedömning

- ☒ **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
- ☐ **Stämmer inte alls**

a) Generellt om uppföljning i avtal och ÖK

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

Förvaltningen anser också att det ska finnas tydliga specifika områden som ska följas upp inom avtalet och varje överenskommelse för att det bör vara klart för parterna, inte bara att avtalet/överenskommelserna ska följas upp, utan även vad uppföljningen ska avse.

b) Vilka Mål avses?

I avtalet 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”***.

Förvaltningen anser att det förefaller något oklart vilka uppsatta mål som avses? Kan dessa vara föränderliga över tid? Är det målet som står i avtalet sid ***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 den gemensamt framtagna strategin, 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”**? (sid 7 hälso- och sjukvård i hemmet). Genom att förtydliga vilka mål som avses går det även lättare att följa upp dem.

c) Avvikelse 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 förvaltningen tycker att det bör förtydligas att det handlar om avvikelser i samverkan.

Förvaltningen anser att även uppföljningsavsnittet bör ha ett förebyggande perspektiv likt intensionerna i omställningen till en god och 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 likar mer det arbetssätt som finns i parternas kvalitetsledningssystem.

d) Part och huvudman

Förvaltningen har noterat att i detta avsnitt används både begreppen part och huvudmän. Kan dessa båda begrepp beskrivas i Definitioner?

e) Indikatorer

Förvaltningen 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”**. Förvaltningen önskar att området ekonomi ska läggas till då 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, enligt förvaltningen, förstärka den röda tråden mellan avtalet och överenskommelser bättre.

Förvaltningen är medveten om att avtal 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 i länet. Samtidigt lyfter bland annat utredningen stärkt medicinsk kompetens i kommunal Hälso- och sjukvård (SoU 24:72) 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 utforma avtalet på ett sådant sätt att en mätbar uppföljning av krav och kvalitet är möjlig.

Förvaltningen anser att det i överenskommelserna bör finnas 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, Jämlik vård och patientnöjdhet. Indikatorerna kan sedan tydliggöras i annat dokument. Dessa områden kan även samtliga kopplas till de lagreglerade överenskommelserna.

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.

f) "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 anser förvaltningen att det kan 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 och en annan del kan vara uppföljning av ordinerade åtgärder ska ske och att det följs upp på lokal nivå.

Förvaltningen anser att det fortsatt behöver beskriva någon form av närområdesplan eller gemensam primärvårdsplan på delregional

vårdsamverkansnivå eller liknande. Detta kan bli svårt utifrån om man får patienter från olika sjukhus idag.

Ytterligare textruta för kompletterande svar i detta avsnitt

Klicka eller tryck här för att ange text.

8. Definitioner

Gradera er bedömning

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

Många termer saknas i listan. Lägg 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 och samverkan. I de fall definitioner finns i Socialstyrelsen termbank, ta det därifrån med länk eftersom definitionerna förändras.

Här följer ett 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

Förvaltningen anser att avtalet på ett delvis 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.

Förvaltningen anser att barnperspektivet är en fundamental aspekt som 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.

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. Detta inkluderar att skapa en trygg miljö där barn kan ställa frågor och uttrycka sina åsikter om sin vård.

Då nuvarande avtal inkluderar alla åldrar föreslår förvaltningen 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.

Ytterligare textruta för kompletterande svar i detta avsnitt

Klicka eller tryck här för att ange text.

Överenskommelse om Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård

Gradera er bedömning för denna överenskommelse

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

1. Inledning

Den nya rubriksättningen på överenskommelsen i form av *ansvar* är tydligare.

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

Punkt 1: Meningen behöver ändras. Närområdesplanen är ett regionalt dokument och inte ett samverkansdokument. Detta medför att det inte kan vara ett gemensamt ansvar att årligen upprätta dokumentet.

Punkt 2: Det är bra att det står att varje patient ska ha en *namngiven* läkare. Förtydliga att det är fast läkare som avses. Om patienten har läkare från både den regionala specialistvården och regional primärvård, måste ansvarsfördelningen tydligt framgå för alla inblandade parter.

Punkt 5: Lägg till *tillsammans med patient*.

Punkt 6: Följande tillägg föreslås för att betona patient och samtycke: Beakta *patient och vid samtycke* närståendes delaktighet.

7. Parternas ansvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

a. Regionens läkaransvar

I första stycket andra meningen föreslås följande ändring: Utifrån patientens behov *ska* vården utformas i samverkan.

I andra stycket behöver det förtydligas på vilken vårdnivå tillgången till läkare ska finnas. Lägg till: "Tillgång till läkare *på primärvårdsnivå* ska finnas dygnet runt" (13 a kap. 1 § HSL). 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.

I överskriften till punktlistan bör "bland annat att" tas bort.

Punkt 2: Följande tillägg föreslås: "Fast läkarkontakt *på primärvårdsnivå* samordnar patientens medicinska vård...".

Punkt 3: Det är bra att ansvaret förtydligas till att omfatta hela dygnet. Detta betonar det förebyggande ansvaret och motverkar undvikbar akutvård och/eller slutenvård.

Punkt 6: Termen vårbegränsningar är inte vedertagen. Förslagsvis ändras denna till "*Ta ställning till medicinska prioriteringar för att säkerställa prioriteringsordning och förebygga undanträngningseffekter.*"

Punkt 7: Lägg till "*handledning för kommunens legitimerade personal*".

Lägg till en punkt som beskriver läkarens ansvar vid behovet av palliativa åtgärder vid livets slutskede.

b. Kommunens ansvar

I överskriften till punktlistan bör "bland annat att" tas bort.

Punkt 2: Stryk informera fast läkarkontakt, skriv i stället: *kontakta fast läkarkontakt vid förändringar i patientens hälsotillstånd.*

Punkt 4: Ändra meningen till *Meddela aktuella mottagningar vid beslut om och vid avslut av kommunal primärvård.*

Punkt 5: Lägg till motsvarande mening under läkarens patientansvar.

Punkt 6: Byt ut ordet kan till bör utföra klinisk undersökning vid förväntat dödsfall.

8. Uppföljning

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 Förvaltningen att en rimlig utgångspunkt är att överenskommelsen 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 eftersträfvansvärt 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/oplanerade 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 sluten hälso- och sjukvård

Gradera er bedömning för denna överenskommelse

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

1. Inledning

Den nya rubriksättningen på överenskommelsen i form av *ansvar* är tydligare.

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

Ändra första meningen i andra stycket till: *Samtliga kriterier ska vara uppfyllda för att betalningsansvaret ska träda in.*

Punkt 4: Förtydliga vem som ansvarar för att erbjuda patient SIP.

Punkt 6: flytta denna punkt så att den kommer i direkt anslutning till punkt 4 som också handlar om SIP.

Förutom att kalla måste även samtliga aktuella parter delta, ex. vårdcentralen utifrån att de alltid har läkaransvar vid kommunal primärvård. Samt ex. rehab-mottagningar, för att kunna uppfylla nästkommande punkt.

Punkt 7: Lägg till ett villkor till punktlistan: *Fast läkarkontakt på primärvårdsnivå ska utses innan utskrivning från slutenvården.* Lägg denna mening kopplad till punkt 7, eller som egen punkt.

7. Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvaret

Förvaltningen anser att det är bra att den ekonomiska modellen kvarstår.

Punkt 1: Byt ut *om man har* till *när det är*, för att få ett bättre flyt i texten.

I sista stycket: Byt ut ordet *bestämmer* till "den myndighet som regeringen utser".

8. Uppföljning

Förvaltningen tycker att det är bra att det finns ett avsnitt med uppföljning och har noterat att denna text skiljer sig från de övriga överenskommelserna, då denna enbart hänvisar till uppföljningen i enlighet med hälso- och sjukvårdsavtalet.

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? Förvaltningen 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 slutna hälso- och sjukvård och kommunernas betalningsansvar är ett område där processen fungerar olika väl i vårt län. Det kan konstateras att det finns idag en del skav mellan huvudmännen. Förvaltningen 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. Förvaltningen 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. Förvaltningen ser att detta saknas i förslaget på överenskommelse och anser att det bör finnas med som kriterie för att kunna följas upp.

9. Uppföljning

Klicka eller tryck här för att ange text.

Övergripande synpunkter och övrigt för Överenskommelse om Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna 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**
- ☐ Stämmer inte alls

1. Inledning

Frågan är om rubrikens indelning personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende i sig undergräver problematiken kring personer med samsjuklighet?

I fjärde stycket nämns för målgruppen barn och unga upptill 20 år en länsgemensam överenskommelse *Samverkan för barns och ungas hälsa*.

Frågan är vilken av styrdokumentet som är överordnad den andra?

Varför benämns denna som "Överenskommelse om" i stället för "Avtal" (som de om betalningsansvar och läkaransvar)?

2. Parter

Klicka eller tryck här för att ange text.

3. Giltighetstid

Klicka eller tryck här för att ange text.

4. Målgrupp

Definiera psykisk funktionsnedsättning, skadligt bruk, psykiatrisk tvångsvård samt rättspsykiatrisk vård.

Andra stycket om syftet med överenskommelsen bör lyftas ut i egen rubrik, i likhet med underavsnitten i avtalet. Generellt – låt ordningen på underavsnitten följa samma ordning som i avtalet.

5. Parternas ansvar

Hänvisning till parternas ansvar kring SIP borde finnas med (som i kapitel 8;8.4. Gäller oavsett var patienten bor.

6. Personer med psykisk funktionsnedsättning

Klicka eller tryck här för att ange text.

7. Regionens ansvar

Särskilja/specificera vad som är specialistvård och regional primärvård (likt ”kommunal primärvård” under 6.2)?

8. Kommunens ansvar

Kommunal primärvårds ansvar återkommer som rubrik. Gör denna rubrik samstämd i formuleringen.

9. Personer med skadligt bruk och beroende samt samsjuklighet

Detta är en målgrupp vars behov kan förändras mycket efter utskrivning från slutenvård. Förslag är att lägga till att en uppföljning av samordnas individuella plan alltid ska ske *två veckor efter utskrivning*.

Gäller denna rubrik personer med skadligt bruk och beroende samt samsjuklighet. Ska alla kriterier vara uppfyllda för att överenskommelsen ska gälla i samverkan kring personen?

10. Regionens ansvar

I stället för avgiftning, använd termen *abstinensbehandling*.

11. Kommunens ansvar

Byt ordet *psykiatrisk* till *psykisk* ohälsa.

12. Personer med placering utanför hemmet

Klicka eller tryck här för att ange text.

13. Gemensamt ansvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

14. Regionens ansvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

15. Kommunens ansvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

16. Gemensam planering

Ändra ”båda parter” till ”alla berörda parter”, då det kan finnas fler än två berörda parter.

17. Kostnadsansvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

18. Uppföljning av placering

Klicka eller tryck här för att ange text.

19. Personer med psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård

I andra stycket beskrivs vårdplan. Förtydliga vem som upprättar denna plan och ansvarar för den. Vad betyder justera plan?

20. 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. Förvaltningen tycker att kopplingen till de områden som ska följas upp genom texten som står i Hälso- och sjukvårdsavtalet måste bli tydligare i denna överenskommelse.

Förvaltningen anser att 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.

Förvaltningen anser att det är vaga formuleringar om uppföljning av följsamheten. Det är eftersträvänsvärt 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. Förvaltningen 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

Vad 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. Hur kan den specialiserade vården ske i hemmet för denna målgrupp?

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 om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende beskriver heller inget ytterligare om läkaransvaret i den kommunala primärvården, än vad som står i överenskommelsen om läkaransvaret. Förvaltningen invändningar på föreliggande överenskommelse faller tillbaka på Förvaltningens invändningar 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 se punkt 2 och 3).

Genomgående är det bra att socialtjänstens ansvar tas med och tydliggörs. Till exempel - en person med missbruk går under socialtjänstlagen medan en person med psykisk sjukdom går under hälso- och sjukvårdslagen. Missbruk och psykiatri är inte samma sak och lagstiftningarna är olika.

Under avsnittet kommunens ansvar, Första meningen är inte fullständig:
Kommunens uppdrag bygger på frivilligt.

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

Förslag att ordningen på underavsnitten ska följa samma ordning som i avtalet.

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.

8. Regionens läkaransvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

9. Kommunens ansvar

Klicka eller tryck här för att ange text.

10. Utbildning

Klicka eller tryck här för att ange text.

11. Uppföljning

Överenskommelsens avsnitt om uppföljning skiljer sig markant från övriga överenskommelser utifrån att indikatorerna finns med och har funnits med i tidigare överenskommelser.

Förvaltningen tycker att det är bra att antalet indikatorer har minskats med 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.

För att öka samverkan i dessa frågor tycker förvaltningen att det bör finnas med en skrivning om var den gemensamma uppföljningen ska ske. Är det på lokal nivå eller länsövergripande nivå eller både och?



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

Varför benämns denna som "Överenskommelse om" i stället för "Ansvar" (som de 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 Swärd Davidsson Processledare, VästKom
Mobil: 0730-65 33 57
E-post: malin.sward@vastkom.se

