Tilläggsyrkande
2026-03-27

Ärende.nr SLK-2025-00983

Tilläggsyrkande angående – Nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Förslag till beslut

I kommunstyrelsen och kommunfullmäktige:

1. Kommunstyrelsen uttalar att de kvarstående bristerna i överenskommelsen kring personer med psykisk funktionsnedsättning, skadligt bruk och beroende samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet behöver åtgärdas skyndsamt.

2. Stadsledningskontoret får i uppdrag att följa upp hur dessa delar tillämpas och återkomma med redovisning till kommunstyrelsen.

3. Kommunstyrelsen tillstyrker förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser.

Yrkandet

Avtalet är nödvändigt för att säkerställa tydlig ansvarsfördelning mellan kommun och region. Samtidigt framgår det av ärendet att det finns kvarstående otydligheter, särskilt vad gäller ansvar, samverkan och uppföljning för grupper med omfattande behov.

För att avtalet fullt ut ska bidra till en sammanhållen och rättssäker vård behöver dessa delar följas upp och vid behov förtydligas.

Göteborgs Stad

Tjänsteutlåtande
Utfärdat 2026-02-27
Ärendenummer SLK-2025-00983

Handläggare
Karin Magnusson, Sara Linderup
Telefon: 031-368 05 80
E-post: karin.magnusson@stadshuset.goteborg.se
E-post: sara.linderup@stadshuset.goteborg.se

Nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Förslag till beslut

I kommunstyrelsen och kommunfullmäktige:

1. Göteborgs Stad ingår för egen del Hälso- och sjukvårdsavtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.
2. Göteborgs Stad ingår för egen del underavtalet Överenskommelse Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.
3. Göteborgs Stad ingår för egen del underavtalet Överenskommelse Regionens läkaransvar i kommunal primärvård.
4. Göteborgs Stad ingår för egen del underavtalet Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.
5. Göteborgs Stad ingår för egen del underavtalet Överenskommelse Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.

Sammanfattning

Ärendet avser beslut om att ingå nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande underavtal med Västra Götalandsregionen (VGR). Beslutet ska vara fattat senast 2026-05-31.

Det nya avtalet inklusive överenskommelser, som utgör underavtal, gäller från 2027-01-01 och under förutsättning att de godkänns av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland. Nu gällande hälso- och sjukvårdsavtal är uppsagt av VGR och upphör att gälla 2026-12-31. Om inget nytt avtal tecknas mellan VGR och kommunerna regleras ansvarsfördelning och samverkan enbart av Regionbildningsavtalet från 1998, inklusive Primärvårdsavtalet, samt av gällande lagstiftning.

Stadsledningskontoret bedömer att de synpunkter som Göteborgs Stad (kommunstyrelsen 2025-06-11 § 540) framförde på remissversionen av Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser i huvudsak är omhändertagna.

De synpunkter som kvarstår gäller Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.
Trots att vissa synpunkter är kvarstående anser stadsledningskontoret att

överenskommelsen bör tillstyrkas. Att avstyrka överenskommelsen skulle innebära en större osäkerhet om vad överenskommelsen reglerar.

Sammanfattningsvis föreslår stadsledningskontoret att kommunfullmäktige beslutar att Göteborgs Stad ingår Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande underavtal.

Bedömning ur ekonomisk dimension

Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan VGR och länets 49 kommuner reglerar samverkan och ansvarsfördelning inom områden där båda huvudmännen har ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Även om föreliggande avtal i sig inte medför några ekonomiska konsekvenser vill stadsledningskontoret poängtera att omfattningen av den kommunala hälso- och sjukvården ökar. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen till en god och nära vård. Enligt myndigheten står den kommunala hälso- och sjukvården för en dryg tredjedel av den totala kostnaden för den samlade primärvården. I Rapport 2021:8 Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport konstaterade myndigheten att kostnadsökningen för omställningen till en nära vård i Sverige främst tycks ske inom kommunernas hälso- och sjukvård. Eftersom antalet inskrivna patienter inte ökade tydde kostnadsökningen på att kommunen vårdade patienter med mer komplexa behov.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys skriver vidare i rapporten att regeringen i propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) bedömt att kommunerna kommer att ha en nyckelroll i utvecklingen av den nära vården då allt fler äldre med komplexa vårdbehov kommer att vårdas inom den kommunala primärvården. Vidare konstaterade myndigheten att det finns få tecken på att de ekonomiska resurserna ökar i primärvården och menar att det är oroande att regionerna inte verkar ha gett primärvården tillräckliga förutsättningar att möta målsättningarna med omställningen till en god och nära vård. Det innebär att primärvårdens förutsättningar i stort sett är oförändrade. För den kommunala primärvården ses en tydlig kostnadsökning. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterade att man ännu inte vet vilka förutsättningar kommunerna har för att möta den utvecklingen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag av regeringen att utvärdera lagstiftningen om primärvårdens grunduppdrag. I en delredovisning som publicerades i slutet av 2025 På stabil grund? Delredovisning av uppdrag att utvärdera lagstiftningen om primärvårdens grunduppdrag har myndigheten sammanställt kunskap om regionernas implementering av lagstiftningen och verksamheternas förutsättningar att fullfölja uppdraget. En av slutsatserna som myndigheten redovisar är att de grundläggande förutsättningarna att genomföra uppdraget brister, till exempel när det gäller ekonomiska resurser och kompetensförsörjning.

Produktivitetskommissionens slutbetänkande Fler möjligheter till ökat välstånd (SOU 2025:96) behandlar också resursfrågan och har nyligen varit på remiss. Kommissionen bedömde att primärvårdens roll bör stärkas och dess resursandel öka genom omfördelning inom vårdsystemet. Göteborgs Stad framförde i remissvaret 2026-01-28 § 61 att kommunen står för omkring 40 procent av all den primärvård som ges till befolkningen varje år (Vård- och omsorgsanalys 2021d) och bör därmed vara en part för omfördelning av resurser inom vårdsystemet.

Bedömning ur ekologisk dimension

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

Bedömning ur social dimension

Enligt hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 (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 enskilde 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.

Enligt riksdagsbeslut i november 2020 är inriktningen för en god och nära vård 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.

Efter remittering av förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser har det lyfts in i avtalet att parterna ska tillämpa barnkonventionen. Det finns vissa otydligheter mellan överenskommelserna Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och Samverkan Barn och ungas hälsa. Den senare ingår inte som en del av Hälso- och sjukvårdsavtalet och aktuellt ärende. I framtida revideringar skulle det tjänas på att inkludera barn och ungas placering utanför hemmet i Överenskommelsen Samverkan Barn och ungas hälsa.

Samverkan

Information i CSG 2026-02-26.

Bilagor som ingår i beslutsunderlaget

1. GR förbundsstyrelsens protokollsutdrag 2025-09-26 § 79
2. Äldre samt vård- och omsorgsnämndens handlingar 2025-12-09 § 213
3. Nämnden för funktionsstöds handlingar 2026-02-06 § 11
4. Socialnämnd Hisingens handlingar 2026-02-03 § 21
5. Socialnämnd Sydväst handlingar 2026-02-11 § 33
6. Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Beskrivning av ärendet

Ärendet avser beslut om att ingå nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser i form av underavtal med VGR.

Sedan regionbildningen 1999 har VGR och de 49 kommunerna i Västra Götaland reglerat ansvarsfördelning för primärvård och samverkan inom hälso- och sjukvård genom avtal. Nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal började gälla 2017-01-01. Eftersom regionfullmäktige 2025-11-04 § 205 beslutat att säga upp hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser, upphör dessa att gälla 2026-12-31.

Beslutsprocessen för nytt Hälso- och sjukvårdavtal inleddes när det politiska samrådsorganet (SRO), 2025-09-01 punkt 1, ställde sig bakom nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med fyra överenskommelser i form av underavtal. SRO rekommenderade samtliga parter att var för sig besluta om att anta dessa att gälla från och med den 1 januari 2027.

Därefter har förbundsstyrelsen i Göteborgsregionens kommunalförbund (GR) beslutat 2025-09-26 § 79 att rekommendera medlemskommunerna att anta nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal.

Varje part ska var för sig fatta beslut senast 2026-05-31. Beslutet ska distribueras till VGR och VästKom.

Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser i form av underavtal

Processen för att ta fram ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal

SRO beslutade 2024-05-23 punkt 8 att ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal mellan VGR och kommunerna i regionen tas fram. Ställningstagandet avsåg även de fyra tillhörande överenskommelserna.

Arbetet med att ta fram ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal har gjorts i partssamverkan under ledning av en processledare för VGR och VästKom. Göteborgs Stads verksamheter, främst genom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen, har deltagit aktivt i processen. Respektive huvudman har haft en styrgrupp och frågor har också kunnat diskuteras i en gemensam politisk referensgrupp.

Förslag till nytt Hälso- och sjukvårdsavtal och överenskommelser var på remiss under våren 2025.

Göteborgs Stads remissynpunkter på förslag till nytt Hälso- och sjukvårdsavtal

Göteborgs Stads remissvar beslutades av kommunstyrelsen 2025-06-11 § 540.
I svaret framfördes att staden bedömde 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 VGR och kommunerna ska bli tydlig och att patientsäkerheten i omställningen till Nära vård ska säkerställas samt harmonisera med regionbildningsavtalet. De avsnitt i avtalet som Göteborgs Stad såg behövde omarbetas var Specialiserad vård i hemmet, Utökad omfattning av primärvård samt Uppföljning. Göteborgs Stad ansåg även att en av överenskommelserna, Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, behövde arbetas om.

Exempelvis ansågs avsnittet Personer med placering utanför hemmet behöva justeras så att barn och unga inte omfattas. Göteborgs Stad föreslog att överenskommelsen Samverkan för barn och ungas hälsa i stället revideras och kopplas till Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Väsentliga förändringar efter remissomgången

Efter remissomgången har justeringar genomförts. Väsentliga förändringar mellan förslaget i remissomgången och den slutgiltiga versionen är att:

- avtalets förhållande till Regionbildningsavtalet och det tillhörande Primärvårdsavtalet, liksom nu gällande hälso- och sjukvårdsavtal, har förtydligats,
- det gemensamma ansvaret för primärvården har förtydligats,
- det har förtydligats att VGR och kommunerna har ansvar för olika grundkompetenser,
- ett förtydligande har lagts till om att parterna har ett gemensamt ansvar att komma överens om och följa tillgången till övriga kompetenser,
- begreppen frekvens samt kortvarigt och långvarigt behov har kompletterats med en grundprincip för VGR:s och kommunernas ansvar med utgångspunkt i personcentrerad vård,
- texter om sådan samverkan som inte regleras i avtalet har begränsats,
- större fokus på gemensamt patientsäkerhetsarbete,
- hantering av oenighet och tvist regleras i avtalet och
- förtydligande kring att hälso- och sjukvård i hemmet är en arena där både VGR och kommunerna har ansvar.

Förutsättningar

Det nya avtalet, inklusive överenskommelser i form av underavtal, gäller under förutsättning att de godkänns av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland genom beslut som får laga kraft.

Regionfullmäktige har 2025-11-04 § 206 tagit beslut om att för Västra Götalandsregionens del ingå Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser som underavtal.

Om inget nytt avtal tecknas mellan VGR och kommunerna regleras ansvarsfördelning och samverkan enbart av Regionbildningsavtalet från 1998, inklusive Primärvårdsavtalet, samt av gällande lagstiftning.

Två av överenskommelserna är reglerade i lag. I 16 kap. 1 § HSL anges att regionen ska sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan med kommunerna inom regionen. I 16 kap. 3 § HSL anges att regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,
2. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och
3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller är placerade i ett skyddat boende.

När det gäller överenskommelsen om kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård kommer de betalningsvillkor som finns i lagen

(1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård att gälla om inget nytt avtal tecknas.

Nya Hälso- och sjukvårdsavtalets struktur, innehåll och avtalstid

Hälso- och sjukvårdsavtalet är indelat i nio kapitel: Inledning, Ansvar, Hälso- och sjukvård i hemmet, Samverkan utanför avtalet, Patientsäkerhet, Oenighet och tvist, Grundläggande förutsättningar, Uppföljning och Definitioner.

Avtalet tar sin utgångspunkt i Regionbildningsavtalet inklusive Primärvårdsavtalet och reglerar ansvarsfördelning och samverkan i de delar där VGR och kommunerna har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar enligt HSL. Hälso- och sjukvårdsavtalet beskriver även i viss mån samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Hälso- och sjukvårdsavtalet ska läsas i sin helhet för att kunna förstås korrekt och överenskommelser i form av underavtal ska läsas tillsammans med avtalet. Underavtalens giltighet är direkt knuten till Hälso- och sjukvårdsavtalets giltighet.

Hälso- och sjukvårdsavtalet syftar till att parterna gemensamt ska säkerställa en god och säker vård för personer som har behov av insatser från både VGR och kommun. Avtalet ska tydliggöra ansvarsfördelningen mellan parterna och stärka samverkan. Patienten ska möta en samordnad och sammanhållen vård som bygger på samarbete, oavsett huvudmannaskap. Målet är att varje patient ska erbjudas en god och nära vård utifrån sina individuella förutsättningar och behov. Patienten ska ses som en självklar medskapare i sin hälso- och sjukvård. Det avtal och överenskommelser som har tagits fram tar sikte på att vara hållbara över tid och tar höjd för intentionerna i Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård.

Avtalstiden är 2027-01-01 till och med 2030-12-31. Senast 18 månader innan avtalstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp avtalet. Om ingen part skriftligen har sagt upp avtalet förlängs det med tre år i taget med 18 månaders uppsägningstid. Vid uppsägning av Hälso- och sjukvårdsavtalet upphör avtalet att gälla när den aktuella perioden om fyra år löper ut, alternativt när förlängningstiden löper ut. Det räcker att en part säger upp avtalet för att det ska upphöra att gälla för samtliga.

En uppsägning av hälso- och sjukvårdsavtalet får till följd att även överenskommelserna sägs upp, eftersom de i egenskap av underavtal är direkt kopplade till avtalets giltighet. Det räcker att en part säger upp en överenskommelse för att den ska upphöra att gälla för samtliga parter. Hälso- och sjukvårdsavtalet och övriga överenskommelser kvarstår emellertid om någon av överenskommelserna sägs upp.

Överenskommelser i form av underavtal

De fyra tillhörande överenskommelserna, som utgör underavtal, ska vart och ett läsas tillsammans med Hälso- och sjuvårdsavtalet. Underavtalens giltighet är direkt kopplade till Hälso- och sjukvårdsavtalets giltighet. Överenskommelserna är:

- Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Regionens läkaransvar i kommunal primärvård
- Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga sin vårdas utanför det egna hemmet
- Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.

Ärendets beredning

Stadsledningskontoret har underremitterat Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser till äldre samt vård och omsorgsnämnden för ställningstagande och till nämnden för funktionsstöd, socialnämnd Hisingen och socialnämnd Sydväst för synpunkter. Socialnämnd Centrum och socialnämnd Nordost har fått remissen för kännedom och eget ställningstagande om eventuella synpunkter.

Remissinsatsernas beslut

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden beslutade 2025-12-09 § 213 att tillstyrka förslag till nytt Hälso- och sjukvårdsavtal och översända förvaltningens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande till stadsledningskontoret.

I nämndens yttrande i remissomgången framfördes behov av tydligare gränsdragning mellan kommunens och regionens ansvar vid specialiserad vård i hemmet, tydlighet kring utökad primärvård samt behov av tydligare uppföljningsstruktur av avtalet. Äldre samt vård- och omsorgsnämnden bedömer att det nu föreliggande avtalsförslaget har beaktat dessa synpunkter.

Nämnden bedömer att Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerande överenskommelser innebär en förbättrad struktur för samverkan mellan region och kommun, vilket skapar förutsättningar för en mer sammanhållen vård.

Nämnden för funktionsstöd

Nämnden för funktionsstöd beslutade 2026-02-06 § 11 att tillstyrka förslaget till nytt Hälso- och sjukvårdsavtal och översända förvaltningens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande till stadsledningskontoret.

I nämndens yttrande framhölls behov av tydligare beskrivning av ansvar för specialiserad vård i hemmet, frågor om uppföljning samt på beskrivningar i överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk av alkohol eller droger. Nämnden bedömer att Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerande överenskommelser har omarbetats på ett bra sätt.

Nämndens synpunkter gällande barn som är placerade utanför hemmet kvarstår och behöver hanteras där frågor om barn tas upp.

Socialnämnd Hisingen och socialnämnd Sydväst

Socialnämnd Hisingen beslutade 2026-02-03 § 21 att översända tjänsteutlåtandet som eget yttrande till kommunstyrelsen. Socialnämnd Sydväst beslutade 2026-02-11 § 33 att översända förvaltningens tjänsteutlåtande som eget yttrande.

Socialnämnderna har lämnat likalydande synpunkter. De har valt att endast lämna synpunkter på Hälso- och sjukvårdsavtalet och Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

När det gäller avtalet har nämnderna synpunkter på definitionen av begreppen barn och unga. Definitionen av ”barn och unga” bör vara 0–20 år i stället för 0–17 år. I förhållande till överenskommelsen där det står att målgruppen bland andra är ”barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller är placerade i ett skyddat boende” blir det annars fel.

I överenskommelsen under kapitlet 9 står det att ett barn placeras utanför hemmet när det bedöms vara nödvändig utifrån till exempel lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Det blir då problematiskt att definitionen av barn och unga är 0–17 när LVU-vård enligt 3 § kan ges även till unga mellan 18 och 20 år och vård enligt LVM gäller från 18 års ålder. Det blir även missvisande vid vilken ålder som vilken överenskommelse ska styra eller beaktas eftersom det i avtalet står i definitioner att barn och unga är 0–17 år och att det i överenskommelsen står att vid barn och unga 0–20 år så ska även Länsgemensamt styrdokument (Överenskommelse barn och ungas hälsa) beaktas. Det föreligger därmed otydlighet om det enbart är Länsgemensamt styrdokument som gäller för unga 18–20 år som placeras utanför det egna hemmet.

Nämnderna är nöjda med att remissynpunkten om kostnadsfördelning är omhändertagen. I slutversionen står att ”När personen är i behov av både kommunens socialtjänst och VGR:s hälso- och sjukvård ska Parterna komma överens om, och dela på, kostnaden.”

Vidare är det nämndernas synpunkt att det fortfarande behövs en egen överenskommelse för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och att den ska vara underordnad Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Nämnderna anser att det fortsatt är otydligt kring regionens ansvar för utfärdande av intyg gällande individens funktion, behov och förutsättningar i överenskommelsen Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga son vårdas utanför det egna hemmet.

Stadsledningskontorets bedömning

Remissomgången

I remissomgången framförde Göteborgs Stad, kommunstyrelsen 2025-06-11 § 540 att avsnitten Specialiserad vård i hemmet, Utökad omfattning av primärvård samt Uppföljning behövde arbetas om. Ansvarsfördelningen mellan VGR och kommunerna behövde bli tydligare samt att patientsäkerheten i omställningen till Nära vård behövde säkerställas. Det fanns också otydligheter i förhållande till kommunernas åtagande i enlighet med Regionbildningsavtalet.

Göteborgs Stad ansåg även att överenskommelsen Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet behövde arbetas om. Exempelvis ansågs avsnittet Personer med placering utanför hemmet behöva justeras så att barn och unga inte omfattas. Göteborgs Stad föreslog att överenskommelsen Barn och ungas hälsa i stället revideras och kopplas till Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Ställningstagande till slutversion av Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Det nuvarande Hälso- och sjukvårdsavtalet är uppsagt av VGR och kommer därmed att upphöra att gälla 2026-12-31. Regionfullmäktige har beslutat om att för VGR:s del, ingå Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser som underavtal.

Om någon av de 49 kommunerna i Västra Götaland väljer att inte ingå det nya avtalet som ska gälla från 2027-01-01 kommer ansvarsfördelning och samverkan enbart regleras

av Regionbildningsavtalet från 1998, inklusive Primärvårdsavtalet, samt av gällande lagstiftning. Stadsledningskontoret bedömer att det skulle innebära stora utmaningar.

I de statliga utredningarna Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) och Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5) finns förslag som innebär att ansvaret för beroendevård lämnas över i sin helhet till regionen. En reform för mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet finns med på Regeringskansliets propositionsförteckning för riksdagsbehandling 2026-04-23. Beslut enligt utredningarnas förslag innebär att relaterad överenskommelse kommer behöva revideras.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden har fått avtalet på underremiss för ställningstagande och har beslutat att tillstyrka förslag till nytt Hälso- och sjukvårdsavtal. Av tjänsteutlåtandet framgår inget annat än att nämnden ser positivt även på överenskommelserna. Stadsledningskontoret delar äldre- samt vård och omsorgsnämndens bedömning att de synpunkter som framfördes vid remissomgången är beaktade i den slutgiltiga versionen av Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Socialnämnderna Hisingen och Sydväst framför synpunkter på hur barn och unga definieras i Hälso- och sjukvårdsavtalet. I avtalet definieras barn och unga som personer 0–17 år, det vill säga fram till den dag personen fyller 18 år. Eftersom överenskommelserna ska läsas tillsammans med Hälso- och sjuvårdsavtalet blir definitionen felaktig.

I överenskommelsen Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet regleras placeringar för barn och unga upp till 20 år. För att inga missförstånd ska kunna uppstå behöver definitionen för barn och unga i Hälso- och sjukvårdsavtalet justeras. Stadsledningskontoret har varit i kontakt med VästKom i frågan. VästKom uppger att det finns en svårighet att göra tillägg i redan beslutade dokument, men anser att det blir viktigt att ha med detta i implementeringen samt att komplettera med information i "Frågor och svar" på Vårdsamverkans hemsida.

Socialnämnderna anser att överenskommelsen Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet inte är tillräckligt genomarbetad och att målgruppernas respektive kapitel skiljer sig åt i stor utsträckning. Exempelvis i kapitlen gällande vuxna saknas avsnitt som berör gemensam planering och uppföljning av placering och för barn och unga föreligger det fortsatt otydlighet kring när det länsgemensamma styrdokumentet Samverkan barn och ungas hälsa ska beaktas. Socialnämnderna anser fortfarande att det behövs en egen överenskommelse för barn och unga som vårdas utanför hemmet som ska vara underordnad Hälso- och sjukvårdsavtalet. Nämnden för funktionsstöd framför att synpunkterna gällande barn som är placerade utanför hemmet kvarstår och behöver hanteras där frågor om barn tas upp.

En annan synpunkt som socialnämnderna anser inte vara omhändertagen i remissomgången är otydligheten kring regionens ansvar för utfärdande av intyg gällande individens funktion, behov och förutsättningar.

Texterna om intyg finns i överenskommelsen Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Stadsledningskontoret förstår socialnämnderna Hisingen och Sydvästs synpunkter på överenskommelsen Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Det är olyckligt att synpunkterna inte är omhändertagna inom remissomgången. Stadsledningskontoret anser dock att överenskommelsen bör tillstyrkas eftersom ett avstyrkande innebär en situation med större osäkerhet beträffande vad som gäller. Vid en framtida revidering av såväl denna överenskommelse som överenskommelsen Samverkan Barn och ungas hälsa skulle ett omtag kunna göras och även den senare överenskommelsen skulle med fördel bli ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Sammanfattningsvis föreslår stadsledningskontoret att kommunfullmäktige beslutar att Göteborgs Stad för egen del ingår Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser som underavtal.

Jonas Kinnander	Eva Hessman
Direktör Ärende och utredning	Stadsdirektör

§ 79 Dnr GRFS-2025-00226

Nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Förbundsstyrelsens beslut

1. Förbundsstyrelsen ställer sig bakom nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal, att gälla från och med 1 januari 2027.
    - Hälso- och sjukvårdsavtal
    - Överenskommelse - Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
    - Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård
    - Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende
    - Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

2. Förbundsstyrelsen beslutar att rekommendera medlemskommunerna att anta nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal.

3. Förbundsstyrelsen rekommenderar kommunerna använda den av VästKom framtagna likalydande beslutsformulering vid antagande av Hälso- och sjukvårdsavtal och dess fyra överenskommelser i form av underavtal.

Sammanfattning av ärendet

SRO är ett politiskt samrådsorgan mellan Västra Götalandsregionen och Västra Götalands 49 kommuner genom de fyra kommunalförbunden. SRO är en samrådsgrupp som avhandlar och rekommenderar huvudmännen att fatta beslut i frågor som rör samtliga 49 kommuner och Västra Götalandsregionen.

Under 2024 ställde sig det politiska samrådsorganet, (SRO) bakom att ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal tas fram med tillhörande lagreglerade överenskommelser. Parterna, Västra Götalandsregionen och 49 kommuner, bemannade därefter den arbetsgrupp som tagit fram förslagen som under våren 2025 varit ute på remiss. Utifrån inkomna remissvar har slutförslag bearbetats fram.

2025-09-01 ställde sig SRO bakom slutförslag samt att rekommendera samtliga huvudmännen att anta slutförslag på nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal.

VästKom är en sammanslutning av de delregionala kommunalförbunden i Västra Götalands län och ska ha till ändamål att på regional nivå företräda och samordna kommunernas intressen inom hälso- och sjukvård inklusive dess gemensamma digitalisering med ett tydligt 49-kommunernas perspektiv. Styrelsen för VästKom, som består av ledamöter från varje kommunalförbund, beslutade 2025-09-04 att föreslå kommunalförbunden att rekommendera medlemskommunerna att anta ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal, giltigt från 2027-01-01.

Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet syftar till att skapa en modern och hållbar samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna, med fokus på primärvårdens gemensamma ansvar och patientsäkerhet. Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelningen, betonar primärvårdens gemensamma ansvar och stärker patientsäkerhetsarbetet inklusive hantering av oenighet och tvister.

En partsammansatt politisk referensgrupp och tjänstemannaarbetsgrupp har arbetat sedan 2024 med att ta fram nytt hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande fyra överenskommelser. Remissrunda och länsgemensamma dialogkonferenser genomfördes under våren 2025 där samtliga 49 kommuner deltog. Vardera part har haft en styrgrupp på tjänstemannanivå kopplat till arbetet med nytt hälso- och sjukvårdsavtal.

Remissvaren visade behov av förtydliganden, särskilt kring ansvarsfördelning, samverkan och patientsäkerhet, vilket lett till justeringar i hälso- och sjukvårdsavtalet och kommer att föranleda fortsatt arbete efter

att avtalsförslagen gått för beslut. Samsyn mellan parterna om avsnitt för ombearbetning av remissversioner har funnits.

Medlemskommunerna i Göteborgsregionens kommunalförbund (GR) har fått ta del av regelbunden information och dialog i den politiska beredningsgruppen för social välfärd samt i strategiska nätverk. En tjänstemannagrupp, med deltagare från samtliga medlemskommuner, har gett inspel vid framtagande av remissversioner samt arbetat fram textunderlag som stöd till remissvar för GR:s medlemskommuner.

Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet bygger på tidigare Regionbildningsavtal och Primärvårdsavtal från 1998 och ersätter det nuvarande avtalet som gäller till slutet av 2026. Hälso- och sjukvårdsavtalet stödjer länsgemensam strategi för god och nära vård, förbättrar förutsättningar för vård i hemmet och tar höjd för framtida behov. Uppsägning av hälso- och sjukvårdsavtal påverkar även överenskommelser i form av underavtalen, som kan sägas upp eller revideras individuellt utan att avtalet påverkas. Hälso- och sjukvårdsavtalet innehåller nio avsnitt och ska läsas tillsammans med fyra överenskommelser -i form av underavtal- som är beroende av avtalets giltighet.

Varje part för sig ska fatta beslut före 2026-05-31. Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser- i form av underavtal - träder i kraft 2027-01-01

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2025-09-11
Hälso- och sjukvårdsavtal
Överenskommelse - Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.
Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård
Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende,
Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård
Mötesanteckning SRO 2025-09-01
Missivbrev, avtal med tillhörande överenskommelser SRO 2025-09-01
TU VästKoms styrelse 2025-09-04
VästKoms protokoll 2025-09-04

Beslutsgång

Ordförande frågar om förslag till beslut kan antas och finner att så sker.

Skickas till

Västra Götalandsregionen
Medlemskommunerna

Göteborgs Stads äldre samt vård- och omsorgsnämnd

Göteborgs Stad

Protokollsutdrag
Sammanträdesdatum: 2025-12-09

§ 213 Ärendenummer AVO-2025-02160

Svar på remiss om nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Beslut

1. Äldre samt vård- och omsorgsnämnden tillstyrker förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal.
2. Äldre samt vård- och omsorgsnämnden översänder förvaltningens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande till stadsledningskontoret.

Handlingar

Förvaltningens tjänsteutlåtande med bilagor, 2025-11-14

Yrkanden

Jan-Åke Ryberg (S) yrkar för S, V och MP:s räkning bifall till förvaltningens förslag till beslut.

Martina Lundquist (SD) yrkar bifall till förvaltningens förslag till beslut.

Propositionsordning

Ordförande ställer proposition på Jan-Åke Ryberg (S) och Martina Lundquist (SD) yrkande om bifall till förvaltningens förslag till beslut. Ordförande finner att äldre samt vård- och omsorgsnämnden beslutar enligt förvaltningens förslag till beslut.

Protokollsutdrag skickas till

Stadsledningskontoret

Tjänsteutlåtande
Utfärdat 2025-11-14
Ärendenummer AVO-2025-02160

Handläggare
Mia Lolic
E-post: mia.ilovaca@aldrevardomsorg.goteborg.se

Svar på remiss om nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerade överenskommelser

Förslag till beslut

1. Äldre samt vård- och omsorgsnämnden tillstyrker förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal.
2. Äldre samt vård- och omsorgsnämnden översänder förvaltningens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande till stadsledningskontoret.

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. Yttrandet ska innehålla svar på om nämnden tillstyrker eller avstyrker nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerade överenskommelser.

Västra Götalandsregionen (VGR) har i samverkan med kommunerna tagit fram ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal (Avtalet) som reglerar ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Avtalet ersätter det tidigare avtalet från 2017 och omfattar kommunal hälso- och sjukvård, specialiserad vård i hemmet, hälso- och sjukvård i hemmet, samverkan vid utskrivning, samordnad individuell plan (SIP) samt uppföljning.

Äldre samt vård- och omsorgsnämnden lämnade synpunkter på tidigare framtagen version av nytt hälso- och sjukvårdsavtal via remiss från stadsledningskontoret den 22 april 2025 (§ 72, AVO-2025-00266). I yttrandet framhölls behovet av tydligare gränsdragning mellan kommunens och regionens ansvar vid specialiserad vård i hemmet, otydlighet kring utökad primärvård samt behov av tydligare uppföljningsstruktur av avtalet. Det nu föreliggande avtalsförslaget bedöms ha beaktat dessa synpunkter.

Förvaltningen bedömer att hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerande överenskommelser innebär en förbättrad struktur för samverkan mellan region och kommun vilket skapar förutsättningar för en mer sammanhållen vård. Förvaltningen föreslå därför att nämnden tillstyrker förslag till nytt avtal.

Bedömning ur ekonomisk dimension

Avtalet medför inga omedelbara ekonomiska konsekvenser utöver de som följer av kommunens lagstadgade ansvar.

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 enskilde 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 19 november 2025.

Bilagor

1. Hälso- och sjukvårdsavtal, avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
2. Överenskommelse om Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård
3. Överenskommelse kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
4. Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet
5. Överenskommelse ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Beslut skickas till

Stadsledningskontoret

Ärendet

Nämnden ska yttra sig över inkommen remiss samt besluta om att tillstyrka eller avstyrka nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerande överenskommelser. Yttrandet ska ha inkommit till stadsledningskontoret senast den 13 februari 2026. Nytt avtal kommer, om samtliga 49 kommuner och regionen tillstyrker, att gälla från och med 1 januari 2027 till och med den 31 december 2030.

Beskrivning av ärendet

Bakgrund

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 Götaland.

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.

Den 3 februari 2025 översände VästKom, som är kommunernas länsgemensamma samverkansaktör, remissversion av hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerade överenskommelser. Under 2024 och 2025 har representanter från äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen, andra kommunrepresentanter, Västkom och representanter från regionen samarbetat i arbetsgrupp för att ta fram hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande lagreglerade överenskommelser.

Den 22 april 2025 tillstyrkte äldre samt vård- och omsorgsnämnden förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal under förutsättning att nämndens framförda synpunkter omhändertogs (ÄVON 2025-04-22 § 72, AVO-2025-00266). I yttrandet lyftes behovet av en tydligare gränsdragning mellan kommunens och regionens ansvar vid specialiserad vård i hemmet, en förtydligad beskrivning av den utökade primärvården samt en tydligare uppföljning av avtalet. Nämndens yttrande skickades till stadsledningskontoret som sedan svarade för Göteborgs Stads räkning. Därefter har samtliga kommuners samt regionens remissvar bearbetats och ett nytt avtalsförslag skickats ut under hösten 2025 för slutgiltigt ställningstagande.

Beslutsprocessen för det nya hälso- och sjukvårdsavtalet inleddes den 1 september 2025 när politiska samrådsorganet (SRO) behandlade det slutliga förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och rekommenderade regionen och de 49 kommunerna att besluta enligt förslaget.

Reviderat förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal

Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet tar sin utgångspunkt i Regionbildningsavtalet inklusive Primärvårdsavtalet. Avtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan i de delar där VGR och Kommunerna har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och

sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Avtalet och tillhörande överenskommelser beskriver även i viss mån samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Avtalets tillhörande överenskommelser är underavtal. Underavtalens giltighet är direkt kopplade till hälso- och sjukvårdsavtalets giltighet.

Avtalet ska bidra till att parterna ger en god och säker vård till de som har behov av hälso- och sjukvård från både VGR och kommun. Avtalet ska tydliggöra ansvarsfördelning och stärka samverkan. Patienten ska möta en samordnad och sammanhållen vård som utgår från samarbete, oavsett huvudmannaskap. Målet är att erbjuda varje patient en god och nära vård utifrån individuella förutsättningar och behov.

Avtalet och de tillhörande lagreglerande överenskommelserna ska bidra till att individens behov står i centrum snarare än gränsdragningar och ansvarsområden. De förslag på avtal och överenskommelser som har tagits fram ska vara hållbara över tid och ta höjd för intentionerna i *Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård.* Avtal och överenskommelser bedöms ge goda förutsättningar för den nära vården och förbättrade förutsättningar för vård i hemmet. Avtalet tydliggör primärvårdens gemensamma ansvar samt sätter större fokus på gemensamt patientsäkerhetsarbete vilket var en av tidigare framförda synpunkter. Förvaltningen bedömer att avtalsförslaget tar hänsyn till de synpunkter som tidigare framförts kring specialiserad vård i hemmet, utökad omfattning av primärvård och uppföljning.

Överenskommelserna handlar om flera områden. De rör regionens läkaransvar i den kommunala primärvården och kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. De handlar också om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende samt om munhälsa, inklusive uppsökande och nödvändig tandvård. Förvaltningen bedömer att de nya överenskommelserna tar hänsyn till de synpunkter som tidigare framförts.

Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet har skickats till Göteborgs Stad för ställningstagande. Kommunfullmäktige kommer att fatta beslut om ställningstagande för Göteborgs Stads räkning. Som en del av stadsledningskontoret beredning av ärendet har äldre samt vård- och omsorgsnämnden fått möjlighet att yttra sig. I yttrandet ska det framgå om nämnden tillstyrker eller avstyrker slutgiltigt förslag till hälso- och sjukvårdsavtal.

Samtliga avtalsparter behöver fatta beslut om att godkänna avtalet senast den 31 maj 2026. Hälso- och sjukvårdsavtalet tillsammans med de fyra lagreglerade överenskommelserna förväntas gälla under perioden 1 januari 2027 till och med 31 december 2030. 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. Avtalet gäller under förutsättning att det godkänns av regionfullmäktige och av kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland genom beslut som vinner laga kraft. Det räcker att en part säger upp avtalet för att det ska upphöra att gälla för samtliga Parter. Uppsägning av avtalet medför att även överenskommelserna i form av underavtal sägs upp. Överenskommelserna kan sägas upp eller revideras individuellt utan att avtalet påverkas.

Regionfullmäktige beslutade vid sammanträdet den 3–4 november 2025 (punkt 7 enligt protokollet) att säga upp det nuvarande hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande

underavtal. Nuvarande avtal som ursprungligen antogs 2017 och som har förlängts tre gånger gäller fram till den 31 december 2026.

Vid samma regionfullmäktigemöte (punkt 8) beslutades att Västra Götalandsregionen för sin del ska ingå ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal med de 49 kommunerna i Västra Götaland.

Eftersom Regionfullmäktige har beslutat att säga upp det nuvarande avtalet krävs att samtliga kommuner tillstyrker det nya avtalet och dess lagreglerade överenskommelser för att det nya avtalet ska träda i kraft och vara giltigt.

Om inget avtal finns tecknat mellan VGR och Kommunerna regleras ansvarsfördelning och samverkan enbart av Regionbildningsavtalet, inklusive Primärvårdsavtalet, samt av gällande lagstiftning.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningen bedömer att avtalsförslaget tar hänsyn till de synpunkter som tidigare framförts. Förvaltningen anser även att hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande lagreglerade överenskommelser ger bättre struktur för samverkan mellan region och kommun. Det är samtidigt viktigt att betona att avtalet inte är ett samverkansavtal utan ett avtal som reglerar ansvar mellan parter. En tydlig ansvarsfördelning stärker både samverkan och skapar förutsättningar för en mer sammanhållen vård. Förvaltningen föreslår därför att nämnden tillstyrker förslag till nytt avtal.

Katarina Meuller	Babbs Edberg
Avdelningschef	Förvaltningsdirektör

Nämnden för funktionsstöd

Göteborgs Stad

Protokollsutdrag
Sammanträdesdatum: 2026-02-06

§ 11 Ärendenummer FFS-2025-02602

Remissvar om nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerade överenskommelser

Beslut

1. Nämnden för funktionsstöd tillstyrker förslaget på till nytt hälso- och sjukvårdsavtal.
2. Nämnden för funktionsstöd översänder förvaltningens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande till stadsledningskontoret.

Handlingar

- Tjänsteutlåtande daterat den 8 januari 2026
- Bilaga 1. Hälso- och sjukvårdsavtal, avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
- Bilaga 2. Överenskommelse om Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård
- Bilaga 3. Överenskommelse kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Bilaga 4. Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet
- Bilaga 5. Överenskommelse ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Protokollet skickas

Stadsledningskontoret

Göteborgs Stad

Tjänsteutlåtande
Utfärdat 2026-02-10
Ärendenummer FFS-2025-02602

Handläggare
Monika Öhrn
Telefon: 031-365 00 00 (växel)
E-post: monika.ohrn@funktionsstod.goteborg.se

Svar på remiss om nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerade överenskommelser

Förslag till beslut

1. Nämnden för funktionsstöd tillstyrker förslaget på till nytt hälso- och sjukvårdsavtal.
2. Nämnden för funktionsstöd översänder förvaltningens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande till stadsledningskontoret.

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 nämnden för funktionsstöd för yttrande. Yttrandet ska innehålla svar på om nämnden tillstyrker eller avstyrker nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerade överenskommelser.

Nämnden för funktionsstöd lämnade synpunkter på tidigare framtagen version av nytt hälso- och sjukvårdsavtal via remiss från stadsledningskontoret 2025-04-23 i tjänsteutlåtande med diarienummer N161-0238/25 I yttrandet framhölls behovet av tydligare beskrivning av ansvar för specialiserad vård i hemmet, frågor om uppföljning samt på beskrivningar i överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk av alkohol eller droger.

Förvaltningen bedömer att hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerande överenskommelser har omarbetats på ett bra sätt. Förvaltningen föreslå därför att nämnden tillstyrker förslag till nytt avtal

Bedömning ur ekonomisk dimension

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. En uppskattning som myndigheten för vård- och omsorgsanalys gjort visar att kommunernas andel av all hälso- och sjukvård som ges i Sverige har växt sedan denna regionbildning och nu står för närmare 30 procent. Myndigheten har också visat att kommunerna vårdar patienter med mer komplexa behov och att kommunerna fortsatt kommer att ha en

nyckelroll i utvecklingen av den nära vården, med allt fler personer med komplexa vårdbehov i sin vård och omsorg.

Förvaltningens bedömning är att fler arbetsuppgifter även fortsatt kommer förskjutas till kommunen från regionen. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvårdsavtalet tydligt reglerar ansvar, vårdnivåer och primärvårdens medverkan i den specialiserade vården vilket detta förslag bedöms göra.

Bedömning ur ekologisk dimension

Förvaltningen/bolaget 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. Rätten till hälsa är ett rättighetsområde i programmet för full delaktighet för personer med funktionsnedsättning, där det konstateras att det är en målgrupp med sämre hälsa än övriga befolkningen. Flera studier har visat på stor ojämlikhet vad gäller hälsa, sjuklighet, dödlighet och tillgång till hälso- och sjukvård för personer med funktionsnedsättning. Den hälso- och sjukvård som regleras i hälso- och sjukvårdsavtalet omfattar i hög utsträckning sköra grupper med behov av samordnade insatser från både region och kommun. Målgruppen personer med funktionsnedsättning finns tydligare omnämnd i det nya förslaget till avtal än tidigare.

Samverkan

Information sker på förvaltningsövergripande samverkansgrupp 28 januari 2026.

Bilagor som ingår i beslutsunderlaget

1. Hälso- och sjukvårdsavtal, avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
2. Överenskommelse om Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård
3. Överenskommelse kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
4. Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet
5. Överenskommelse ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Beslut skickas till

Stadsledningskontoret

Beskrivning av ärendet

Ärendet efterfrågar beslut om nämnden tillstyrker eller avstyrker förslag till hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och respektive kommun i Västra Götaland. Samverkan och ansvarsfördelning för områden som båda huvudmännen har hälso- och sjukvårdsansvar för har reglerats i ett avtal sedan regionbildningen år 1999.

Hösten 2022 hade ett reviderat avtal tagits fram som Göteborgs stad och flera andra kommuner sade nej till, då det inte bedömdes beskriva ansvar och vårdnivåer eller primärvårdens medverkan i den specialiserade vården i nödvändig utsträckning i förhållande till omställningen till en god och nära vård. Göteborgs Stad uppfattade då att den ekonomiska risken var för stor för kommunerna.

2025-04-23 tillstyrkte förvaltningen för funktionsstöd förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal under förutsättning att nämndens framförda synpunkter omhändertogs (N161-0238/25) Förvaltningen för funktionsstöd hade då synpunkter som nu har omhändertagits i det nya avtalet.

- I det nya huvudavtalet som nu är framtaget har gränsdragningen mellan kommun och region tydliggjorts när det gäller det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Regionen har alltid läkaransvaret medan kommunen ansvarar för sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut.
- Ansvaret för specialiserad vård i hemmet är tydlig.
- En formulering om att patienten måste kunna tillgodogöra sig insatser är borttagen, då det kan få negativa konsekvenser för personer med funktionsnedsättning.
- Vad gäller betalningsansvar så är modellen oförändrad, men in och utskrivning inom sluten hälso- och sjukvård är borttagen. Där pågår nu en översyn. Det som förtydligats är hur parterna ska agera vid en tvist.
- Frågor om uppföljning samt på beskrivningar i överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk av alkohol eller droger kvarstår, men bedöms klargöras inom ramen för den samsjuklighetsutredning som pågår.
- Förvaltningens synpunkter gällande barn som är placerade utanför hemmet kvarstår och behöver hanteras där frågor om barn tas upp.

Beslutsprocessen för det nya hälso- och sjukvårdsavtalet inleddes den 1 september 2025 när politiska samrådsorganet (SRO) behandlade det slutliga förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och rekommenderade regionen och de 49 kommunerna att besluta enligt förslaget.

Nytt förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal

Huvudavtalet beskriver det gemensamma syftet, parternas ansvar, vad primärvård respektive specialiserad vård innebär samt förutsättningar för att bedriva vård i hemmet. Det gemensamma syftet beskrivs som att ”Avtalet skall bidra till att parterna ger en god och säker vård till dem som har behov av hälso-och sjukvårdsinsatser från både kommun och region. Avtalet ska stärka samverkan och tydliggöra ansvarsfördelningen. 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 och sin hälso- och sjukvård”.

De förslag på avtal och överenskommelser som har tagits fram ska vara hållbara över tid och ta höjd för intentionerna i Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård. Avtal och överenskommelser bedöms ge goda förutsättningar för den nära vården och förbättrade förutsättningar för vård i hemmet. Avtalet tydliggör primärvårdens gemensamma ansvar samt sätter större fokus på gemensamt patientsäkerhetsarbete.

Samtliga avtalsparter behöver fatta beslut om att godkänna avtalet senast den 31 maj 2026. Hälso- och sjukvårdsavtalet tillsammans med de fyra lagreglerade överenskommelserna förväntas gälla under perioden 1 januari 2027 till och med 31 december 2030. 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. Avtalet gäller under förutsättning att det godkänns av regionfullmäktige och av kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland genom beslut som vinner laga kraft. Det räcker att en part säger upp avtalet för att det ska upphöra att gälla för samtliga Parter. Uppsägning av avtalet medför att även överenskommelserna i form av underavtal sägs upp. Överenskommelserna kan sägas upp eller revideras individuellt utan att avtalet påverkas.

Regionfullmäktige beslutade vid sammanträdet den 3–4 november 2025 (punkt 7 enligt protokollet) att säga upp det nuvarande hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande underavtal. Nuvarande avtal som ursprungligen antogs 2017 och som har förlängts tre gånger gäller fram till den 31 december 2026.

Vid samma regionfullmäktigemöte (punkt 8) beslutades att Västra Götalandsregionen för sin del ska ingå ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal med de 49 kommunerna i Västra Götaland.

Om inget avtal finns tecknat mellan VGR och Kommunerna regleras ansvarsfördelning och samverkan enbart av Regionbildningsavtalet, inklusive Primärvårdsavtalet, samt av gällande lagstiftning.

Fyra lagstadgade överenskommelser

Till hälso- och sjukvårdsavtalet har även fyra lagstadgade överenskommelser mellan regionen och kommunerna knutits. Dessa är underordnade avtalet och avser Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård, Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende samt Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Förvaltningens bedömning

Förvaltningen bedömer att avtalsförslaget tar hänsyn till de synpunkter som tidigare framförts. Förvaltningen anser även att hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande lagreglerade överenskommelser ger bättre struktur för samverkan mellan region och kommun. Det är samtidigt viktigt att betona att avtalet inte är ett samverkansavtal utan ett avtal som reglerar ansvar mellan parter. En tydlig ansvarsfördelning stärker både samverkan och skapar förutsättningar för en mer sammanhållen vård. Förvaltningen föreslår därför att nämnden tillstyrker förslag till nytt avtal.

Solveig Eldenholm	Michael Ivarsson
Avdelningschef Utföraravdelning Centrum/Hisingen	Tillförordnad förvaltningsdirektör

Protokollsutdrag
Sammanträdesdatum: 2026-02-03

§ 21 Ärendenummer SFH-2025-00744

Yttrande över hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser.

Beslut

1. Socialnämnd Hisingen översänder tjänsteutlåtande som eget yttrande till kommunstyrelsen.

2. Socialnämnden Hisingen förklarar paragrafen omedelbart justerad.

Tidigare behandling

Socialförvaltning Hisingen ska lämna synpunkter avseende Slutförslag Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna inom Västra Götaland. Förvaltningen har valt att endast lämna synpunkter över Hälso- och sjukvårdsavtalet och över Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Förvaltningen har inga synpunkter på Slutförslag Hälso- och sjukvårdsavtal utöver åldersdefinitionen för barn och unga. Förvaltningens samlade synpunkter på slutförslag Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet är att överenskommelsen bör delas upp så att vuxna respektive barn och unga har varsin överenskommelse i stället för en gemensam. Så som överenskommelsen är skriven idag upplevs den inte tillräckligt genomarbetad och målgruppernas respektive kapitel skiljer sig åt i stor utsträckning. Exempelvis i kapitlen gällande vuxna saknas avsnitt som berör gemensam planering och uppföljning av placering och för barn och unga föreligger det fortsatt otydlighet kring när det länsgemensamma styrdokumentet ska beaktas.

Handlingar

1. Hälso- och sjukvårdsavtal

2. Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

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

4. Överenskommelse - Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.

Protokollsutdrag

Sammanträdesdatum: 2026-02-03

5. Överenskommelse - Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård.

6. Missivbrev “Slutförslag Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser”.

Tjänsteutlåtande
Utfärdat 2025-12-16
Ärendenummer SFH-2025-00744

Handläggare
Emma Lindberg
Telefon:
E-post: emma.lindberg@socialhisingen.goteborg.se

Yttrande över Slutförslag Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser.

Förslag till beslut

1. Socialnämnd Hisingen översänder tjänsteutlåtande som eget yttrande till kommunstyrelsen.
2. Socialnämnden Hisingen förklarar paragrafen omedelbart justerad.

Sammanfattning

Socialförvaltning Hisingen ska lämna synpunkter avseende Slutförslag Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna inom Västra Götaland. Förvaltningen har valt att endast lämna synpunkter över *Hälso- och sjukvårdsavtalet* och över *Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.*

Förvaltningen har inga synpunkter på *Slutförslag Hälso- och sjukvårdsavtal* utöver åldersdefinitionen för barn och unga. Förvaltningens samlade synpunkter på slutförslag *Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet* är att överenskommelsen bör delas upp så att vuxna respektive barn och unga har varsin överenskommelse i stället för en gemensam. Så som överenskommelsen är skriven idag upplevs den inte tillräckligt genomarbetad och målgruppernas respektive kapitel skiljer sig åt i stor utsträckning. Exempelvis i kapitlen gällande vuxna saknas avsnitt som berör gemensam planering och uppföljning av placering och för barn och unga föreligger det fortsatt otydlighet kring när det länsgemensamma styrdokumentet ska beaktas.

Bedömning ur ekonomisk dimension

I slutförslaget är det nu ett ska-krav att Kommunen och VGR har ett gemensamt kostnadsansvar för placeringar för barn och unga som har behov av både Kommunens socialtjänst och VGR:s hälso- och sjukvård. Det leder potentiellt till lägre kostnad för förvaltningen för specifikt dessa placeringar.

Bedömning ur ekologisk dimension

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

Bedömning ur social dimension

Hälso- och sjukvårdsavtalet och *Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet* bedöms potentiellt kunna få en positiv inverkan utifrån att de kan skapa tydlighet för samverkan och ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Genom att tydliggöra hur samverkan och ansvarsfördelningen mellan parterna ska se ut kan den enskildes behov av samordnade vård- och stödinsatser tillgodoses på ett bättre och effektivare sätt, vilket på sikt kan leda till att parterna arbetar mer förebyggande och hälsofrämjande med målgrupperna som omfattas av avtalet respektive överenskommelse.

Bedömning utifrån barnrättsperspektivet

Avtalet betonar vikten av barns rättigheter inom vården, med en skyldighet att följa barnkonventionen och principen om barnets bästa. I Avtalet belyses att barns behov av stöd, information och trygghet ska beaktas, både som patient och som närstående. Överenskommelsen benämner att kommunens ansvar är att vid placering av barn och unga ta hänsyn till barnets bästa och vikten av skolgång och hälsa. För att säkerställa att dessa rättigheter tillgodoses i praktiken krävs tydliga strukturer från respektive Part.

Bilagor

1. Hälso- och sjukvårdsavtal
2. Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.
3. Överenskommelse - Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.
4. Överenskommelse - Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.
5. Överenskommelse - Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård.
6. Missivbrev “Slutförslag Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser”.

Beskrivning av ärendet

Socialförvaltning Hisingen ska lämna synpunkter avseende Slutförslag Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna inom Västra Götaland.

Nämndremiss är skickad till Äldre samt vård- och omsorgsnämnden för ställningstagande och till Nämnden för funktionsstöd, socialnämnd Hisingen och socialnämnd Sydväst för synpunkter. Remissen skickas även till socialnämnd Centrum och socialnämnd Nordost för kännedom och eget ställningstagande om eventuella synpunkter på nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser.

Förvaltningen har valt att avgränsa sitt yttrande till *Hälso- och sjukvårdsavtalet* (Avtalet) och *Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet* (Överenskommelsen).

Förvaltningen ska översända yttrandet till stadsledningskontoret senast 2026-02-13.

Bakgrund och nuvarande process

I maj 2024 gav det politiska samrådet (SRO) parterna i uppdrag att bemanna en arbetsgrupp som fick i uppgift att ta fram ett förslag på ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerande överenskommelser. Den 30 januari 2025 beslutade det politiska samrådet att förslaget skulle skickas ut på remiss till samtliga kommuner inom Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

Vid Socialnämnd hisingens bedömning av remissversionen lämnades synpunkter om revidering. Utifrån synpunkterna som lämnades gjordes bedömningen att förslaget på *Hälso- och sjukvårdsavtal* skulle tillstyrkas med reservation för revidering medan förslaget på *Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende* skulle avstyrkas. Förvaltningen såg det även som nödvändigt att Länsgemensamt dokument *Överenskommelse samverkan för barn och ungas hälsa* revideras och underordnas huvudavtalet då den riskerar att inte tas hänsyn till eftersom det kan vara svårt att bedöma vilken av överenskommelserna som ska gälla när och för åldersgruppen 0–20 år.

Efter remissbearbetning har flera centrala förtydliganden och justeringar gjorts i avtalet inom ramen för hälso- och sjukvård (se bilaga 6 Missivbrev).

Den 1 september 2025 ställde sig SRO bakom slutförslaget på nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fem överenskommelser i form av underavtal. SRO rekommenderar samtliga Parter att var för sig anta slutförslaget som ska börja gälla från och med den 1 januari 2027.

Den 4 november 2025 fattade Regionfullmäktige beslut om att säga upp nuvarande Hälso- och sjukvårdsavtal, samt att ingå ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal i enlighet med slutförslaget. Om inget Avtal finns tecknat mellan VGR och Kommunerna regleras ansvarsfördelning och samverkan enbart av Regionbildningsavtalet, inklusive Primärvårdsavtalet, samt gällande lagstiftning.

Synpunkter på Avtalet och Överenskommelsen

Förvaltningen väljer att lämna synpunkter på de områden i Avtalet och Överenskommelsen som vi vid tidigare remissvar yttrade oss över.

Samsjuklighetsutredningen

I mars 2026 förväntas det komma ett delbetänkande från samsjuklighetsdelegationen som kan komma att påverka Överenskommelsen. Ansvaret för beroendevård förväntas lämnas över i sin helhet till sjukvården från och med 1 januari 2027, vilket kan komma att medföra att överenskommelsen behöver revideras innan den börjat gälla.

SIP – samordnad individuell plan

I föregående remissvar belystes att det i Överenskommelsen angavs att: *”Parterna har gemensamt ansvar för att via SIP eller annan gemensam plan omgående komma överens om tillfällig kostnadsfördelning i väntan på lösning”*. Förvaltningen belyste att det förelåg behov av justering utifrån att SIP inte är avsatt för att hantera den typen av organisatoriska frågor. I slutversionen har avsnittet där skrivelsen nämndes tagits bort. I slutversionen av överenskommelsen benämns SIP endast i kapitel 9 (avsnitt 9.3) som berör samverkan utifrån målgruppen barn och unga. Förvaltningen anser att ett liknande avsnitt bör finnas för varje målgrupp inom överenskommelsen.

Regionens ansvar för att bistå med intyg

Förvaltningen anser att det fortsatt är otydligt kring regionens ansvar för utfärdande av intyg gällande individens funktion, behov och förutsättningar. I dagsläget är det vanligt att arbetsintyg, som ibland efterfrågas av t.ex. 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 fortsatt 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 bör göras 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 bör klargörande göras gällande:

- 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.

Ett förtydligande i regionens riktlinjer för intyg kan bidra till en mer likvärdig bedömning för individen, ett ökat förebyggande och hälsofrämjande arbete samt underlätta samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Uppföljning av avtalet och överenskommelserna

I slutförslaget kvarstår oklarheter kring vad som faktiskt ska följas upp. Det framgår dock tydligare, både i Avtalet och i Överenskommelsen, att uppföljningen ska ske i länsgemensamt politiskt forum som har ansvar för att följa upp Avtalet och dess tillhörande överenskommelser.

Barn och unga-perspektivet

I det förra remissvaret påpekade förvaltningen att rubriksättningen för *Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende* är mycket otydlig och inte tydliggör att överenskommelsen även omfattar målgruppen barn och unga. I slutförslaget har rubriken ändrats och lagt till barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Men rubriken är lång vilket även lett till att SRO i sitt Missivbrev förkortat rubriken och fortfarande bara benämner *Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende.*

I det förra remissvaret påpekade förvaltningen att det i överenskommelser står att ”För barn och unga till och med 20 år, som behöver insatser och tvärprofessionell kompetens, ska även länsgemensam *Överenskommelse Samverkan barn och ungas hälsa* beaktas”. Risken bedöms fortsatt stor att länsgemensamt styrdokument *Överenskommelse Samverkan för barn och ungas hälsa* inte kommer att beaktas eller tas med lika stor hänsyn och vikt som Överenskommelsen eftersom det kan tolkas olika i vilken överenskommelse som är mest styrande.

I Avtalet står det under kapitlet definitioner att Barn och unga “är personer 0–17 år, det vill säga fram till den dag personen fyller 18 år”. Förvaltningen bedömer det som helt felaktigt och utgår ifrån att det är ett skrivfel som behöver justeras för att Avtalet ska vara juridiskt hållbart. Definitionen av Barn och unga bör vara 0–20 år. I Överenskommelsen står det att Målgruppen bland andra är ”barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller är placerade i ett skyddat boende”. I överenskommelsen under kapitlet 9 står det att ett barn placeras utanför hemmet när det bedöms vara nödvändig utifrån till exempel LVU och LVM. Det blir då problematiskt att definitionen av barn och unga är 0–17 när LVU-vård enligt 3 § kan ges även till unga mellan 18 och 20 år och vård enligt LVM gäller från 18 års ålder.

Det blir även missvisande vid vilken ålder som vilken överenskommelse ska styra eller beaktas eftersom det i Avtalet står i definitioner att barn och unga är 0–17 år och att det i Överenskommelsen står att vid barn och unga 0–20 år så ska även *Länsgemensamt styrdokument* (Överenskommelse barn och ungas hälsa) beaktas. Det föreligger därmed otydlighet om det enbart är *Länsgemensamt styrdokument* som gäller för unga 18–20 år som placeras utanför det egna hemmet.

Förvaltningens synpunkt är att det fortfarande behövs en egen Överenskommelse för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och ska vara underordnad Avtalet.

Kostnadsansvar för placering utanför hemmet

I det tidigare remissvaret lyfte förvaltningen att skrivningen om kostnadsfördelning var alltför restriktiv och otydlig, vilket riskerar att leda till olika tolkningar och försvårar

samverkan. Förvaltningens upplevelse är att regionen inte efterlever nuvarande överenskommelse vid placeringar där det finns behov av insatser från båda huvudmännen. Mot denna bakgrund föreslogs att formuleringen om kostnadsfördelningen reviderades så att den ändras från kan till ett ska-krav. Här har förvaltningens remissvar gett resultat och formuleringen i slutförslaget är *”När personen är i behov av både Kommunens socialtjänst och VGR:s hälso- och sjukvård ska Parterna komma överens om, och dela på, kostnaden”*.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningen har inga synpunkter på *Slutförslag Hälso- och sjukvårdsavtal* utöver åldersdefinitionen för barn och unga (se avsnitt Barn och unga-perspektivet).

Förvaltningens samlade synpunkter på slutförslag *Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför hemmet* är att överenskommelsen bör delas upp så att vuxna respektive barn och unga har varsin överenskommelse i stället för en gemensam.

Så som överenskommelsen är skriven idag upplevs den inte som tillräckligt genomarbetad då målgruppernas respektive kapitel skiljer sig åt i stor utsträckning. Exempelvis i kapitlen gällande vuxna saknas avsnitt som berör gemensam planering och uppföljning av placering och för barn och unga föreligger det fortsatt otydlighet kring när det länsgemensamma styrdokumentet för barn och unga när överenskommelsen gäller eller ska beaktas.

Marie Larsson	Martina Lundgren
Förvaltningsdirektör	Avdelningschef

Protokollsutdrag
Sammanträdesdatum: 2026-02-11

§ 33 Ärendenummer SFSV-2025-00875

Svar på remiss: Förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Beslut

1. Socialnämnd Sydväst översänder förvaltningens tjänsteutlåtande som eget yttrande.

2. Socialnämnden Sydväst förklarar paragrafen omedelbart justerad.

Sammanfattning av ärendet

Socialnämnd Sydväst ska lämna synpunkter avseende Slutförslag Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna inom Västra Götaland. Nämnden har valt att endast lämna synpunkter över Hälso- och sjukvårdsavtalet och över Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Förvaltningen har inga synpunkter på Slutförslag Hälso- och sjukvårdsavtal utöver åldersdefinitionen för barn och unga. Förvaltningens samlade synpunkter på slutförslag Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet är att den bör delas upp så att vuxna respektive barn och unga har varsin överenskommelse i stället för en gemensam. Så som överenskommelsen är skriven idag upplevs den inte tillräckligt genomarbetad och målgruppernas respektive kapitel skiljer sig åt i stor utsträckning.

Handling

Socialförvaltningens tjänsteutlåtande daterat den 28 november 2025.

Protokollsutdrag skickas till

Kommunstyrelsen

Tjänsteutlåtande
Utfärdat 2025-11-28
Ärendenummer SFSV-2025-00875

Handläggare
Malin Throfast
Telefon:
E-post: malin.throfast@socialsydvast.goteborg.se

Yttrande över Slutförslag Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Förslag till beslut

1. Socialnämnd Sydväst översänder förvaltningens tjänsteutlåtande som eget yttrande.
2. Socialnämnden Sydväst förklarar paragrafen omedelbart justerad.

Sammanfattning

Socialnämnd Sydväst ska lämna synpunkter avseende Slutförslag Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna inom Västra Götaland. Nämnden har valt att endast lämna synpunkter över Hälso- och sjukvårdsavtalet och över *Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.*

Förvaltningen har inga synpunkter på Slutförslag Hälso- och sjukvårdsavtal utöver åldersdefinitionen för barn och unga. Förvaltningens samlade synpunkter på slutförslag *Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet* är att den bör delas upp så att vuxna respektive barn och unga har varsin överenskommelse i stället för en gemensam. Så som överenskommelsen är skriven idag upplevs den inte tillräckligt genomarbetad och målgruppernas respektive kapitel skiljer sig åt i stor utsträckning.

Bedömning ur ekonomisk dimension

I slutförslaget är det nu ett ska-krav att Kommunen och VGR har ett gemensamt kostnadsansvar för placeringar för barn och unga som har behov av både Kommunens socialtjänst och VGR:s hälso- och sjukvård. Det leder potentiellt till lägre kostnad för förvaltningen för specifikt dessa placeringar.

Bedömning ur ekologisk dimension

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

Bedömning ur social dimension

Hälso- och sjukvårdsavtalet och *Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet* bedöms potentiellt kunna få en positiv inverkan utifrån att de kan skapa tydlighet för samverkan och ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Genom att tydliggöra hur samverkan och ansvarsfördelningen mellan parterna ska se ut kan den enskildes behov av samordnade vård- och stödinsatser tillgodoses på ett bättre och effektivare sätt, vilket på sikt kan leda till att parterna arbetar mer förebyggande och hälsofrämjande med målgrupperna som omfattas av avtalet respektive överenskommelse.

Bedömning utifrån barnrättsperspektivet

Avtalet betonar vikten av barns rättigheter inom vården, med en skyldighet att följa barnkonventionen och principen om barnets bästa. I Avtalet belyses att barns behov av stöd, information och trygghet ska beaktas, både som patient och som närstående. Överenskommelsen benämner att kommunens ansvar är att vid placering av barn och unga ta hänsyn till barnets bästa och vikten av skolgång och hälsa. För att säkerställa att dessa rättigheter tillgodoses i praktiken krävs tydliga strukturer från respektive Part.

Bilagor som ingår i beslutsunderlaget

1. Hälso- och sjukvårdsavtal
2. Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.
3. Överenskommelse - Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.
4. Överenskommelse - Samverkan om Munhälsa - uppsökande och nödvändig tandvård.
5. Överenskommelse - Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård.
6. Missivbrev “Slutförslag Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser”.

Beskrivning av ärendet

Socialnämnd Sydväst ska lämna synpunkter avseende Slutförslag Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna inom Västra Götaland.

Nämndremiss är skickad till Äldre samt vård- och omsorgsnämnden för ställningstagande och till Nämnden för funktionsstöd, socialnämnd Hisingen och socialnämnd Sydväst för synpunkter. Remissen skickas även till socialnämnd Centrum och socialnämnd Nordost för kännedom och eget ställningstagande om eventuella synpunkter på nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser.

Nämnden har valt att avgränsa sitt yttrande till *Hälso- och sjukvårdsavtalet* (Avtalet) och *Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet* (Överenskommelsen).

Nämnden ska översända yttrandet till stadsledningskontoret senast 2026-02-13.

Bakgrund och nuvarande process

I maj 2024 gav det politiska samrådet (SRO) parterna i uppdrag att bemanna en arbetsgrupp som fick i uppgift att ta fram ett förslag på ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande lagreglerande överenskommelser. Den 30 januari 2025 beslutade det politiska samrådet att förslaget skulle skickas ut på remiss till samtliga kommuner inom Västra Götaland och till Västra Götalandsregionen.

Vid socialnämnden Sydvästs bedömning av remissversionen lämnades synpunkter om revidering. Utifrån synpunkterna gjordes bedömningen att förslaget på *Hälso- och sjukvårdsavtal* skulle tillstyrkas med reservation för revidering medan förslaget på *Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende* skulle avstyrkas.
Förvaltningen såg det även som nödvändigt att Länsgemensamt styrdokument *Överenskommelse samverkan för barn och ungas hälsa* reviderades och underordnas huvudavtalet då den riskerar att inte tas hänsyn till eftersom det kan vara svårt att bedöma vilken av överenskommelserna som ska gälla för åldersgruppen 0–20 år och när.

Efter remissbearbetningen har flera centrala förtydliganden och justeringar gjorts i avtalet inom ramen för hälso- och sjukvård (se bilaga 6 Missivbrev).

Den 1 september 2025 ställde sig SRO bakom slutförslaget på nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal. SRO rekommenderar samtliga Parter att var för sig anta slutförslaget som ska börja gälla från och med den 1 januari 2027.

Den 4 november 2025 fattade Regionfullmäktige beslut om att säga upp nuvarande Hälso- och sjukvårdsavtal, samt att ingå ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal i enlighet med slutförslaget. Om inget Avtal finns tecknat mellan VGR och Kommunerna regleras ansvarsfördelning och samverkan enbart av Regionbildningsavtalet, inklusive Primärvårdsavtalet, samt gällande lagstiftning.

Synpunkter på Avtalet och Överenskommelsen

Förvaltningen väljer att lämna synpunkter på de områden i Avtalet och Överenskommelsen som vi vid tidigare remissvar yttrade oss över.

Samsjuklighetsutredningen

I mars 2026 förväntas det komma ett delbetänkande från samsjuklighetsdelegationen som kan komma att påverka Överenskommelsen. Ansvaret för beroendevård förväntas lämnas över i sin helhet till sjukvården från och med 1 januari 2027, vilket kan komma att medföra att överenskommelsen behöver revideras innan den börjat gälla.

SIP – samordnad individuell plan

I föregående remissvar belystes att det i Överenskommelsen angavs att: *”Parterna har gemensamt ansvar för att via SIP eller annan gemensam plan omgående komma överens om tillfällig kostnadsfördelning i väntan på lösning”*. Förvaltningen belyste att det förelåg behov av justering utifrån att SIP inte är avsatt för att hantera den typen av organisatoriska frågor. I slutversionen har avsnittet där detta nämndes tagits bort. I slutversionen av överenskommelsen benämns SIP endast i kapitel 9 (avsnitt 9.3) som berör samverkan utifrån målgruppen barn och unga. Förvaltningen anser att ett liknande avsnitt även bör finnas för varje målgrupp inom överenskommelsen.

Regionens ansvar för att bistå med intyg

Förvaltningen anser att det fortsatt är otydligt kring regionens ansvar för utfärdande av intyg gällande individens funktion, behov och förutsättningar. I dagsläget är det vanligt att arbetsintyg, som ibland efterfrågas av t.ex. 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 fortsatt 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 bör göras 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 bör klargörande göras gällande:

- 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.

Ett förtydligande i regionens riktlinjer för intyg kan bidra till en mer likvärdig bedömning för individen, ett ökat förebyggande och hälsofrämjande arbete samt underlätta samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Uppföljning av avtalet och överenskommelserna

I slutförslaget kvarstår oklarheter kring vad som faktiskt ska följas upp. Det framgår dock tydligare, både i Avtalet och i Överenskommelsen, att uppföljningen ska ske i länsgemensamt politiskt forum som har ansvar för att följa upp Avtalet och dess tillhörande överenskommelser.

Barn och unga-perspektivet

I det förra remissvaret påpekade nämnden att rubriksättningen för *Överenskommelse samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende* är mycket otydlig och inte tydliggör att överenskommelsen även omfattar målgruppen barn och unga. I slutförslaget har rubriken ändrats och lagt till barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Men rubriken är lång vilket även lett till att SRO i sitt Missivbrev förkortat rubriken och fortfarande bara benämner *Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende.*

I det förra remissvaret påpekade nämnden att det i överenskommelser står att ”För barn och unga till och med 20 år, som behöver insatser och tvärprofessionell kompetens, ska även länsgemensam *Överenskommelse Samverkan barn och ungas hälsa* beaktas”.

Risken bedöms fortsatt stor att länsgemensamt styrdokument *Överenskommelse Samverkan för barn och ungas hälsa* inte kommer att beaktas eller tas med lika stor hänsyn och vikt som Överenskommelsen eftersom det kan tolkas olika i vilken överenskommelse som är mest styrande.

I Avtalet står det under kapitlet definitioner att Barn och unga “är personer 0-17 år, det vill säga fram till den dag personen fyller 18 år”. Förvaltningen bedömer det som helt felaktigt och utgår ifrån att det är ett skrivfel som behöver justeras för att Avtalet ska vara juridiskt hållbart. Definitionen av Barn och unga bör vara 0-20 år.
I Överenskommelsen står det att Målgruppen bland andra är ”barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller är placerade i ett skyddat boende”. I överenskommelsen under kapitlet 9 står det att ett barn placeras utanför hemmet när det bedöms vara nödvändig utifrån till exempel LVU och LVM. Det blir då problematiskt att definitionen av barn och unga är 0-17 när LVU-vård enligt 3 § kan ges även till unga mellan 18 och 20 år och vård enligt LVM gäller från 18 års ålder.

Det blir även missvisande vid vilken ålder som vilken överenskommelse ska styra eller beaktas eftersom det i Avtalet står i definitioner att barn och unga är 0–17 år och att det i Överenskommelsen står att vid barn och unga 0-20 år så ska även *Länsgemensamt styrdokument* (Överenskommelse barn och ungas hälsa) beaktas.
Det föreligger därmed otydlighet om det enbart är *Länsgemensamt styrdokument* som gäller för unga 18–20 år som placeras utanför det egna hemmet, vilket är missvisande.

Förvaltningens synpunkt är att det fortfarande behövs en egen Överenskommelse för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet och ska vara underordnad Avtalet.

Kostnadsansvar för placering utanför hemmet

I det tidigare remissvaret lyfte nämnden att skrivningen om kostnadsfördelning var alltför

restriktiv och otydlig, vilket riskerar att leda till olika tolkningar och försvårar samverkan. Förvaltningens erfarenhet, i dialoger om gemensamma placeringar, är att regionen inte efterlever nuvarande överenskommelse vid placeringar där det finns behov av insatser från båda huvudmännen. Mot denna bakgrund föreslogs i det förra remissvaret att formuleringen om kostnadsfördelningen reviderades så att den ändras från kan till ett ska-krav. Här har nämndens remissvar gett resultat och formuleringen i slutförslaget är ”När personen är i behov av både Kommunens socialtjänst och VGR:s hälso- och sjukvård ska Parterna komma överens om, och dela på, kostnaden”.

Förvaltningens bedömning

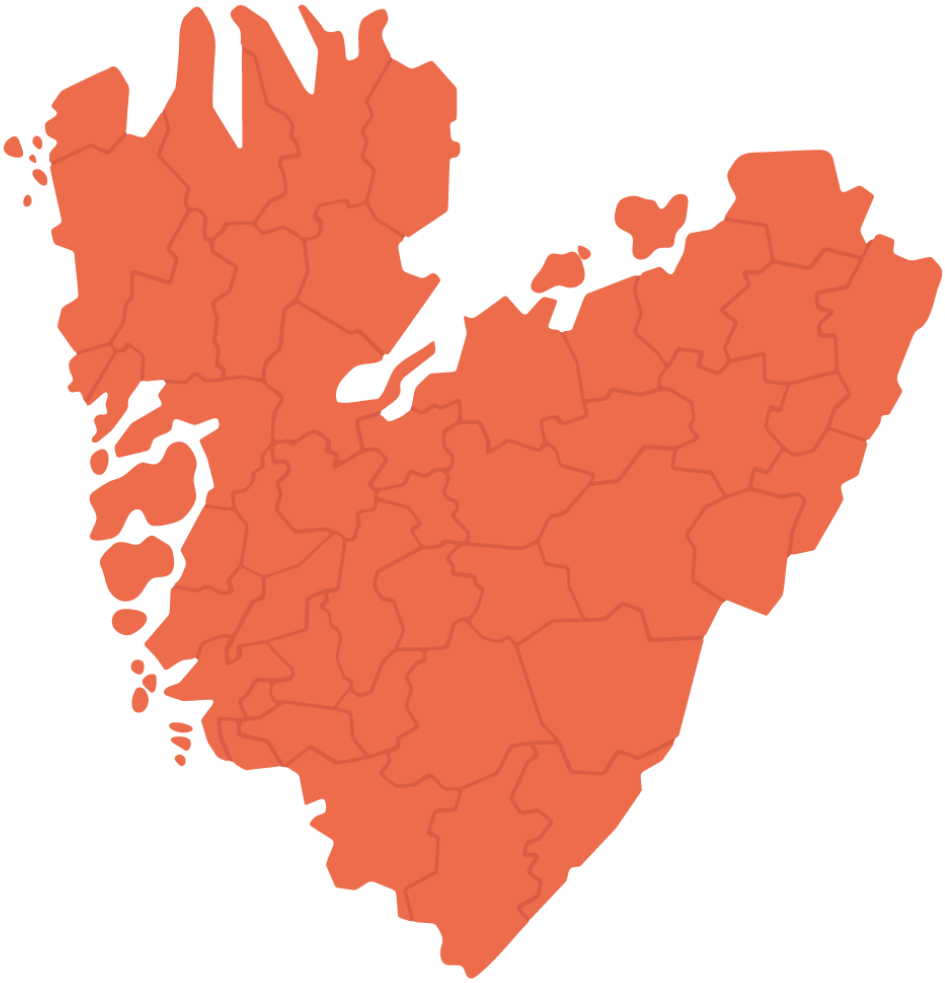
Förvaltningen har inga synpunkter på *Slutförslag Hälso- och sjukvårdsavtal* utöver åldersdefinitionen för barn och unga (se avsnitt Barn och unga-perspektivet).

Förvaltningens samlade synpunkter på slutförslag *Överenskommelse om samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet* är att överenskommelsen bör delas upp så att vuxna respektive barn och unga har varsin överenskommelse i stället för en gemensam.

Så som överenskommelsen är skriven idag upplevs den inte tillräckligt genomarbetad då målgruppernas respektive kapitel skiljer sig åt i stor utsträckning. Exempelvis i kapitlen gällande vuxna saknas avsnitt som berör gemensam planering och uppföljning av placering och för barn och unga föreligger det fortsatt otydlighet kring när det länsgemensamma styrdokumentet för barn och unga och när överenskommelsen gäller eller ska beaktas.

Anna Hedenström	Annika Ljungh
Avdelningschef	Förvaltningsdirektör

Bilaga 6



Hälso- och sjukvårdsavtal

Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland

LÄNSGEMENSAM SAMVERKAN MELLAN VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
OCH KOMMUNERNA I VÄSTRA GÖTALAND

Innehåll

1. Inledning ... 3

1.1 Syfte och mål ... 3
1.2 Läsanvisning ... 4
1.3 Målgrupp ... 4
1.4 Omfattning ... 4
1.5 Avtalsparter ... 4
1.6 Avtalstid ... 5

2. Ansvar ... 6

2.1 Gemensamt ansvar ... 6
2.2 Västra Götalandsregionens ansvar ... 7
2.3 Kommunens ansvar ... 8
2.4 Läkemedel ... 8
2.5 Personliga hjälpmedel inklusive förbruknings-artiklar och nutritionsprodukter samt andra medicintekniska produkter ... 9

3. Hälso- och sjukvård i hemmet ... 11

3.3 Egenvård ... 12
3.4 Förutsättningar för samverkan ... 12

4. Samverkan utanför avtalet ... 14

5. Patientsäkerhet ... 15

5.1 Avvikelser mellan vårdgivare ... 15

6. Oenighet och tvist ... 16

7. Grundläggande förutsättningar ... 18

7.1 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan ... 18
7.2 Informationsskyldighet vid förändring ... 18
7.3 Vårdsamverkan – vår gemensamma stödstruktur ... 18
7.4 Länsgemensamma styrdokument ... 19
7.5 Lagstiftning ... 19
7.6 Överenskommelser ... 20

8. Uppföljning ... 21

9. Definitioner ... 22

1. Inledning

Sedan regionbildningen år 1999 har Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i Västra Götaland (Kommunerna) reglerat ansvarsfördelning avseende primärvård och samverkan inom hälso- och sjukvård mellan VGR och Kommun genom avtal.

Grunden för ett hälso- och sjukvårdsavtal mellan Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland lades genom de avtal som tecknades i samband med regionbildningen 1999.

I *Huvudavtal om reglering av ansvar och finansiellt gränssnitt mellan landsting och kommuner i Västra Götalandsregionen* (Regionbildningsavtalet), daterat 3 september 1998, regleras skatteväxlingen. *Avtal med anledning av förslag till gränsdragning mellan kommunerna och regionen i Västra Götaland avseende primärvård* (Primärvårdsavtalet), daterat 1 september 1998, är en del av Regionbildningsavtalet.

Detta hälso- och sjukvårdsavtal (Avtalet) utgår från Regionbildningsavtalet inklusive Primärvårdsavtalet. Avtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan i de delar där VGR och Kommunerna har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Avtalet och tillhörande överenskommelser beskriver även i viss mån samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Avtalets tillhörande överenskommelser är underavtal till Avtalet. Underavtalens giltighet är direkt kopplade till Avtalets giltighet.

Parterna ska tillämpa lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter, även kallad barnkonventionen. Barns behov av stöd, information och trygghet ska beaktas, både som patient och närstående.

1.1 Syfte och mål

Avtalet ska bidra till att parterna ger en god och säker vård till dem som har behov av hälso- och sjukvård från både VGR och Kommun. Avtalet ska tydliggöra ansvarsfördelning och stärka samverkan. Patienten ska möta en samordnad och sammanhållen vård som utgår från samarbete, oavsett huvudmannaskap. Målet är att erbjuda varje patient en god och nära vård utifrån individuella förutsättningar och behov. Patienten är en självklar medskapare i sin hälso- och sjukvård.

VGR och Kommunerna har en gemensamt framtagen strategi, *Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård,* och enligt den ska vården:

- utgå från individuella förutsättningar och behov
- bygga på relationer och vara hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv
- bidra till jämlik hälsa, trygghet och självständighet, samt grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.

Ett personcentrerat arbetssätt ska tillämpas, där patienten får stöd i att ta ansvar för sin hälsa, och förutsättningar att använda sina egna resurser. I första hand ska egenvård och digitala lösningar erbjudas, om det är ändamålsenligt utifrån patientens behov och förutsättningar. Fysiska vårdkontakter ska erbjudas när de behövs.

1.2 Läsanvisning

Avtalet ska läsas i sin helhet för att förstås korrekt. Överenskommelser i form av underavtal ska läsas tillsammans med avtalet.

1.3 Målgrupp

Målgrupper som berörs i Avtalet är alla som behöver hälso- och sjukvård från både VGR och Kommun, oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning, förutsatt att de ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap 1 - 2 §§ och 14 kap 1 § HSL.

Avtalet ska tillämpas av alla medarbetare i hälso- och sjukvård och omsorg, inom VGR och Kommun som arbetar med målgruppen.

1.4 Omfattning

Avtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan mellan VGR och Kommun inom områden där Parterna har gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar. Kommunen har ansvar på primärvårdsnivå, VGR har ansvar på primärvårdsnivå och specialiserad nivå.

Avtalet reglerar inte hur respektive Part organiserar sitt åtagande. Avtalet reglerar inte elevhälsa, vilken styrs av skollagen (2010:800).

1.5 Avtalsparter

Avtalsparter är VGR och var och en av Kommunerna. Avtalsparterna benämns även Parterna.

Part som överlåter utförandet av en uppgift till en annan aktör är även efter överlämnandet ansvarig för att uppgiften fullgörs enligt Avtalet.

1.6 Avtalstid

Avtalet, inklusive överenskommelser i form av underavtal till Avtalet, gäller under förutsättning att de godkänns av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland, genom beslut som vinner laga kraft.

Avtalet gäller under perioden 2027-01-01 – 2030-12-31. Senast arton (18) månader innan avtalstiden löper ut har Parterna möjlighet att säga upp Avtalet. Om ingen Part skriftligen har sagt upp Avtalet förlängs det med tre år i taget, med arton (18) månaders uppsägningstid.

Vid uppsägning av Avtalet upphör Avtalet att gälla när den aktuella perioden om fyra år löper ut alternativt när förlängningstiden om tre år löper ut. Det räcker att en Part säger upp Avtalet för att det ska upphöra att gälla för samtliga Parter. En uppsägning av Avtalet får till följd att även överenskommelserna sägs upp, eftersom de i egenskap av underavtal är direkt kopplade till Avtalets giltighet.

Det räcker att en Part säger upp en överenskommelse i form av underavtal, för att den ska upphöra att gälla för samtliga Parter. Avtalet och övriga överenskommelser kvarstår om någon av överenskommelserna sägs upp.

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för Avtalet kan initiativ till en översyn tas av länsgemensamt, politiskt forum, där samverkan sker mellan VGR och Kommunerna.

Förutsättning för samverkan utan Avtal

Om inget Avtal finns tecknat mellan VGR och Kommunerna regleras ansvarsfördelning och samverkan enbart av Regionbildningsavtalet, inklusive Primärvårdsavtalet, samt av gällande lagstiftning.

2. Ansvar

2.1 Gemensamt ansvar

VGR och Kommunerna ansvarar för att planera och organisera sin hälso- och sjukvård. I detta ingår att skapa förutsättningar för personcentrerad hälso- och sjukvård, så att patientens behov tillgodoses samordnat.

I den kommunala primärvården har Parterna ansvar för olika grundkompetenser:

- VGR ansvarar för läkare
- Kommunen ansvarar för sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut

Utöver detta har Parterna ansvar att identifiera behov av och komma överens om att tillhandahålla övrig kompetens och förmåga som krävs för att utföra uppdraget utifrån ansvarsfördelning i Avtalet. Parterna ansvarar för att på länsövergripande nivå följa tillgången till kompetens i hela länet.

Omvårdnad, rehabilitering och habilitering följer hälso- och sjukvårdsansvaret, och bedrivs av både VGR och Kommun i enlighet med detta Avtal.

Patienter som har behov av hälso- och sjukvård i hemmet kan samtidigt få viss hälso- och sjukvård utförd på regional mottagning, baserat på upprättad plan eller samordnad individuell planering (SIP).

Grundprincipen är att VGR ansvarar för tillfälliga behov av hembesök under kortare perioder, eller sällan förekommande behov över längre tid. Kommunen ansvarar för hembesök när behovet bedöms kvarstå över längre tid, och/eller när insatserna behöver ges mer regelbundet. Om behovet från början bedöms bli långvarigt, och/eller har en högre frekvens, bör det redan från start hanteras inom kommunal primärvård.
Utgångspunkten är alltid personcentrerad hälso- och sjukvård, och vad som är bäst för den enskilda patientens trygghet och kontinuitet. En helhetsbedömning ska göras utifrån en kombination av behovets varaktighet, frekvens och en resurseffektiv användning av Parternas

sammanlagda resurser.

Gränsen mellan primärvård och specialiserad vård bestäms utifrån om det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Utveckling inom medicin, teknik och kompetens leder till att gränsen mellan specialiserad vård och primärvård förändras. Det påverkar både den regionala och kommunala primärvården, och förutsätter därför en kontinuerlig dialog mellan Parterna för att säkerställa patientsäkerheten.

Ansvar för omhändertagande av avliden följer hälso- och sjukvårdsansvaret, enligt HSL.

2.2 Västra Götalandsregionens ansvar

VGR ansvarar för hälso- och sjukvård till dem som är bosatta eller vistas i Västra Götaland. Hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar både primärvård och specialiserad vård, akut och planerad, i hemmet, på mottagning och på sjukhus.

Läkare inom regional primärvård har samordningsansvar och övergripande medicinskt ansvar för hälso- och sjukvård. Utifrån patientens behov kan läkare inom specialiserad vård ha medicinskt ansvar för viss hälso- och sjukvård.

VGR har ansvar för specialiserad vård, vilken kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens, även om insatsen kan utföras av regional eller kommunal primärvård.

VGR:s hälso- och sjukvårdsansvar på primärvårdsnivå:

- hälso- och sjukvård till patienter som utan större svårighet, i form av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning, kan ta sig till VGR:s mottagning
- hembesök vid tillfälliga och övergående behov, där insatsen kan hanteras med ett fåtal hembesök under en kort period, samt vid hembesök med låg frekvens över tid
- hälso- och sjukvård som utförs av läkare
- hälso- och sjukvård för personer som vistas i hem för vård och boende (HVB) eller hem för viss annan heldygnsvård, samt i samband med korttidsvistelse enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- habilitering och rehabilitering på primärvårdsnivå och specialiserad nivå

- medicinsk konsultation och kompetensöverföring i enskilda ärenden till Kommunens personal i hälso- och sjukvård och omsorg
- hälso- och sjukvård för asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (papperslösa), oavsett boendeform
- bistå Kommunen med specialistkompetens inom vårdhygien och smittskydd
- förvaring och transport av avliden patienten inskriven i sluten vård eller som enbart omfattas av regional primärvård
- transport till och från sjukhus för obduktion eller för att ta bort implantat, även om patienten ingår i Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.

2.3 Kommunens ansvar

Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård till patienter som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar, enligt 12 kap 1 - 2 §§ HSL. Vidare ansvarar Kommunen enligt 14 kap 1 § HSL, samt Regionbildningsavtalet inklusive Primärvårdsavtalet och den däri gjorda skatteväxlingen, även för att erbjuda primärvård i ordinärt boende. Kommunens ansvar är på primärvårdsnivå. Kommunen beslutar om och ansvarar för kommunal primärvård.

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar på primärvårdsnivå:

- hälso- och sjukvård till patienter som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till VGR:s mottagningar utan större svårighet, liksom när behov bedöms kvarstå över längre tid, och/eller där det finns ett behov av mer regelbundna insatser i hemmet
- habilitering och rehabilitering på primärvårdsnivå
- förvaring och transport av avliden patient som omfattas av Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar, och som vid tillfället inte är inskriven i sluten vård.

2.4 Läkemedel

Läkemedelsbehandlingar är en integrerad del i hälso- och sjukvården och samverkan ska ske mellan VGR och Kommun.

Läkemedelsgenomgång ska utföras enligt Socialstyrelsens föreskrifter

och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. För patienter med kommunal primärvård med övertaget läkemedelsansvar ska ansvarig sjuksköterska i kommunen medverka vid läkemedelsgenomgång.

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

VGR har ett samordningsansvar för genomförande av vaccinationsinsatser i Västra Götaland. Målet är att på ett patientsäkert sätt uppnå en hög vaccinationstäckning för gemensamma patienter. Samverkan om ansvarsfördelning ska ske lokalt inför varje vaccinationsinsats.

VGR tillhandahåller akutläkemedelsförråd avsedda för patienter inskrivna i kommunal primärvård. Läkemedlen i förrådet kan användas för akut ordination eller för behandling under en begränsad tidsperiod. Kommunala akutläkemedelsförråd (KAF) och dess sortiment beslutas av VGR, som också ansvarar för läkemedels- och transportkostnaderna till förråden, samt kassation. Kommunen tillhandahåller och ansvarar för lämpligt, låsbart förråd.

Öppenvårdsdos beslutas av läkare som tar ställning till att gällande kriterier, enligt regional medicinsk riktlinje för öppenvårdsdos, är uppfyllda. Gemensamma läkemedelsfrågor avseende KAF och öppenvårdsdos hanteras i partsgemensamt forum.

2.5 Personliga hjälpmedel inklusive förbruknings-artiklar och nutritionsprodukter samt andra medicintekniska produkter

Personliga hjälpmedel som är avsedda att användas i hemmet och dess närmiljö, av patient och brukare i Västra Götaland, regleras i aktuell handbok för personliga hjälpmedel inom hälso- och sjukvård, samt i Parternas samarbetsavtal.

Förskrivning av personliga hjälpmedel är en del av vård och behandling, och kan inte frikopplas från andra vård- och behandlingsinsatser.

Förskrivningsrätten kan inte delegeras, utan förskrivaren har ett helhetsansvar som inte kan överlåtas.

Generellt gäller att den vårdgivare som har hälso- och sjukvårdsansvar för aktuellt behov är kostnadsansvarig för förskrivna hjälpmedel.
Det finns undantag då kostnadsansvaret för hjälpmedel inte följer hälso- och sjukvårdsansvaret, vilket framgår i aktuell handbok för personliga hjälpmedel. VGR har kostnadsansvar för personliga hjälpmedel för barn och ungdomar fram till artonårsdagen.

Principer för och utbud av personliga hjälpmedel hanteras i partsgemensamt forum, där alla beslut ska fattas i enighet.

Medicintekniska produkter som inte regleras i aktuell handbok för förskrivning av hjälpmedel inom hälso- och sjukvård

Den huvudman som lämnar eller lånar ut medicintekniska produkter har motsvarande ansvar gällande uppföljning och kostnader som vid förskrivning.

För sårläkningsartiklar och kompressionsförband finns en förteckning där det framgår för vilka produkter Parterna har kostnadsansvar.

3. Hälso- och sjukvård i hemmet

Hälso- och sjukvård i hemmet är en vårdform som kan utföras av regional och kommunal primärvård och av den specialiserade vården.

Hälso- och sjukvården ska samordnas utifrån patientens behov, förmåga och självbestämmande. Patienten ska ges förutsättningar att vara kvar i hemmet.

Samverkan mellan huvudmän är en förutsättning för en personcentrerad hälso- och sjukvård.

3.1 Primärvård

Primärvården är navet i öppen hälso- och sjukvård och ska ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper, och avser vanligt förekommande vårdbehov, både enkla och komplexa.

Primärvården ska enligt HSL vara lätt tillgänglig och tillgodose invånarnas behov av grundläggande medicinska insatser. Insatserna kan även vara hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande, och ska anpassas efter patientens individuella behov.

Både VGR och Kommun är huvudmän för primärvård och ansvarar för att genomföra primärvårdens grunduppdrag.

3.2 Specialiserad vård i hemmet

VGR har ansvar för specialiserad vård. Specialiserad vård i hemmet innebär hälso- och sjukvård, som kräver särskild medicinsk kompetens, medicinska eller tekniska resurser, eller utrustning som inte ryms inom primärvårdens ordinarie uppdrag. Det kan inkludera avancerad läkemedelsbehandling, medicintekniska insatser, eller vård som kräver regelbunden uppföljning av specialistläkare eller specialistutbildad personal inom den specialiserade vården.

Regional och kommunal primärvård kan medverka i, och delvis utföra, hälso- och sjukvård som den specialiserade vården ansvarar för. Detta förutsätter att:

- berörda verksamheter gemensamt har bedömt att åtgärderna kan genomföras på ett patientsäkert sätt inom primärvården
- berörda verksamheter har fört dialog och enats om förutsättningarna

- det finns en fast läkarkontakt och fast vårdkontakt på primärvårdsnivå
- insatserna kräver inte någon särskild organisation.

Specialiserad vård i hemmet kan pågå parallellt med andra insatser från regional och kommunal primärvård, vilket förutsätter god samordning och tydliga kontaktvägar mellan Parterna.

3.3 Egenvård

Att ta ansvar för sin hälsa stärker möjligheten till ett självständigt och meningsfullt liv.

Egenvård är i första hand det som personen själv, eventuellt med stöd från närstående eller personal, kan utföra för att främja sin hälsa eller hantera sin sjukdom. När det är möjligt och lämpligt, prioriteras egenvård före åtgärder från hälso- och sjukvården.

Parterna ska ta ställning till och möjliggöra egenvård, enligt lag (2022:1250) om egenvård. Den egenvård som är bedömd och ordinerad av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska inte sammanblandas med det ansvar som personen har för sin hälsa.

3.4 Förutsättningar för samverkan

Samverkan är en förutsättning för att skapa trygg, samordnad och personcentrerad hälso- och sjukvård. Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt är viktiga funktioner för att bidra till samverkan och kontinuitet mellan regional och kommunal primärvård.

3.4.1 Informationsöverföring

Vårdgivare ska dela dokumenterad, tillgänglig och aktuell information om patienten. Information ska lämnas i samband med in- och utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården, samt i öppenvårdsprocessen. Innehållet ska ge förutsättningar för berörd Part att ge trygg, effektiv och patientsäker vård.

3.4.2 Teambaserat arbetssätt mellan regional och kommunal primärvård

Teambaserat arbetssätt mellan regional och kommunal primärvård ska finnas för gemensamma patienter. Det innebär att hälso- och sjukvård planeras, koordineras och utförs i nära dialog med patienten och, vid behov, med närstående. Arbetssättet ska präglas av

kontinuitet och personcentrering, där patientens individuella behov och livssituation avgör teamets sammansättning och insatser. Teamet ska arbeta proaktivt och samordnat, för att skapa en trygg och sammanhållen hälso- och sjukvård över tid.

3.4.3 Samordnad individuell plan, SIP

En samordnad individuell plan (SIP) ska erbjudas patienter som är i behov av insatser från VGR och Kommun. SIP är patientens plan och ska tas fram tillsammans med den som har behov av insatserna.

Planen ska tydliggöra ansvar, vem som gör vad, samt hur och när uppföljning ska ske. SIP är en viktig del i samverkan mellan huvudmännen, och ska användas för att skapa kontinuitet, överblick och trygghet för den enskilde – oavsett ålder och behov.

4. Samverkan utanför avtalet

Enligt 15 kap. 1 § HSL får regioner och kommuner sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som de ansvarar för. I avtalet ska de särskilda villkor som gäller för överlämnandet framgå.

Hälso- och sjukvård som ska ges i patientens hem kan således i vissa fall utföras av annan huvudman än den som har det formella ansvaret. Det förutsätter att Parterna har kommit överens om detta genom dialog, att insatsen kan utföras på primärvårdsnivå, och att informationsöverföringen är dokumenterad, tillgänglig och aktuell.

5. Patientsäkerhet

Parterna har gemensamt och eget ansvar för att vården ska vara god, säker och personcentrerad. Patientsäkerhet är en grundläggande del av all hälso- och sjukvård. Den bygger på ett systematiskt och förebyggande arbete, där alla vårdgivare, oavsett huvudman, aktivt bidrar till att minimera risker och främja en trygg och säker vård.

5.1 Avvikelser mellan vårdgivare

Händelser, där gemensamt framtagna avtal, överenskommelser, riktlinjer eller rutiner inom vård och omsorg inte följs, betraktas som ***avvikelser mellan vårdgivare***. Det kan handla om enskilda patientärenden och om organisatoriska eller systematiska brister hos vårdgivare.

Avvikelser mellan vårdgivare identifieras, registreras och hanteras i avsedd IT-tjänst. Avvikelser ska hanteras skyndsamt, och återkoppling ges så snart händelsen är analyserad och det finns en plan för åtgärder.

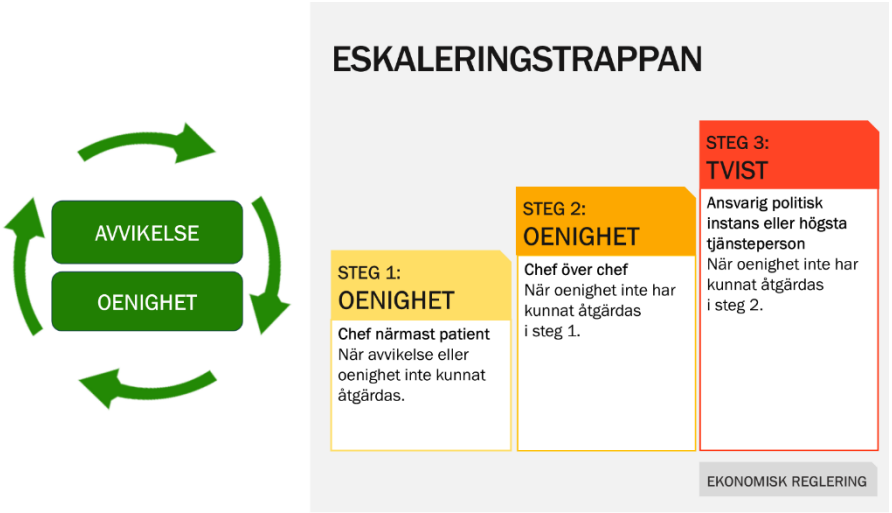
Parterna ansvarar för analys, åtgärder och uppföljning samt för att regelbundet sammanställa registrerade avvikelser mellan vårdgivare. Resultatet används för ett systematiskt förbättringsarbete. Det bidrar till att i samverkan öka patientsäkerhet, kunskapsutveckling och lärande på alla nivåer. Avvikelser mellan vårdgivare, som inte kan lösas mellan berörda Parter, går vidare till hantering av oenighet och tvist.

6. Oenighet och tvist

Parterna har skyldighet att följa Avtalet, överenskommelserna och andra länsgemensamma styrdokument. Det är ett gemensamt ansvar för Parterna att den enskildes situation löses utan onödigt dröjsmål, och att komma överens om vem som har ansvar för hälso- och sjukvården.

Oenighet innebär att Parterna inte är överens om hur en eller flera bestämmelser ska tolkas eller tillämpas, och kan uppstå på både individ- och organisationsnivå. Oenighet om tolkning eller tillämpning ska i första hand lösas på lokal nivå. När oenighet inte går att lösa kan den eskaleras till en tvist.

Brister i uppfyllelse av åtagande, oenighet eller tvister om tolkning och innebörd av Avtal, överenskommelser och andra länsgemensamma styrdokument ska hanteras enligt nedanstående eskaleringstrappa. Patientens behov av god och säker vård ska alltid tillgodoses utan onödigt dröjsmål. Patienten ska inte påverkas av oenighet eller tvist, vilket kräver en tillfällig lösning under pågående eskaleringsprocess.



Grundprincipen är att avvikelser och oenigheter ska lösas så nära verksamheten som möjligt, som en del av det systematiska förbättringsarbetet, och leda till lärande och förbättring. Om avvikelser och oenigheter inte löses går ärendet vidare till eskaleringstrappan.

Oenighet innebär att samsyn saknas i en viss fråga mellan Parter. Det kan vara en eller flera avvikelser som ligger till grund för oenighet. Oenighet kan även uppstå utan att det föregåtts av avvikelse mellan vårdgivare.

Tvist är en oenighet som inte blivit löst på chefsnivå. Att oenighet leder till tvist är mycket allvarligt och ska hanteras i politisk instans eller på högsta tjänstepersonsnivå hos respektive Part.

Steg 1 – Oenighet
Om oenighet konstateras gällande respektive Parts åtagande, eller om tolkning av avtalets innebörd, ska detta skriftligt rapporteras till berörd Part. Den chef, som är ansvarig för verksamheten närmast patienten hos ansvarig Part, ska utan dröjsmål utreda och åtgärda ärendet.

Steg 2 – Oenighet
Om enighet inte nås i steg 1 åligger det den chef som är ansvarig för verksamheten närmast patienten att eskalera till sin chef för fortsatt hantering. Denne är ansvarig för att utan dröjsmål fortsatt utreda och åtgärda ärendet.

Steg 3 – Tvist
Om enighet inte kan nås i steg 2 ska tvisten eskaleras till politisk instans eller högsta tjänsteperson hos respektive Part. Det gäller även återkommande avvikelser som trots åtgärder på alla nivåer inte når en lösning. Parterna ska gemensamt komma fram till en lösning. Beslut om lösning fattas av ansvarig politisk instans eller högsta tjänsteperson. Lösningen är vägledande för framtida liknande situationer, och ska spridas för gemensamt lärande.

Ansvar vid oenighet och tvist
Varje Part har ansvar att säkerställa och tydliggöra sin organisation för styrning och ledning, samt för att omhänderta oenigheter och tvister mellan Parterna. Det innebär att det ska finnas utsedda roller med beslutsmandat, som är ansvariga för steg 1, 2 och 3 i eskaleringstrappan.

Ekonomisk reglering och allmän domstol
Steg 3 i eskaleringstrappan kan innefatta ekonomisk reglering eller vidare hantering i allmän domstol.

Uppföljning av oenighet och tvist
Resultatet av oenighet och tvist mellan Parter ska följas upp inom den egna organisationen, samt inom länsgemensam vårdsamverkan för spridning av lärdomar och erfarenheter i länet.

7. Grundläggande förutsättningar

7.1 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälsa, hälso- och sjukvård, samt omsorg.

Parterna har ett gemensamt ansvar för att stödja ett kunskapsbaserat arbetssätt, och ska samverka i dessa frågor, exempelvis genom den vårdsamverkansstruktur som finns i länet.

Respektive Part ansvarar för att det finns personal i tillräcklig omfattning och med kompetens utifrån de åtaganden som beskrivs i respektive Parts uppdrag i Avtalet.

Parterna har också ansvar för att identifiera och kommunicera behov av kompetenshöjande åtgärder. Frikostighet ska råda avseende att tillåta deltagande i utbildningar och kompetenshöjande insatser mellan Parterna.

7.2 Informationsskyldighet vid förändring

Parterna har ett åtagande och en skyldighet att samverka för att kunna utföra vården på ett patientsäkert sätt. Huvudmännen ska omgående informera varandra om planerade och akuta förändringar i den egna verksamheten, som påverkar samverkan, samverkanspartens verksamhet och/eller patienten. Informationen ska ske mellan Parterna på lokal nivå. Vid förändringar som påverkar fler än två Parter ska information även ges på delregional nivå, och vid behov på länsnivå.

7.3 Vårdsamverkan – vår gemensamma stödstruktur

Vårdsamverkan i Västra Götaland är en gemensam stödstruktur, med uppdrag att förvalta och utveckla intentionerna med det gemensamma hälso- och sjukvårdsavtalet. Vårdsamverkan finns på lokal nivå, delregional nivå och på länsnivå.

7.4 Länsgemensamma styrdokument

Samverkan regleras i lagstiftning och i länsgemensamma styrdokument som avtal, överenskommelser och riktlinjer. Parterna ansvarar för att avtal, överenskommelser, samt länsgemensamma styrdokument fastställs, implementeras och följs upp i respektive huvudmans ledningssystem. Parterna ansvarar för att det som är reglerat i länsgemensamma styrdokument är känt och efterföljs.

7.5 Lagstiftning

Följande lagstiftning ska särskilt beaktas:
Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (2017:30), är den lag som reglerar grundläggande skyldigheter för region och kommuner.

Hälso- och sjukvårdsansvaret för VGR och Kommunen regleras huvudsakligen i 8 kap. och 12 kap. samt 14 kap. 1 § HSL (2017:30), och ansvaret omfattar även rehabilitering, habilitering och hjälpmedel, samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. För tandvård finns särskilda bestämmelser i tandvårdslagen (1985:125), TvL, och tandvårdsförordningen (1998:1338).

Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. 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, 2 kap 6 § HSL.

Primärvårdens grunduppdrag framgår av 13 a kap. 1 § HSL.

Bestämmelser om hälso- och sjukvårdsåtgärder som utförs i form av egenvård regleras i lag (2022:1250) om egenvård.

Rätten till vård för asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändigt tillstånd regleras i lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera, samt lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

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

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service som avses i 8 kap. 4 § första stycket, 8 kap. 11 § eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som

avses i 26 kap. 1 § första stycket punkt 2 socialtjänstlagen (2025:400)
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § punkt 8 och 9 § punkt 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet 8 kap. 1 § SoL, samt daglig verksamhet enligt 9 § punkt 10 LSS
- Sedan regionbildningen 1999 har Kommunen även ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende enligt 14 kap. 1 § HSL och enligt detta Avtal.

Enligt lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter, även kallad barnkonventionen, ska barnets rättigheter beaktas vid avvägningar och bedömningar som rör barn.

Samordnad individuell planering (SIP) ska enligt 4 kap. 1–3 §§ lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård erbjudas den enskilde, om hen efter utskrivningen behöver insatser från både VGR och Kommun, i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.

Vid SIP ska enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena HSL och 10 kap. 8 och 9 §§ SoL.

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

7.6 Överenskommelser

Till Avtalet finns fyra överenskommelser som är underavtal till Avtalet:

- Överenskommelse - Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Överenskommelse - Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård
- Överenskommelse – Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet
- Överenskommelse – Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

8. Uppföljning

Parterna har både ett gemensamt och ett eget ansvar att årligen följa upp efterlevnaden av Avtalet samt tillhörande överenskommelser.

Huvudmännen samverkar i länsgemensamt, politiskt forum, som har övergripande ansvar för att följa upp Avtalet med dess överenskommelser. Partsgemensamma forum i Västra Götaland ansvarar för genomförande av uppföljningen och att den sker på såväl lokal, delregional som länsnivå.

Resultatet av den gemensamma uppföljningen är en nödvändig grund för att Parterna ska kunna driva utvecklingen framåt i samsyn och i takt med varandra.

9. Definitioner

Definitionerna beskriver en länsgemensam tolkning av begrepp som används i Avtalet. Ingen huvudman har tolkningsföreträde.

Barn och unga
Personer 0–17 år, det vill säga fram till den dag personen fyller 18 år.

Bedömning av patientsäkerhet
Riskbedömning inom patientsäkerhet är en systematisk process för att identifiera, analysera och värdera potentiella händelser eller situationer som kan leda till vårdskador eller brister i vårdens kvalitet och säkerhet. Syftet är att förebygga dessa genom att uppskatta sannolikheten för att de inträffar, bedöma deras konsekvenser och vidta åtgärder för att minska eller eliminera riskerna.

Egenvård
Hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad personal har bedömt att en patient kan utföra själv, eller med hjälp av annan. Vad som räknas som egenvård bedöms individuellt i varje fall. Syftet är att öka patientens självständighet och minska beroendet av hälso- och sjukvården.

Själva bedömningen om en åtgärd kan utföras som egenvård är hälso- och sjukvård enligt HSL, vilket innebär att övriga regler inom vården gäller.

Den egenvård som är bedömd och ordinerad av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal enligt lag om egenvård ska inte sammanblandas med personens egenansvar för sin hälsa.

Fast läkarkontakt
Namngiven läkare inom primärvård. Samordnar patientens medicinska vård och skapar trygghet och kontinuitet för patienten. Det finns möjlighet för patienten att ha fast läkarkontakt i specialiserad vård.

Fast vårdkontakt
Utses av en verksamhetschef om en patient begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Fast vårdkontakt ska skapa trygghet och kontinuitet, och kan utses i all hälso- och sjukvård.

Regional fast vårdkontakt ska alltid utses vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Fast vårdkontakt inom kommunal primärvård ska alltid utses för gemensamma patienter.

I de fall det finns flera fasta vårdkontakter behöver en av dem utses till samordnande vårdkontakt.

Frekvens
Hur ofta något inträffar eller upprepas under en viss tid.

Det kan innebära att:
På primärvårdsnivå ansvarar VGR för åtgärder i hemmet med låg frekvens. Kommunen ansvarar för åtgärder i hemmet som behöver ges mer regelbundet.

Förmåga
I organisatorisk kontext avser förmåga kapaciteten att utföra uppgifter och uppnå mål, genom tillgång till rätt kompetens, resurser, processer och struktur.

Habilitering
Insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån sina behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga, samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

Det kan innebära att:
En habiliterings-/rehabiliteringsprocess har en början och ett slut över en viss tidsperiod, men kan vara återkommande. Den kan omfatta olika vårdnivåer och huvudmän.

Hembesök
Öppenvårdsbesök i patientens bostad eller motsvarande.

Hem för vård och boende, HVB
Boende med platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård eller behandling.

Hemmet
Hemmet är den plats där patienten normalt bor och har sin dagliga tillvaro, sina personliga tillhörigheter och sin sociala omgivning. Med

hemmet avses ordinärt boende, särskilt boende, bostad med särskild service, såsom gruppbostad, och korttidsplats.

Huvudman
Den region eller den kommun, som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård, benämns i HSL som huvudman.

Händelseanalys
En strukturerad metod för att klarlägga händelseförlopp och identifiera bakomliggande orsaker. Den kan ge underlag för förbättringsåtgärder som minskar risken för att liknande händelser inträffar igen, samt bidra till lärande och utveckling inom vårdverksamheten.

Kortvarigt behov
Innebär tillfälliga och övergående behov, där insatsen kan hanteras med ett fåtal hembesök under en begränsad tid.

Långvarigt behov
Innebär att behovet kvarstår över tid.
Det kan innebära att:
Ett långvarigt behov med låg frekvens eller enstaka hembesök är VGR:s ansvar, liksom när patienten kan besöka mottagningen.
Ett långvarigt behov med hög frekvens eller behov av regelbundna hembesök är kommunens ansvar.

Länsgemensamt, politiskt forum
Politisk gruppering för avtals-, ansvars- och samverkansfrågor mellan VGR och Kommunerna.

Negativ händelse
Händelse som medfört något oönskat.

Oenighet
Oenighet innebär att parter eller vårdgivare inte når lösning i en viss fråga.

Parter
Parter är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen.

Partsgemensamt forum
Grupperingar mellan parterna på politisk och tjänstepersonsnivå.

Personcentrerad vård
Begreppet personcentrerad vård bygger på tre nyckelbegrepp - berättelse, partnerskap och dokumentation. En patient är mer än sin sjukdom. Inom personcentrerad vård är patienten en person med behov men också resurser och förmågor. Personcentrerad vård innebär att patienten ska få vara en aktiv part i den gemensamt planerade vården.

Psykisk funktionsnedsättning
Påverkan på förmågan att ta hand om sin hälsa och skapa en fungerande vardag. En nedsättning av förmågor som att till exempel minnas, planera, ta initiativ, förstå information, passa tider och/eller ta sociala kontakter.

Till skillnad från psykisk ohälsa som kan vara kortvarig, är en psykisk funktionsnedsättning ofta mer varaktig och kan uppstå till följd av svåra psykiatriska tillstånd eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, såsom ADHD, autism eller schizofreni.

Rehabilitering
Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån sina behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.
Det kan innebära att:
En habiliterings- eller rehabiliteringsprocess har en början och ett slut över en viss tidsperiod, men kan vara återkommande. Den kan omfatta olika vårdnivåer och huvudmän.

Samordningsansvar kring vaccinationer
Samordningsansvaret omfattar beställning av vaccin, ordination, och registrering inklusive överföring till Nationellt vaccinationsregister för vaccinationer som säsongsinfluensa och Covid-19 för patienter med kommunal primärvård. Kommunen ansvarar för administrering till patienter i kommunal hälso- och sjukvård.

Samsjuklighet
Personen har två eller flera sjukdomsdiagnoser, psykiatriska och/eller somatiska, samtidigt.

SIP
Samordnad individuell plan (SIP) används för att samordna insatser från olika huvudmän och aktörer på individnivå. SIP utgår från vad den enskilde tycker är viktigt och är den enskildes plan. Arbetssättet är personcentrerat.

Skadligt bruk
Bruk av alkohol, narkotika, läkemedel eller andra beroendeframkallande substanser som skadar hälsan, fysiskt eller psykiskt, men där personen inte uppfyller kriterierna för beroende.

Tillbud
Händelse som hade kunnat medföra något oönskat.

Tvist
En tvist är en eskalerad oenighet där lösning inte kunnat uppnås.

Utan större svårighet
Patienten klarar på ett säkert sätt att ta sig till regionens mottagningar på egen hand eller med stöd, såsom färdtjänst eller sjukresa.

Vårdgivare
Statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Vårdskada
Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården, enligt 1 kap 5 § (2010:659) Patientsäkerhetslagen.

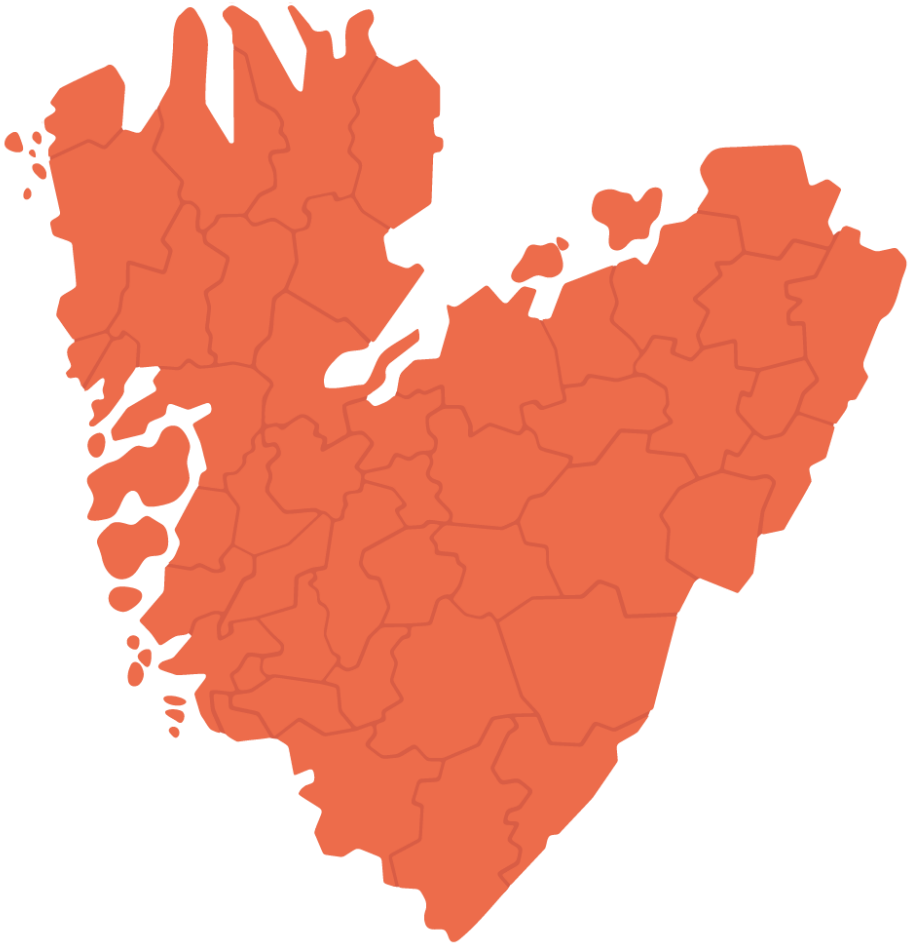
Öppenvårdsdos
Öppenvårdsdos är ett hjälpmedel för patienter som behöver stöd i sin läkemedelshantering. Systemet innebär att patienten får sina läkemedel uppdelade i små påsar, en för varje dostillfälle, vanligen för två veckor i taget. Läkemedel som inte kan delas i dospåsar levereras i stället som hel förpackning, efter beställning. Öppenvårdsdos kan användas av patienter både i ordinärt och i särskilt boende.

Öppenvårdsprocess
Informationsöverföring och samverkan kring personer som är i behov av samordning i öppenvård.

Avtal & överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Överenskommelse

Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård

Upprättad mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
Underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet

LÄNSGEMENSAM SAMVERKAN MELLAN VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
OCH KOMMUNERNA I VÄSTRA GÖTALAND

Innehåll

1. Inledning **3**

2. Parter **3**

3. Avtalstid **3**

4. Syfte **4**

5. Målgrupp **4**

6. Gemensamt ansvar **4**

7. Parternas ansvar **5**

7.1 VGR:s läkaransvar 5

Läkarens patientansvar 5

7.2 Kommunens ansvar 6

8. Uppföljning **6**

1. Inledning

Denna överenskommelse är ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet (Avtalet) mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i Västra Götaland (Kommunerna). Uppföljning, avvikelser och tvistehantering ska hanteras i enlighet med vad som är reglerat i Avtalet.

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 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som reglerar samverkansformerna och omfattningen mellan VGR och Kommun.

I överenskommelsen regleras VGR:s läkaransvar för patienter med kommunal primärvård. Formerna för hur hälso- och sjukvården ska samordnas lokalt regleras mellan Parterna i gemensam närområdesplan.

2. Parter

Avtalsparter i denna överenskommelse är VGR och var och en av Kommunerna, vilka fortsättningsvis i överenskommelsen även benämns Parterna.

3. Avtalstid

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 (18) 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 (18) månaders uppsägningstid.

Vid uppsägning av överenskommelsen upphör den att gälla när den aktuella perioden om fyra år löper ut alternativt när förlängningstiden om 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 Avtalet eller övriga överenskommelser.

En uppsägning av Avtalet omfattar även denna överenskommelse då den är ett underavtal till Avtalet.

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för överenskommelsen kan initiativ till en översyn tas av länsgemensamt, politiskt forum.

4. Syfte

Syftet med överenskommelsen är att reglera omfattningen av och formerna för VGR:s läkaransvar i kommunal primärvård.

5. Målgrupp

VGR ansvarar för läkare till de patienter som ingår i Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service som avses i 8 kap. 4 § första stycket, 8 kap 11 § eller 26 kap 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2025:400), 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 dag-verksamhet 8 kap. 1 § SoL, samt daglig verksamhet enligt LSS.
- I Västra Götaland har Kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) sedan regionbildningen 1999, 14 kap. 1 § HSL.

Överenskommelsen ska tillämpas av alla medarbetare i hälso- och sjukvård och omsorg, inom VGR och Kommunerna, som arbetar med målgruppen.

6. Gemensamt ansvar

Samarbete mellan professioner, verksamheter och huvudmän är en förutsättning för att kunna bedriva en patientsäker, proaktiv och personcentrerad vård.

Huvudmännen samverkar genom att:

- årligen upprätta gemensam närområdesplan med syftet att tydliggöra omfattning och former kring ansvarsfördelning för gemensamma åtaganden samt för samverkan på lokal nivå
- varje patient ska ha en utsedd fast läkarkontakt
- utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp patientens individuella plan, enligt HSL
- säkerställa informationsöverföring mellan berörda verksamheter, och använda avsett IT-system för kommunikation och informationsöverföring
- Parterna 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 VGR:s läkaransvar

VGR tillhandahåller fast läkarkontakt. Utifrån patientens behov utformas hälso- och sjukvården i samverkan mellan primärvård och specialiserad vård.

Läkare ska finnas tillgänglig 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 i primärvård samordnar patientens medicinska vård, läkemedelsbehandling och dialog mellan vårdnivåer, samt vid behov vara delaktig vid vårdövergångar
- utföra medicinsk bedömning, dokumentation, utredning, behandling och uppföljning, planerat och oplanerat, hela dygnet
- upprätta långsiktig, medicinsk plan
- ha läkemedelsansvar, genomföra läkemedelsgenomgång och upprätta läkemedelsberättelse

- genomföra samtal vid allvarlig sjukdom, liksom brytpunktssamtal 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
- dokumentera överlåtelse om att utföra klinisk undersökning vid förväntat dödsfall, fastställa dödsfall, samt upprätta dödsbevis och dödsorsaksintyg.

7.2 Kommunens ansvar

Sjuksköterska ska finnas tillgänglig dygnet runt, veckans alla dagar. Arbetsterapeut och fysioterapeut ingår i Kommunens ansvar.

I hälso- och sjukvårdsansvar för legitimerad personal ingår bland annat att:

- bedöma, utreda, åtgärda och följa upp och dokumentera hälso- och sjukvård utifrån arbetsterapi-, fysioterapi- samt omvårdnadsprocessen
- kontakta fast läkarkontakt vid förändringar i patientens hälsotillstånd
- utföra ordinationer, samt utvärdera och återrapportera resultat
- kontakta berörda mottagningar vid beslut om och avslut av kommunal primärvård
- följa den långsiktiga medicinska planen upprättad av läkare
- tillgodose behov av palliativ hälso- och sjukvård
- sjuksköterska kan, efter dokumenterad överlåtelse från ansvarig läkare, utföra klinisk undersökning vid förväntat dödsfall.

8. Uppföljning

Parterna har både ett gemensamt och ett eget ansvar att årligen följa upp efterlevnaden av överenskommelsen. Det gemensamma ansvaret utgår från länsgemensamt, politiskt forum.

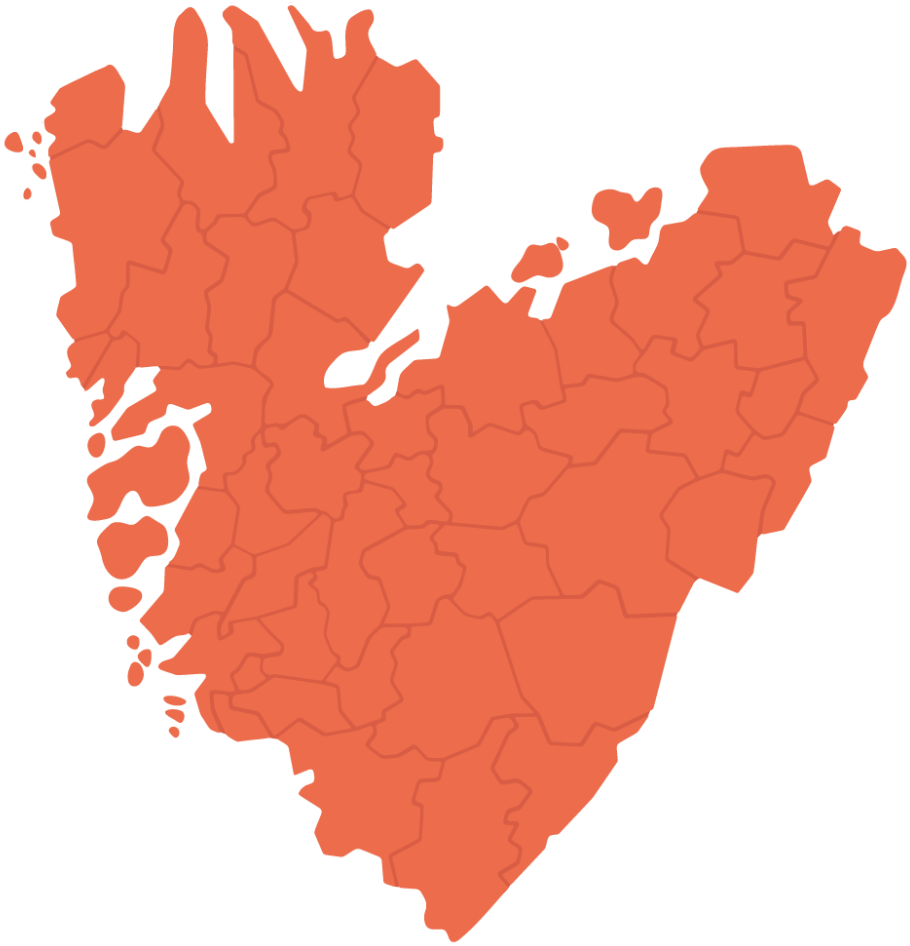
Uppföljning ska ske i samverkan, både lokalt, delregionalt och på länsnivå. Uppföljningen ska identifiera och belysa brister i följsamheten till avtalet och överenskommelsen. Uppföljning av följsamhet sker på både individ- och systemnivå.

Uppföljning av gemensam närområdesplan för hälso- och sjukvård och angränsande socialtjänst ska göras regelbundet av Parterna, minst en gång per år.

Avtal & överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Överenskommelse

Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Upprättad mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
Underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet

LÄNSGEMENSAM SAMVERKAN MELLAN VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
OCH KOMMUNERNA I VÄSTRA GÖTALAND

Innehåll

1. Inledning **3**

2. Parter **3**

3. Avtalstid **3**

4. Syfte **4**

5. Målgrupp **4**

6. Gemensamt ansvar **5**

7. Parternas ansvar **5**

7.1 VGR:s ansvar 5

7.2 Kommunens ansvar 6

8. Utbildning **7**

9. Uppföljning **7**

1. Inledning

Denna överenskommelse är ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet (Avtalet) mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i Västra Götaland (Kommunerna). Uppföljning, avvikelser och tvistehantering ska hanteras i enlighet med vad som är reglerat i Avtalet.

Överenskommelsen reglerar ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård enligt 5 §, 8 – 8a §§ tandvårdslagen (1985:125), TvL.

I överenskommelsen används begreppet person, vilket i denna överenskommelse innefattar patient, brukare och den enskilde.

2. Parter

Avtalsparter i denna överenskommelse är VGR och var och en av Kommunerna, vilka fortsättningsvis i överenskommelsen även benämns Parterna.

3. Avtalstid

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 (18) 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 (18) månaders uppsägningstid.

Vid uppsägning av överenskommelsen upphör den att gälla när den aktuella perioden om fyra år löper ut alternativt när förlängningstiden om 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 Avtalet eller övriga överenskommelser.

En uppsägning av Avtalet omfattar även denna överenskommelse då den är ett underavtal till Avtalet.

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för överenskommelsen kan initiativ till en översyn tas av länsgemensamt, politiskt forum.

4. Syfte

Syftet med överenskommelsen är att upprätta och bibehålla en god munhälsa hos målgruppen, samt att skapa bästa möjliga förutsättningar för personen 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 erbjudas munhälsobedömning.

Målsättningen är att de som har behov av N-tandvård även ska ha N-tandvårdsintyg.

5. Målgrupp

Målgruppen är personer i alla åldrar med särskilda behov av tandvårdsinsatser, och med behov av särskilt stöd enligt TvL. 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.

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

Överenskommelsen ska tillämpas av alla medarbetare i hälso- och sjukvård och omsorg, inom VGR och Kommunerna, som arbetar med målgruppen.

6. Gemensamt ansvar

Parterna har ett gemensamt ansvar för att implementera och säkerställa att innehållet i överenskommelsen är känt i samtliga berörda verksamheter. Parterna ska även i övrigt samverka beträffande målgruppen.

7. Parternas ansvar

7.1 VGR:s ansvar

VGR har enligt tandvårdslagen ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för personer 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 utbildning, digitalt eller fysiskt, och 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 personer med intyg om N-tandvård, deras anhöriga och närstående, patientföreningar, vårdpersonal med flera
- tillhandahålla ett IT-stöd för Kommunerna, för all administration som krävs gällande intyg om N-tandvård och munhälsobedömningar
- uppgifter från Intygsbeställningen förs över till tandvårdsleverantörens IT-system

Tandvårdsleverantören ansvarar för att:

- tillhandahålla årliga munhälsobedömningar till personer med intyg om N-tandvård som tackat ja till munhälsobedömning

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

7.2 Kommunens ansvar

Kommunen tillhandahåller den personal, så kallade intygsutfärdare, som ska identifiera personer med insatser från Kommunens socialtjänst och/eller kommunal primärvård som är berättigade till nödvändig tandvård och munhälsobedömning.

Kommunernas intygsutfärdare ansvarar för att utfärda N-tandvårdsintyg och erbjuda munhälsobedömning.

Intyg om nödvändig tandvård – Kommunen 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 i utbildningar som VGR tillhandahåller
- registrera och upprätthålla uppgifter om N-tandvårdsintyg och munhälsobedömning i det IT-stöd som tillhandahålls av VGR

Munhälsobedömning – Kommunen ansvarar för att:

- uppgift om personens vårdgivare av tandvård (folktandvård eller privat) finns dokumenterad och tillgänglig för berörd personal
- erbjuda en årlig munhälsobedömning till avsedd målgrupp, även till dem som tackat nej tidigare
- berörd personal deltar vid munhälsobedömningen
- personen 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 i allmän munhälsovård till berörd personal i kommunen. 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 personal deltar i de utbildningar i allmän munhälsovård som VGR genom tandvårdsleverantör erbjuder.

9. Uppföljning

Parterna har både ett gemensamt och ett eget ansvar att årligen följa upp efterlevnaden av överenskommelsen. Det gemensamma ansvaret utgår från länsgemensamt, politiskt forum.

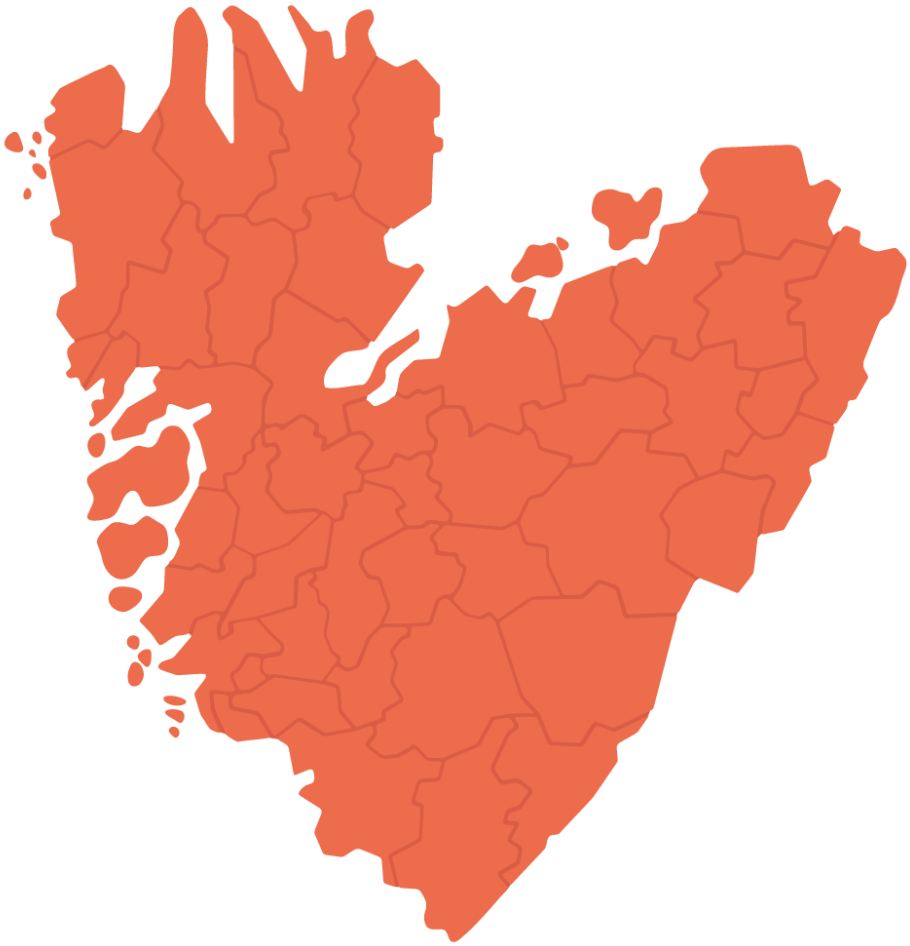
Uppföljning ska ske i samverkan, både lokalt, delregionalt och på länsnivå. Uppföljningen ska identifiera och belysa brister i följsamheten till avtalet och överenskommelsen. Uppföljning av följsamhet sker på både individ- och systemnivå.

Kommunen ansvarar för att registrera uppgifter till VGR utifrån indikatorer för tandvård enligt nationella riktlinjer. VGR ansvarar för att regelbundet, minst en gång per år, sammanställa statistik om munhälsa till Sveriges kommuner och regioner (SKR).

Avtal & överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Överenskommelse

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

Upprättad mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
Underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet

LÄNSGEMENSAM SAMVERKAN MELLAN VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
OCH KOMMUNERNA I VÄSTRA GÖTALAND

Innehåll

1. Inledning 3

2. Parter 3

3. Avtalstid 3

4. Syfte 4

5. Målgrupp 4

6. Villkor för Kommunens betalningsansvar 4

7. Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvar 5

8. Uppföljning 6

1. Inledning

Denna överenskommelse är ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet (Avtalet) mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i Västra Götaland (Kommunerna). Uppföljning, avvikelser och tvistehantering ska hanteras i enlighet med vad som är reglerat i Avtalet.

Överenskommelsen reglerar hur betalningsansvar 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 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Formerna för samverkansprocessen vid in- och utskrivning beskrivs i länsgemensamt styrdokument.

2. Parter

Avtalsparter i denna överenskommelse är VGR och var och en av Kommunerna, vilka fortsättningsvis i överenskommelsen även benämns Parterna.

3. Avtalstid

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 (18) 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 (18) månaders uppsägningstid.

Vid uppsägning av överenskommelsen upphör den att gälla när den aktuella perioden om fyra år löper ut alternativt när förlängningstiden om 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 Avtalet eller övriga överenskommelser.

En uppsägning av Avtalet omfattar även denna överenskommelse då den är ett underavtal till Avtalet.

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för överenskommelsen kan initiativ till en översyn tas av länsgemensamt, politiskt forum.

4. Syfte

Överenskommelsen reglerar Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning.

5. Målgrupp

Målgruppen är patienter i alla åldrar som vårdas inom den slutna vården efter det att behandlande läkare har bedömt att patienten är utskrivningsklar, och där samordnade insatser från både VGR och Kommunen kan komma att behövas efter utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Överenskommelsen ska tillämpas av alla medarbetare i hälso- och sjukvård och omsorg, inom VGR och Kommunerna, som arbetar med målgruppen.

6. Villkor för Kommunens betalningsansvar

Kommunens betalningsansvar inträder som huvudregel när det genomsnittliga antalet dagar i sluten vård, efter att patienten är utskrivningsklar, överskrider 3,0 kalenderdagar per Kommun under en kalendermånad. Villkoren enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och länsgemensamt styrdokument för in- och utskrivningsprocessen ska vara uppfyllda.

Dessa villkor är:

- sluten vård ska ha skickat inskrivningsmeddelande (2 kap. 1–3 §§)
- sluten vård ska ha meddelat att patienten är utskrivningsklar (3 kap. 1 §)

- sluten vård ska, senast samma dag som utskrivning sker, överföra information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård (3 kap. 2 §)
- När en enhet i den regionfinansierade öppna vården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande i fråga om en patient, ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. (2 kap. 5 §)
- patienten ska ha erbjudits en samordnad individuell plan (SIP) vid behov av insatser från både VGR och Kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst (4 kap. 1–3 §§)
- vid behov av SIP ska den fasta vårdkontakten i regionfinansierad öppen vård skicka kallelse senast tre dagar efter att en underrättelse har lämnats om att patienten är utskrivningsklar (4 kap. 3 §)
- för patient som behöver insatser i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska planeringen genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan 7a § lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård respektive 12 a § lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, lag (2019:979)
- planering och insatser från den regionfinansierade öppna vården är tillgängliga för en patientsäker vård i hemmet (5 kap. 5 § 2017:612)
- användning av avsett IT-stöd.

7. Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvar

Villkor för Kommunens betalningsansvar ska vara uppfyllda innan betalningsansvar träder in.

- Kommunens betalningsansvar inträder om Kommunen har ett genomsnitt över 3,0 kalenderdagar under en kalendermånad.
- Kommunen betalar retroaktivt för mellanskillnaden mellan genomsnittligt antal kalenderdagar och 3,0 (mellanskillnaden * antal utskrivna patienter som omfattas av denna överenskommelse * fastställt belopp).
- Genomsnittet summeras efter varje månad.
- För patienter, inskrivna inom sluten vård 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 per patient. Dessa patienter ska inte räknas med i månadens genomsnitt.

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

8. Uppföljning

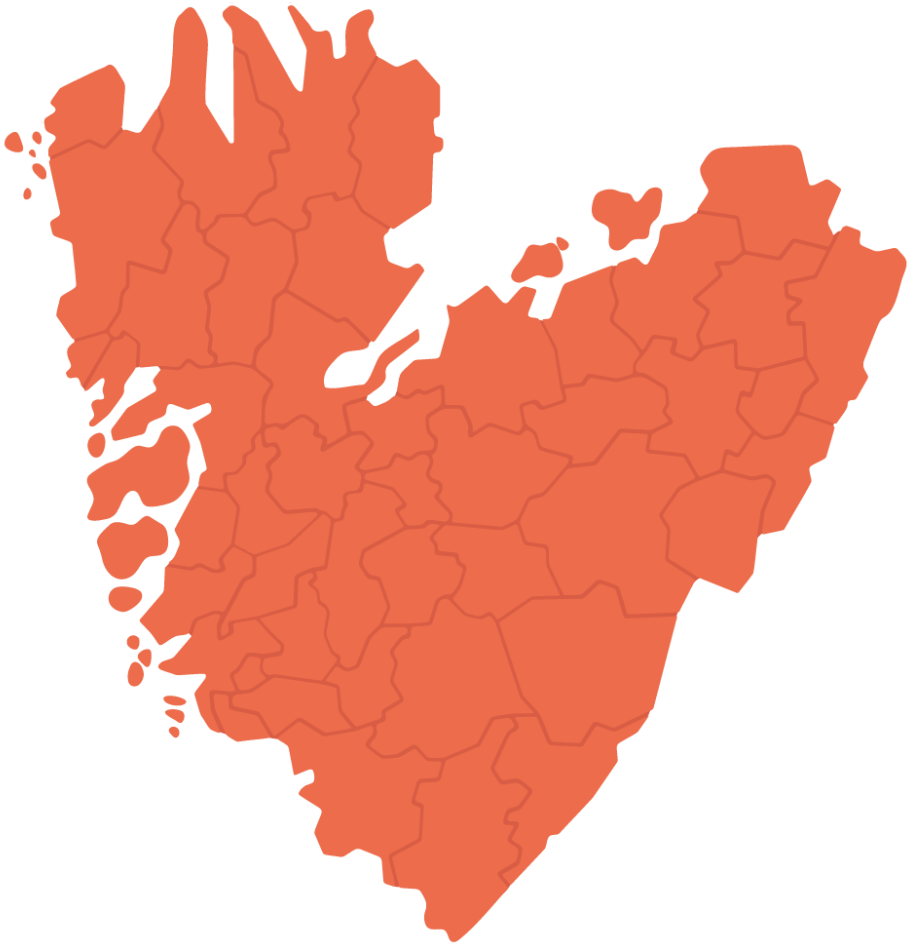
Parterna har både ett gemensamt och ett eget ansvar att årligen följa upp efterlevnaden av överenskommelsen. Det gemensamma ansvaret utgår från länsgemensamt, politiskt forum.

Uppföljning ska ske i samverkan, både lokalt, delregionalt och på länsnivå. Uppföljningen ska identifiera och belysa brister i följsamheten till avtalet och överenskommelsen. Uppföljning av följsamhet sker på både individ- och systemnivå.

Avtal & överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Överenskommelse

Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet

Upprättad mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
Underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet

LÄNSGEMENSAM SAMVERKAN MELLAN VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
OCH KOMMUNERNA I VÄSTRA GÖTALAND

Innehåll

1. Inledning **3**

2. Parter **3**

3. Avtalstid **3**

4. Syfte **4**

5. Målgrupp **4**

6. Gemensamt ansvar **5**

7. Personer med psykisk funktionsnedsättning **5**

7.1 VGR:s ansvar 5

7.2 Kommunens ansvar 6

8. Personer med skadligt bruk och/eller beroende samt samsjuklighet **6**

8.1 VGR:s ansvar 7

8.2 Kommunens ansvar 7

9. Barn och unga med placering utanför det egna hemmet **7**

9.1 VGR:s ansvar 8

9.2 Kommunens ansvar 8

9.3 Gemensam planering 9

9.4 Kostnadsansvar 9

9.5 Uppföljning av placering 10

10. Personer med psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård **10**

10.1 VGR:s ansvar 11

10.2 Kommunens ansvar 12

11. Uppföljning **12**

1. Inledning

Denna överenskommelse är ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet (Avtalet) mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i Västra Götaland (Kommunerna). Uppföljning, avvikelser och tvistehantering ska hanteras i enlighet med vad som är reglerat i Avtalet.

Överenskommelsen reglerar samarbete kring personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med skadligt bruk och/eller beroende samt samsjuklighet. Överenskommelsen reglerar samarbetet kring barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Samverkan i överenskommelsen regleras i 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, samt 8 kap. 2 § socialtjänstlagen (2025:400), 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.

I överenskommelsen används begreppet person, vilket i denna överenskommelse innefattar patient, brukare och den enskilde.

För barn och unga till och med 20 år, som behöver samordnade insatser och tvärprofessionell kompetens, ska även länsgemensamt styrdokument beaktas.

2. Parter

Avtalsparter i denna överenskommelse är VGR och var och en av Kommunerna, vilka fortsättningsvis i överenskommelsen även benämns Parterna.

3. Avtalstid

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 (18) 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 (18) månaders uppsägningstid.

Vid uppsägning av överenskommelsen upphör den att gälla när den aktuella perioden om fyra år löper ut alternativt när förlängningstiden om 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 Avtalet eller övriga överenskommelser.

En uppsägning av Avtalet omfattar även denna överenskommelse då den är ett underavtal till Avtalet.

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för överenskommelsen kan initiativ till en översyn tas av länsgemensamt, politiskt forum.

4. Syfte

Syftet med överenskommelsen är att ge personer inom målgrupperna möjlighet till behandling, återhämtning och delaktighet i samhällslivet. Vård, stöd och insatser ska bidra till att personen behåller och/eller förbättrar sin hälsa samt sina funktioner inom livsområden som boende, sysselsättning och mellanmänskliga relationer.

5. Målgrupp

Överenskommelsen omfattar nedanstående målgrupper, oavsett ålder:

- personer med psykisk funktionsnedsättning
- personer med skadligt bruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spelberoende
- barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller är placerade i ett skyddat boende
- personer inom psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård

Överenskommelsen ska tillämpas av alla medarbetare i hälso- och sjukvård och omsorg, inom VGR och Kommunerna, som arbetar med målgruppen.

6. Gemensamt ansvar

Parterna har ett gemensamt ansvar att samarbeta kring målgrupperna. Samarbetet ska ligga till grund för att öka den enskilda personens möjlighet att ta ansvar för sitt eget liv. Parternas hälso- och sjukvårdsansvar utgår från Avtalet.

Brister uppstår ofta i övergångar när inget tydligt huvudansvar är fastställt, vilket gör det extra viktigt att Parterna gemensamt klargör ansvar och roller. Samverkan ska ske om ansvarsfördelning avseende återfallsprevention, boende och stöd i vardagen.

Gemensamt ansvar för målgrupperna är att:

- arbeta hälsofrämjande och förebyggande
- identifiera somatisk ohälsa och ohälsa i munnen
- underlätta och stödja återhämtning och rehabilitering
- göra personen, närstående och socialt nätverk delaktiga i vård, stöd och behandling
- minimera risken att personens rättighet att få vård och stöd av respektive huvudman uteblir på grund av oenighet
- erbjuda stöd till anhöriga och närstående
- särskilt uppmärksamma barnets rätt till information, stöd och delaktighet i sin egen vård, och när barnet är närstående

7. Personer med psykisk funktionsnedsättning

Personer med psykisk funktionsnedsättning kan ha svårighet att utföra eller delta i aktiviteter inom viktiga livsområden.

7.1 VGR:s ansvar

VGR:s ansvar är att:

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

7.2 Kommunens ansvar

Kommunens ansvar är att:

- 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 personen behöver
- utreda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS, samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt LVU och LVM
- erbjuda stöd till boende och sysselsättning
- ge stöd till barn som har förälder eller annan närstående med riskbruk, skadligt bruk och beroende.

8. Personer med skadligt bruk och/eller beroende samt samsjuklighet

Skadligt bruk och beroende påverkar personen eller dennes omgivning negativt, och går ut över hens sociala liv, såsom hem, familj, arbete och skola, men leder också till ökad risk för fysisk skada.

Samsjuklighet är vanligt vid psykisk sjukdom och skadligt bruk. Det innebär större risk för allvarliga skador, sjukdomar och förtida död, samt fördröjer och försvårar många gånger behandling och återhämtning.

VGR:s och Kommunens verksamheter har ansvar för att tidigt identifiera samsjuklighet och att uppmärksamma denna problematik hos målgruppen. Ungdomar ska uppmärksammas särskilt. 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 hälso- och sjukvård. Parterna har ett gemensamt ansvar att initiera samverkan om säker tillnyktring.

8.1 VGR:s ansvar

VGR:s ansvar är att:

- ansvara för hälso- och sjukvård för personer som vistas i HVB, eller hem för viss annan heldygnsvård
- ansvara för avgiftning
- bistå med intyg/bedömning av individens funktion, behov och förutsättningar
- fullfölja anmälningsskyldighet enligt gällande lagar
- ge tvärprofessionella behandlingsinsatser.

8.2 Kommunens ansvar

Kommunens ansvar är att:

- inventera behov, informera om samhällets insatser, erbjuda insatser, samt anvisa vägar att söka den vård och det stöd som personen behöver
- utreda, fatta beslut och verkställa insatser enligt SoL och LSS, samt utreda, ansöka om och verkställa vård enligt LVU och LVM
- bedriva uppsökande arbete och informera om kommunens verksamheter
- erbjuda stöd till boende och sysselsättning
- arbeta med återfallsprevention
- ge motiverande och familjeorienterade insatser.

9. Barn och unga med placering utanför det egna hemmet

Varje Part ansvarar för bedömning, utredning, insatser och uppföljning utifrån sitt uppdrag. Båda Parterna ska sträva efter att minska behovet av placeringar genom att tillhandahålla individanpassade vård- och stödinsatser.

Vid behov av placering av barn och unga utanför hemmet krävs ett strukturerat samarbete mellan VGR och Kommun, med samordnade och långsiktiga insatser, i syfte att möjliggöra en trygg och säker återgång till samhället för barnet eller ungdomen.

Vid placering ska berörda Parter ha bedömt att tillgängliga resurser i närmiljön är uttömda och att personens behov inte kan tillgodoses på annat sätt än genom placering utanför hemmet. Resurser inom Västra Götaland ska övervägas i första hand, för att säkerställa att personen får adekvata insatser och för att främja kontinuitet.

HVB, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård
HVB är en verksamhet som bedriver behandling, omvårdnad och stöd till barn, ungdomar, vuxna eller familjer med 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. Placering utanför hemmet kan ske i familjehem, HVB eller Statens institutionsstyrelses (SIS) institutioner.

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

- ansökan från personen, inom ramen för SoL eller LSS
- bedömning av socialnämnden utifrån SoL eller LSS
- bedömning av socialnämnden utifrån LVU eller LVM.

Insatserna ska präglas av ett helhetsperspektiv och av att flera insatser kan göras samtidigt. Behovet kan omfatta ett brett spektrum av vård och stödinsatser, inom både det sociala och det medicinska området.

9.1 VGR:s ansvar

VGR:s ansvar är:

- hälso- och sjukvård för personer som vistas i familjehem eller hem för viss annan heldygnsvård
- personer, som placeras i boenden utanför Västra Götaland och som har behov av fortsatt hälso- och sjukvård, ska inte avslutas hos aktuell verksamhet inom regional hälso- och sjukvård utan att remittering och övertag skett till psykiatri inom den specialiserade vården där personen placeras. Personen ska i dessa fall erbjudas fortsatt behandling i VGR när denne återkommer till hemkommunen.

9.2 Kommunens ansvar

Kommunens ansvar är:

- samordning för placering utanför hemmet i sin helhet

- att vid placering ta särskild hänsyn till barnets hälsa och skolgång, som är de enskilt viktigaste faktorerna.

9.3 Gemensam planering

Inför placering av person utanför hemmet, där båda Parter i denna överenskommelse är delaktiga, ska en samordnad individuell plan (SIP) så tidigt som möjligt erbjudas och upprättas, där ansvarsfördelning tydliggörs.

Vid placering utanför hemmet ska särskilt beskrivas:

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

Vid akut placering utanför hemmet har Parterna ett gemensamt ansvar att skyndsamt genomföra planering och komma överens om en tillfällig ansvarsfördelning. Personens behov av insatser ska alltid säkerställas.

9.4 Kostnadsansvar

Kostnadsansvaret följer respektive Parts ansvarsområde, oavsett om insatserna utförs av Parten själv eller om avtal med annan utförare 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 sjukvård ska tillgodoses
- fördelning av kostnader i kronor eller procent
- tidsperiod

Vid akut placering utanför hemmet ska kostnadsfördelning vara klarlagd senast 30 dagar efter påbörjad placering. Kostnaden för akut placering kvarstår hos placerande Part tills att ansvars- och kostnadsfördelning fastställts.

Chefer i respektive verksamhet/organisation ska i samverkan fördela kostnaderna. Om samsyn inte nås ska en tillfällig kostnadsfördelning göras i väntan på en slutlig överenskommelse. Justering kan ske i efterhand.

När personen är i behov av både Kommunens socialtjänst och VGR:s hälso- och sjukvård ska Parterna komma överens om, och dela på, kostnaden. Om inget annat är överenskommet ska kostnadsdelning ske utifrån schablon. Det innebär att VGR betalar en tredjedel och Kommunen två tredjedelar av placeringskostnaden (33% VGR, 67% Kommun). Schablonen ska användas restriktivt och enbart i de fall då kostnadsfördelningen är oklar, och inte på annat sätt har kunnat definieras.

9.5 Uppföljning av placering

Uppföljning av personens placering ska ske gemensamt och regelbundet av Parternas berörda verksamheter.

När personens behov förändras ska Parterna göra nya bedömningar om, och hur, kostnadsfördelningen ska justeras.

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

10. 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, överlämnas till rättspsykiatrisk vård enligt Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

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 personen ska följa utanför sjukhuset. En samordnad vårdplan som beskriver olika parters insatser ska justeras av VGR och Kommun.

Om personen har behov av hälso- och sjukvård 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 parters åtgärder respektive insatser. Planen ska göras i samverkan mellan sluten vård, den fasta vårdkontakten i specialiserad psykiatrisk öppenvård, Kommunens socialtjänst och i förekommande fall regional och kommunal primärvård. En förutsättning är att personen bedöms vara utskrivningsklar av ansvarig läkare, samt att förvaltningsrätt fattat beslut om ÖPT respektive ÖRV, vilka inte är valfria för personen. Det ska även vara klarlagt att den regionfinansierade öppna vården är tillgänglig för personen.

10.1 VGR:s ansvar

VGR:s ansvar är att:

- utföra specialiserad psykiatrisk hälso- och sjukvård, oavsett vårdform, inklusive permission, ÖPT eller ÖRV
- upprätta samordnad vårdplan vid utskrivning från sluten vård, samt vid behov med socialtjänst, regional fast vårdkontakt och andra berörda
- 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, fastställda av förvaltningsrätt
- följa upp åtgärder vid permission, ÖPT eller ÖRV, med socialtjänst och andra berörda
- vidta åtgärder för återintagning i sluten vård, om det inte längre finns förutsättningar för ÖPT eller ÖRV
- erbjuda SIP vid utskrivning från ÖPT eller ÖRV till frivillig vård, om det finns behov finns av insatser från båda Parter.

10.2 Kommunens ansvar

Kommunens ansvar är att:

- verka för att målgruppen i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap
- utreda och fatta beslut om, samt verkställa och följa upp insatser enligt relevant lagstiftning, SOL och LSS vid permissioner, samt LPT eller ÖRV
- medverka i upprättande av samordnad vårdplan inför utskrivning från slutenvård, eller vid behov
- bidra med information om socialtjänstens planering och beslut, vid upprättande av vårdplan i slutenvård och öppenvård med innehåll enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (HSLF-FS 2022:62).

11. Uppföljning

Parterna har både ett gemensamt och ett eget ansvar att årligen följa upp efterlevnaden av överenskommelsen. Det gemensamma ansvaret utgår från länsgemensamt, politiskt forum.

Uppföljning ska ske i samverkan, både lokalt, delregionalt och på länsnivå. Uppföljningen ska identifiera och belysa brister i följsamheten till Avtalet och överenskommelsen. Uppföljning av följsamhet sker på både individ- och systemnivå.