



Beslutsinstans: Socialnämnd

Datum och tid: Tisdag 9 december 2025 Kl. 08:30- ca 09:30

Plats: Furåsen konferens

1	Upprop		
2	Val av justerare		
3	Fastställande av dagordning		
4	Uppföljning av internkontrollplan 2025	2024/207	2 - 12
5	Internkontrollplan 2026	2025/238	13 - 20
6	Antagande av nytt hälso- och sjukvårdsavtal och lagreglerade överenskommelser 2027-2030	2025/81	21 - 98
7	Svar på enkät avseende patientsäkerhet	2025/239	99 - 110

Helen Greus
Socialnämndens ordförande

Sofia Henriksson
Nämndsekreterare



Omsorgskontoret
Socialchef
Gunnar Wigstrand

Tjänsteskrivelse
2025-12-02
2024/207

Socialnämnd

Uppföljning av internkontroll 2025

Beslutsförslag

Att Socialnämnden godkänner redovisningen av internkontrollen för 2025.

Sammanfattning av ärendet

Internkontrollen för verksamhetsåret 2025 har genomförts i enlighet med den fastställda internkontrollplanen. Granskningen omfattade samtliga planerade kontrollmoment och har utförts enligt gällande riktlinjer.

Ärendebeskrivning

Internkontrollen för verksamhetsåret 2025 har genomförts i enlighet med den fastställda internkontrollplanen. Granskningen har omfattat samtliga planerade kontrollmoment och utförts enligt gällande riktlinjer. Resultaten visar att rutiner och processer i huvudsak fungerar väl, även om vissa mindre förbättringsområden har identifierats och kommer att hanteras inom ordinarie verksamhetsutveckling.

Sändlista:

Kommunstyrelsen
Gunnar Wigstrand

Gunnar Wigstrand
Socialchef



Internkontrollplan 2025

Socialnämnden

Gunnar Wigstrand
2024-11-15
Dnr: SN 2024/207

Beslutad i socialnämnden 2024-11-25



Innehållsförteckning

Inledning	2
Sambandet mellan styrning och intern kontroll	2
Risikanalys	2
Områden	4



Inledning

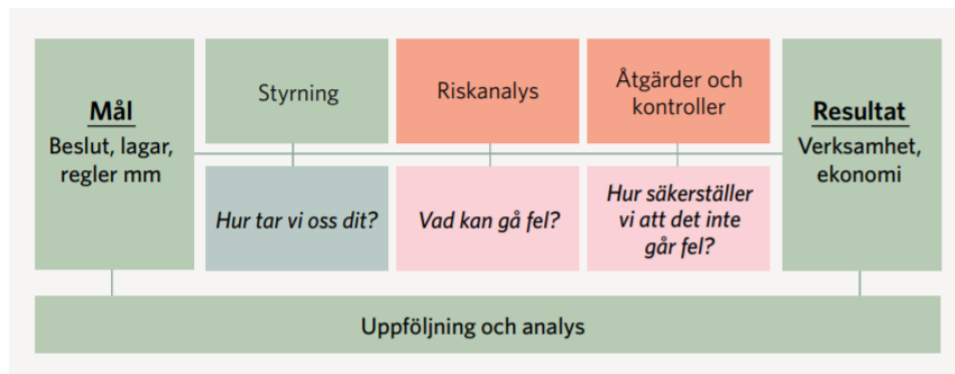
Intern kontroll handlar om att säkerställa att kommunens verksamhet bedrivs i enlighet med övergripande mål, fastställda planer, reglementen och andra styrdokument, med bibehållet förtroende.

Arbetet berör alla – förtroendevalda som medarbetare.

Nämnderna har det yttersta ansvaret för den interna kontrollen inom respektive verksamhetsområde. Enligt kommunallagen ska nämnderna inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Nämnden ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Detsamma gäller även när skötseln av en kommunal angelägenhet med stöd av 10 kap 1 § Kommunallagen (2017:725, KL) lämnats över till någon annan.

Sambandet mellan styrning och intern kontroll

I Sveriges och Kommuner och Regioners (SKR) skrift ”Intern kontroll” (2018) beskrivs sambandet mellan styrning och kontroll på följande sätt:



Riskanalys

En risk är en möjlig händelse eller omständighet som kan göra det svårare att uppnå verksamhetens mål eller utföra verksamhetens uppdrag leda till förlust eller skada för verksamheten, ekonomiska värden eller förtroende.

Risker kan vara förhållanden, företeelser, händelser, agerande eller brist på agerande.

Riskanalysen sker i två steg. Först identifieras riskerna och sedan bedöms sannolikheten för de konsekvenser som uppstår om risken inträffar. Konsekvenserna av att en risk inträffar kan vara verksamhetsmässiga, ekonomiska, juridiska, förtroendemässiga, miljömässiga, kulturella etc. och kan till exempel drabba individer, tjänstepersoner, förtroendevalda eller brukare.



Konsekvenserna och sannolikheten värderas enligt nedanstående

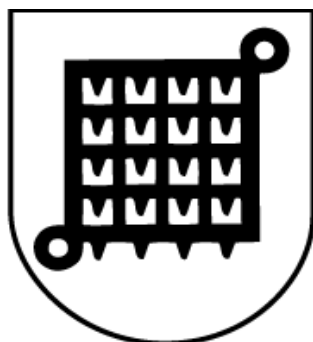
	Konsekvens		Sannolikhet	
4	Allvarlig	Så stor att en händelse helt enkelt inte får inträffa	Sannolik	Det är mycket troligt att en händelse ska inträffa
3	Kännbar	Konsekvensen uppfattas som besvärande	Möjlig	Det finns en möjlig risk att en händelse ska inträffa
2	Lindrig	Konsekvensen uppfattas som liten	Mindre sannolik	Risken är mycket liten för att en händelse ska inträffa
1	Försumbar	Konsekvensen är obetydlig	Osannolik	Risken är i stort sett obefintlig för att en händelse ska inträffa, men kan hända.

När alla risker värderats ges de ett numeriskt värde genom att sannolikhet multipliceras med konsekvens. Resultatet presenteras i en riskanalys, där det sammanlagda värdet är en vägledning för beslut om att hantera respektive värderad risk.



Områden

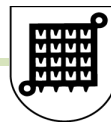
Risk	Kontrollmoment	Beskrivning	Kontroll-ansvarig	Uppföljnings-tidpunkt
Ej verkställda beslut inom tre månader från att beslutet har fattats till att beslutet verkställs.	Tid från beslut om insats till verkställande av beslutet.	Uppföljning av ej verkställda beslut.	Enhetschef Sektorchef	Var tredje månad.
Synpunkter och klagomål på sektor omsorgs verksamheter. Synpunkter/ Klagomålshantering.	Kontrollera att upprättad rutin för synpunkts och klagomålshantering efterföljs samt antal ärenden under året.	Uppföljning av inkomna och besvarade synpunkter och klagomål.	Nämnds-sekreterare Enhetschef Sektorchef	2 gånger per år.
Bristande kunskap och information bland medarbetarna om Lex Sarah	Årlig genomgång av regelverk med personal.	Kontroll av APT protokoll	Enhetschef Sektorchef	1 gång per år.
Felutbetalning av ekonomiskt bistånd	Kontrollera att upprättade rutiner efterföljs	Genomgång av efterföljelse av upprättade rutiner	Ekonom	2 gånger per år



Uppföljning av internkontrollplan

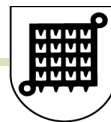
Socialnämnden

2025



Innehållsförteckning

Sammanfattning kontrollmoment	3
Utfall och åtgärdsplan	4
<i>Budgetföljsamhet</i>	<i>4</i>
<i>Felaktiga utbetalningar av ekonomiskt bistånd</i>	<i>4</i>
<i>Synpunkter och klagomål på sektor omsorgs verksamheter.</i>	<i>5</i>
<i>Ej verkställda beslut inom tre månader från att beslutet har fattats till att beslutet verkställs.....</i>	<i>5</i>
<i>Bristande kunskap och information bland medarbetarna om Lex Sarah.....</i>	<i>5</i>



Sammanfattning kontrollmoment

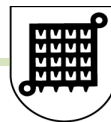
Konsekvens	4	Ej verkställda beslut inom 3 månader (2.4)			Budgetföljsamhet (2.1)
	3				
	2		Bristande kunskap om Lex Sarah (2.5)	Felaktiga utbetalningar och klagomål på sektorns verksamheter (2.2/2.3)	
	1				
		1	2	3	4

Sannolikhet

Sammantaget bedöms utebliven budgetföljsamhet stå för såväl högsta risken som största konsekvenserna för sektorn. I övriga kontrollmoment finns förvisso inneboende risker, men dessa bedöms sammantaget stå för lägre grad av såväl konsekvens som sannolikhet. I kontrollmomentet av "ej verkställda beslut" framkommer vid tiden för denna rapportens upprättande att detta omhändertagits tillfredsställande under året och inom angiven tid. Konsekvensen bedöms dock hög i det fall detta inte skulle vara möjligt i framtiden.

Fotnot:

Av Socialnämnden antagen internkontrollplan för 2025 (2024-11-25) ingår ej kontrollmomentet "budgetföljsamhet". Givet situationen, som även var känd 2024, har förvaltningen valt att redovisa denna punkt då den bedöms ha mycket stor inverkan.



Utfall och åtgärdsplan

Budgetföljsamhet

Kontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
Kontroll av budgetföljsamhet Ansvarig Gunnar Wigstrand	Bedömning  Brister	

Flera åtgärder har vidtagits och fler är under uppstart, inte minst mot bakgrund av beslutad MRP för åren 2026-2029. Vad gäller interna kontrollen så följs samtliga verksamheter upp löpande och en ny modell för uppföljning togs fram, och har använts under 2025, detta enskilt bedöms inte kunna råda bot på den situation sektorn befinner sig i men har gett förbättrat informationsflöde och bättre kontroll.

Felaktiga utbetalningar av ekonomiskt bistånd

Kontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
Kontroll av att upprättade rutiner efterlevs. Ansvarig Johan Ferm, Gunnar Wigstrand	Bedömning  Mindre brister	

Sedan före gående kontroll har man avgränsat antal personer som kan besluta om den likvida transaktionen. Man har två behörighetsgrupper, en med "full behörighet", och en med "begränsad", sistnämnda kan besluta om utbetalning men inte skicka en utbetalningsorder. Egenkontroller utförs av IFO med viss regelbundenhet och är i huvudsak kopplad till kvalitet. Säkerhetsmekanismer i form av dubbel attestering och behörighetsseparation finns i viss mån, men är till övervägande del inte säkerställd. Även om risken för manipulation bedöms vara låg så saknas såväl tekniska delar som en konkret rutin/handlingsplan för att förekomma eventuella felaktigheter eller misstag.

Rekommendationer:

Systemdokumentation: Uppdateras löpande i takt med förändringar i personal/tjänsteutförande. Syfte att endast aktuell och behörig personal har möjlighet att besluta om och betala ut pengar.

Dubbel attestering: Två personer måste godkänna alla utbetalningar och kontoändringar.

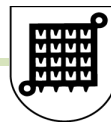
Behörighetsseparation: Ingen kan ensamt hantera ett ärende från ansökan till utbetalning.

Egenkontroller: Fortsatt regelbundenhet - särskilt av högriskärenden. Återkoppling till chef och konkreta planer för handling och utbildning internt.

Verifiering av klientkontrakt: Klient måste bekräfta viktiga ändringar som sker, syfte att förhindra manipulation utanför klientens vetskap.

Utbildning: Löpande utbildning i etik, bedrägeridetektering och rapporteringsrutiner - inkl kommunens antagna ruiner.

Tekniska lösningar: Löpande dokumentera brister i verksamhetssystemet som skulle kunna föranleda en felaktig utbetalning.



Synpunkter och klagomål på sektor omsorgs verksamheter.

Kontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
Synpunkter och klagomåls hantering Ansvarig Jon Granlund, Gunnar Wigstrand	 Bedömning Mindre brister	

Genom uppföljning med enhetschefer framgår att rutiner för klagomål- och synpunktshantering är någorlunda implementerade. Rutinerna kommuniceras vid introduktion av ny personal och finns tillgängliga i verksamhetens digitala kvalitetssystem. De flesta enheter rapporterar att rutinerna är kända och används i det dagliga arbetet.

Sammanställningen av årets inkomna klagomål och synpunkter visar att:

- samtliga enheter har följt processen för registrering, handläggning och återkoppling,
- dokumentationen är överlag korrekt och följer verksamhetens riktlinjer,
- tidsramar för hantering generellt har efterlevts,
- avvikelser och klagomål har utretts på ett strukturerat sätt,
- vidtagna åtgärder har dokumenterats och följts upp i enlighet med rutinerna.

Det finns inga identifierade systematiska brister i hanteringen.

Ej verkställda beslut inom tre månader från att beslutet har fattats till att beslutet verkställs.

Kontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
Verkställighet av beslut inom 3 månader Ansvarig Jon Granlund, Margaretha Gustafsson, Gunnar Wigstrand	 Bedömning Inga brister	

Rutinerna följs och efterlevs.

Under året så har snitt tiden från beslut till verkställighet varit ca 5-10 dagar.

Bristande kunskap och information bland medarbetarna om Lex Sarah

Kontrollmoment	Bedömning	Korrigerande åtgärder
Kunskap gällande Lex Sarah Ansvarig Jon Granlund, Gunnar Wigstrand	 Bedömning Mindre brister	

Granskningen visar att de flesta enheter har genomfört den årliga genomgången av Lex Sarah och dokumenterat detta i APT-protokollen. I protokollen framgår att: Medarbetarna har informerats om rapporteringsvägar och skyldigheter.



Sektor omsorg
Socialchef
Gunnar Wigstrand

Tjänsteskrivelse
2025-12-02
2025/238

Socialnämnd

Tjänsteskrivelse internkontrollplan 2026

Beslutsförslag

Att nämnden antar internkontrollplan för 2026 i enlighet med det framlagda förslaget.

Sammanfattning av ärendet

Internkontrollplanen för 2026 har tagits fram utifrån verksamhetens riskanalys och innehåller de kontrollmoment som bedöms mest angelägna för att säkerställa en ändamålsenlig intern styrning och kontroll. Planen föreslås antas av nämnden.

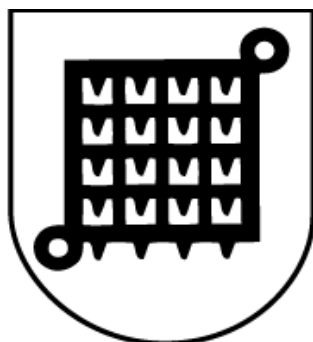
Ärendebeskrivning

Arbetet med internkontrollplanen för 2026 har utgått från identifierade risker inom verksamheten samt behovet av uppföljning av centrala rutiner och processer. Den framtagna planen omfattar relevanta kontrollområden och tydliggör ansvar, metod och tidplan för genomförandet av kontrollerna under året. Planen bedöms ge goda förutsättningar för att stärka internkontrollen och säkerställa att eventuella brister upptäcks och åtgärdas i tid. Nämnden föreslås därför anta internkontrollplanen för 2026.

Sändlista:

Gunnar Wigstrand
Lena Hammar

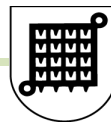
Gunnar Wigstrand
Socialchef



Internkontrollplan

Socialnämnden

2026



Innehållsförteckning

Inledning	3
Sambandet mellan styrning och intern kontroll.....	4
Riskanalys	5
<i>Risker</i>	5
Kontrollpunkter	7



Inledning



Sambandet mellan styrning och intern kontroll

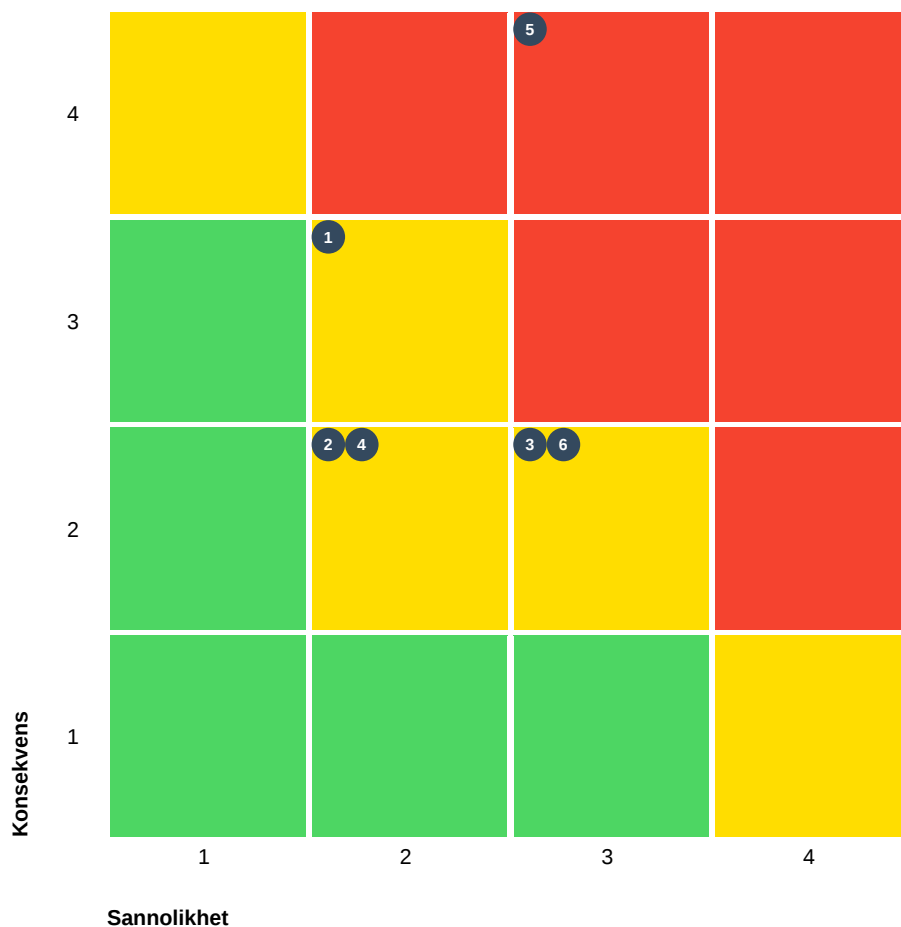
I Sveriges och Kommuner och Regioners (SKR) skrift "Intern kontroll" (2018) beskrivs sambandet mellan styrning och kontroll på följande sätt:





Risikanalys

Risker



1 Kritisk 5 Medium Totalt: 6

Kritisk
Medium
Låg

	Konsekvens	Sannolikhet
4	Allvarlig	Sannolik
3	Kännbar	Möjlig
2	Lindrig	Mindre sannolik
1	Försumbar	Osannolik

Risk	Riskinformation	Riskenivå	Till IK-plan?	Kommentar
1 Inköp utan avtal eller upphandling samt bristande kontroll mot befintliga avtal	Vad kan hända? Avtalsbrott, brott mot LOU, kostnadsdrivande, risk för juridiska processer Kontrollmål Stickprov på 20 fakturor över året. Kontrollera: Finns gällande avtal med vald leverantör?	Medium (6)	Ja	



Risk	Riskinformation	Riskenivå	Till IK-plan?	Kommentar
	Har rätt avtal använts (prislista, artikel, tjänst)? Har inköpet gjorts av behörig beställare? Har rätt kontering och attest genomförts?			
2 Felaktig attestering av fakturor och utbetalningar	Vad kan hända? Felaktiga utbetalningar, ekonomiska oegentligheter m.m. Kontrollmål Attestreglemente och rutiner för attest följs.	Medium (4)	Ja	
3 Synpunkter och klagomål på sektor omsorgs verksamheter.	Vad kan hända? Kontrollera att upprättad rutin för synpunkts och klagomålshantering efterföljs samt antal ärenden under året. Kontrollmål Ta ut stickprov från senaste 12 månaderna. Kontrollera: Är klagomålet registrerat enligt rutin? Är det åtgärdat/besvarat inom beslutad tidsgräns? Finns dokumenterad återkoppling till den som lämnat synpunkten (om möjligt)? Är bedömningen korrekt enligt lex Sarah och ledningssystemet?	Medium (6)	Ja	
4 Bristande kunskap och information bland medarbetarna om Lex Sarah	Vad kan hända? Årlig genomgång av regelverk med personal Kontrollmål Kontroll av APT protokoll	Medium (4)		
5 Budgetföljsamhet 2026	Vad kan hända? Om budgeten inte följs kan det leda till ekonomiska svårigheter för kommunen Kontrollmål Kontrollera budgetföljsamhet	Kritisk (12)	Ja	
6 Felaktiga utbetalningar av ekonomiskt bistånd 2026	Vad kan hända? Felaktiga utbetalningar kan leda till ekonomiska svårigheter och bristande intern kontroll. Kontrollmål Följa upp att rutiner följs och att förebyggande arbete i att motverka risker genomförs.	Medium (6)	Ja	



Kontrollpunkter

Risk	Kontrollmoment	Beskrivning	Kontrollansvarig
1 Inköp utan avtal eller upphandling samt bristande kontroll mot befintliga avtal	Genomgång av	tickprov på 20 fakturor över året. Kontrollera: Finns gällande avtal med vald leverantör? Har rätt avtal använts (prislista, artikel, tjänst)? Har inköpet gjorts av behörig beställare? Har rätt kontering och attest genomförts?	Johan Ferm, Gunnar Wigstrand
2 Synpunkter och klagomål på sektor omsorgs verksamheter.	Synpunkter och klagomåls hantering	Se om rutiner för klagomål och synpunkts hantering efterlevs	Jon Granlund, Gunnar Wigstrand
3 Budgetföljsamhet 2026	Budget följsamhet	Är kostnadsutvecklingen per månad rimlig i förhållande till verksamhetens volymer? Är större kostnadsavvikelser analyserade och dokumenterade? Genomförs och dokumenteras ekonomiska uppföljningsmöten regelbundet? Har nämnden informerats i tid när budgetavvikelsen uppstått? Har cheferna tillgång till och använder relevanta ekonomiska rapporter?	Johan Ferm, Gunnar Wigstrand
4 Felaktiga utbetalningar av ekonomiskt bistånd 2026	Felaktiga utbetalningar av ekonomiskt bistånd	Följ upp att rutiner följs och att förebyggande arbete i att motverka felaktigheter utförs.	



Sektor omsorg
Socialchef
Gunnar Wigstrand

Tjänsteskrivelse
2025-12-02
2025/81

Socialnämnd

Tjänsteskrivelse

Beslutsförslag

Socialnämnden föreslår att Kommunfullmäktige beslutar följande:

1. Kommunfullmäktige beslutar att, för Färgelanda kommuns del, ingå Hälso- och sjukvårdsavtal – avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.
2. Kommunfullmäktige beslutar att, för Färgelanda kommuns del, ingå underavtalet Överenskommelse - Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
3. Kommunfullmäktige beslutar att, för Färgelanda kommuns del, ingå underavtalet Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård
4. Kommunfullmäktige beslutar att, för Färgelanda kommuns del, ingå underavtalet Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende
5. Kommunfullmäktige beslutar att, för Färgelanda kommuns del, ingå underavtalet Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.

Ärendets beredning

Socialnämnden i Färgelanda kommun har varit med som remissinstans vid framtagande av detta dokument.

MAS: nätverket i både Dalsland och Fyrbodalen har aktivt arbetat vid framtagandet av detta dokument

Sammanfattning av ärendet

Godkännande av ett nytt samverkansavtal mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna för perioden 2027–2030. Avtalet syftar till att skapa en nära och personcentrerad vård genom tydliga roller och strukturer för samverkan. Det omfattar primärvård, hemsjukvård, läkemedel, hjälpmedel,

utskrivningsprocesser, kunskapsstyrning, patientsäkerhet och informationsöverföring. Avtalet innehåller även rutiner för uppföljning, hantering av avvikelser och tvistlösning. Målet är att stärka samverkan och förbättra vårdens kvalitet.

Ärendebeskrivning

Godkännande av ett nytt samverkansavtal mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i Västra Götaland för perioden 2027–2030. Avtalet reglerar ansvarsfördelning och samarbete inom hälso- och sjukvård där parterna har gemensamt ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Syftet är att skapa en nära, personcentrerad och sammanhållen vård med tydliga roller och strukturer för samverkan.

Avtalet omfattar bland annat:

- **Primärvård och hemsjukvård** – samordning för kontinuitet och trygghet för patienten.
- **Läkemedel och hjälpmedel** – gemensamma rutiner för ordination, förskrivning och kostnadsansvar.
- **Samverkan vid utskrivning** – processer för övergång mellan vårdnivåer och kommunal omsorg.
- **Kunskapsstyrning och patientsäkerhet** – gemensamma riktlinjer, kompetensutveckling och uppföljning.
- **Informationsöverföring** – säker och effektiv kommunikation mellan parterna.

Avtalet innehåller även rutiner för uppföljning, hantering av avvikelser, oenighet och tvistlösning. Målet är att stärka samverkan, förbättra vårdens kvalitet och skapa en hållbar struktur för framtida behov

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse

Hälso- och sjukvårdsavtal

Överenskommelse - Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård

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

Missivbrev SRO, Slutförslag, Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Protokoll Styrelse VästKom 2025-09-04_v2 docx – signerat

Fyrbodals kommunalförbund missiv avseende KFB Hälso och sjukvårdsavtal ink överenskommelser

Förbundsdirectionens beslut avseende nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser §117

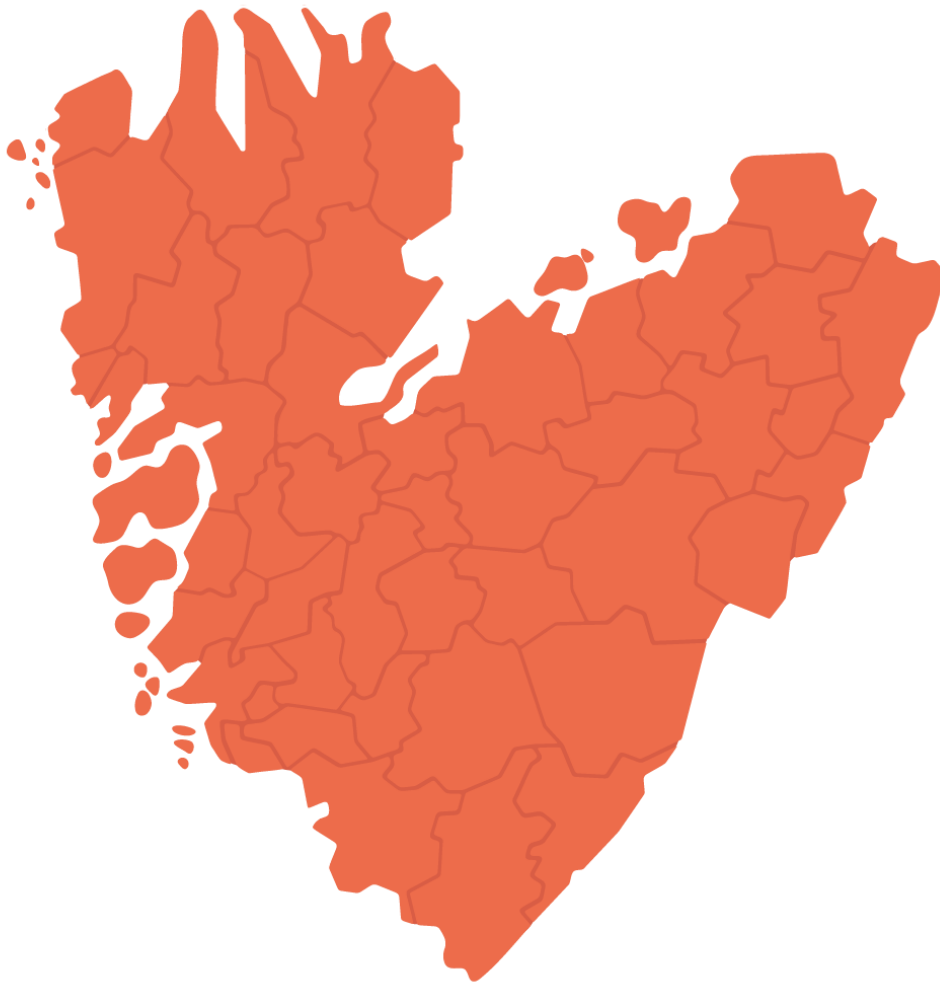


**Färgelanda
kommun**

Sändlista:

Gunnar Wigstrand
Kommunstyrelsen

Gunnar Wigstrand
Socialchef



Hälso- och sjukvårdsavtal

**Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar
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 Läns gemensamma 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 - läns-gemensam 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 läns gemensamt, 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 slutenvård 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 slutenvård.

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 förbrukningsartiklar 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.

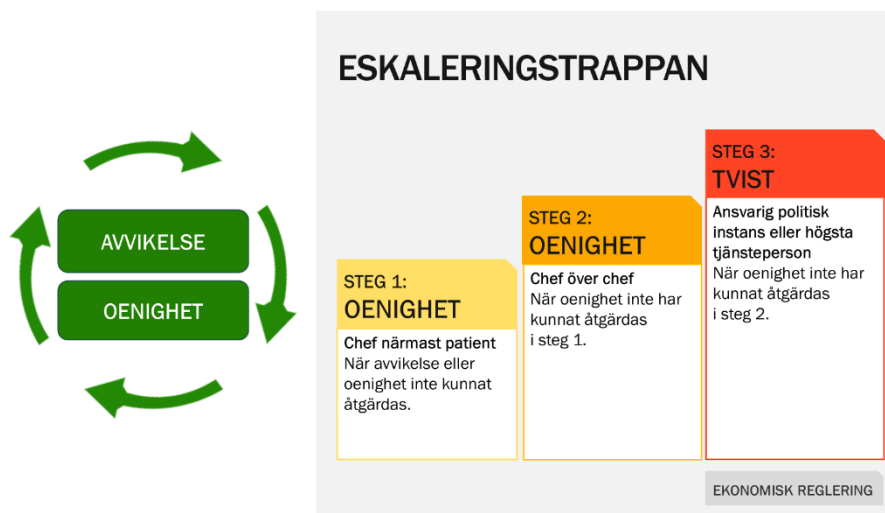
Parterna ansvarar för analys, åtgärder och uppföljning samt för att regelbundet sammanställa registrerade avvikelser mellan vårdgivare. Resultatet används för ett systematiskt förbättringsarbete. Det bidrar till att i samverkan öka patientsäkerhet, kunskapsutveckling och lärande på alla nivåer. Avvikelser 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 läns gemensamma 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 läns gemensamma 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 vårdssamverkan 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 vårdssamverkansstruktur 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 Vårdssamverkan – vår gemensamma stödstruktur

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

7.4 Läns-gemensamma styrdokument

Samverkan regleras i lagstiftning och i läns-gemensamma styrdokument som avtal, överenskommelser och riktlinjer. Parterna ansvarar för att avtal, överenskommelser, samt läns-gemensamma styrdokument fastställs, implementeras och följs upp i respektive huvudmans ledningssystem. Parterna ansvarar för att det som är reglerat i läns-gemensamma 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 läns gemensam 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.

Sjelva 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

Namn given 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 önskat.

Twist

En twist 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

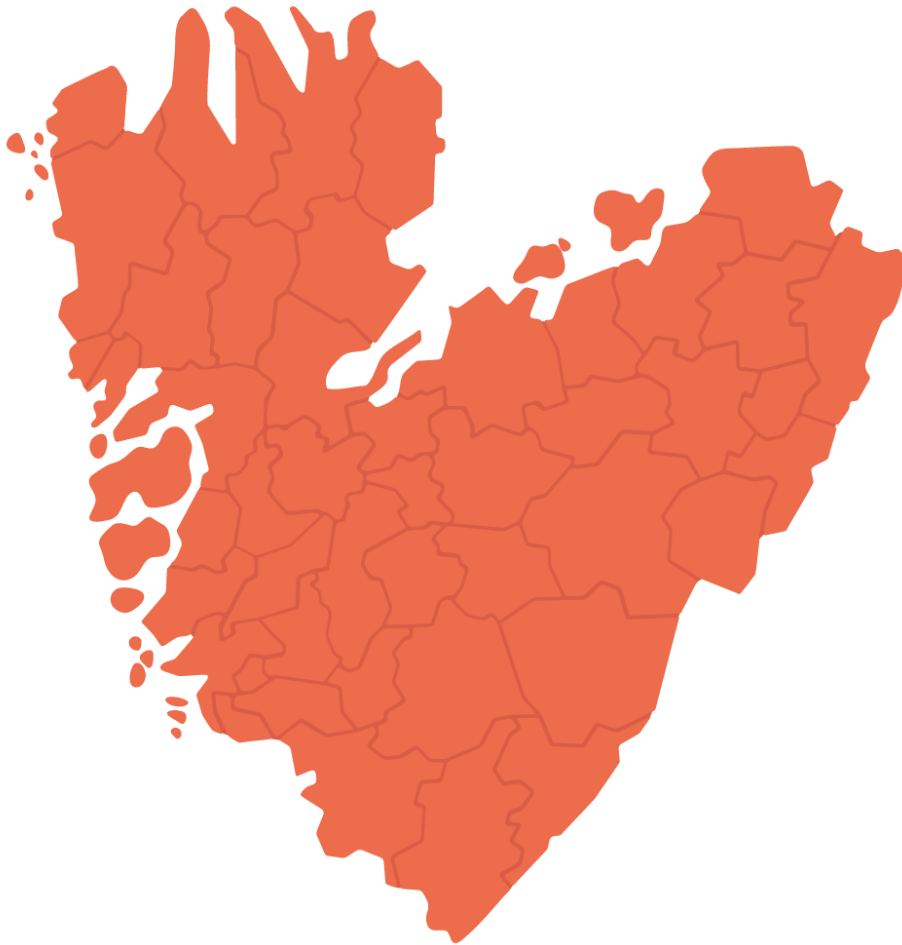
Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården, enligt 1 kap 5 § (2010:659) Patientsäkerhetslagen.

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.



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**

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 slutna hälso- och sjukvård.

Formerna för samverkansprocessen vid in- och utskrivning beskrivs i läns gemensamt 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 slutna 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 slutna 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 slutna hälso- och sjukvård och länsgemensamt styrdokument för in- och utskrivningsprocessen ska vara uppfyllda.

Dessa villkor är:

- slutna vård ska ha skickat inskrivningsmeddelande (2 kap. 1–3 §§)
- slutna 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

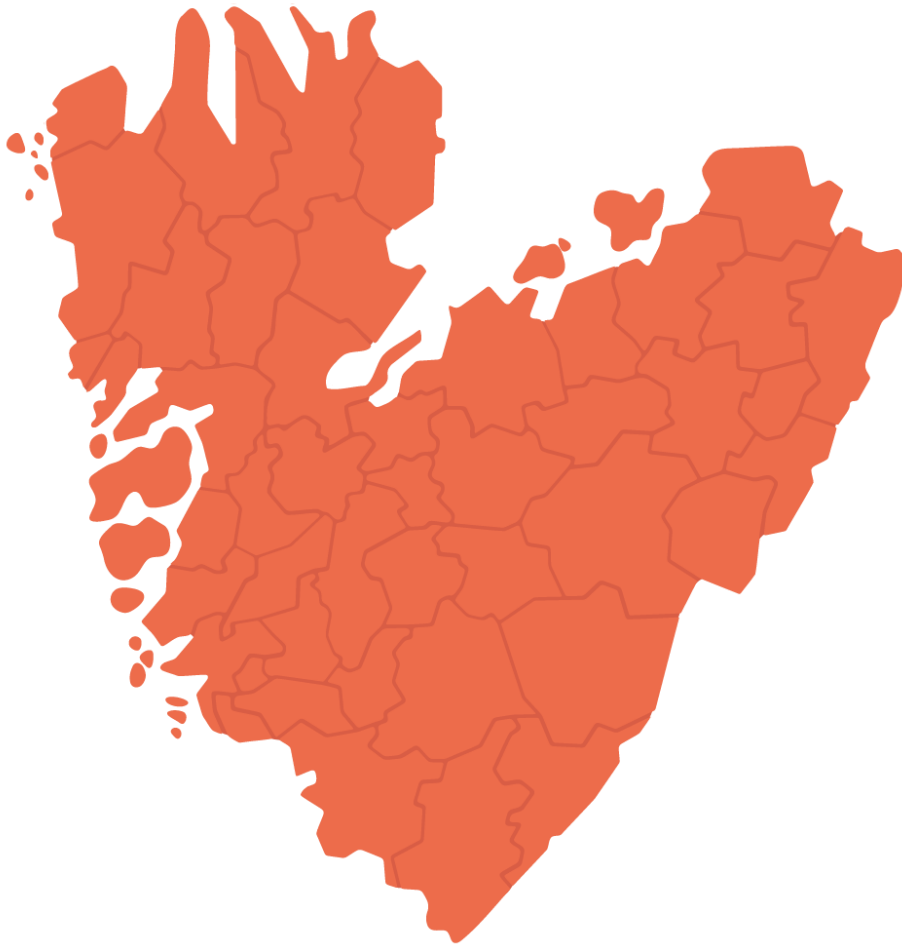
kalenderdagar per patient. Dessa patienter ska inte räknas med i månadens genomsnitt.

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 läns-gemensamt, 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.



Överenskommelse

Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård

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

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 läns gemensamt, 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 dagverksamhet 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:

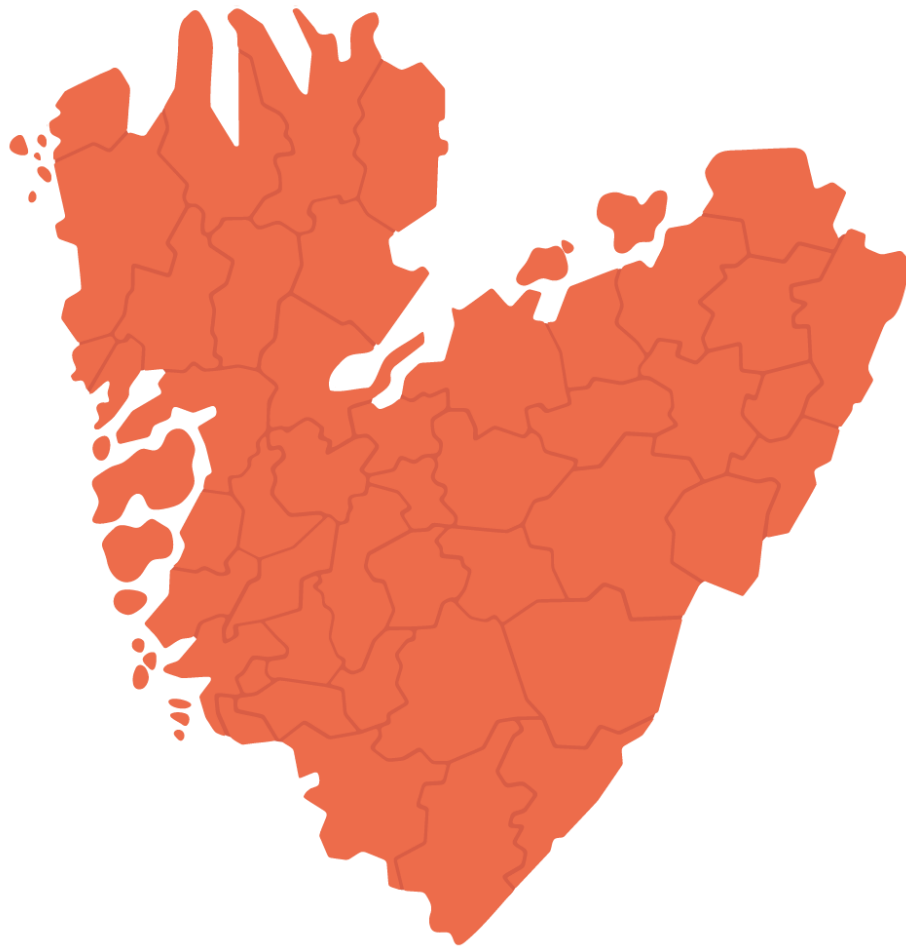
- bedöma, utreda, åtgärda och följa upp och dokumentera hälso- och sjukvård utifrån arbetsterapi-, fysioterapi- samt omvårdnadsprocessen
- kontakta fast läkarkontakt vid förändringar i patientens hälsotillstånd
- utföra ordinationer, samt utvärdera och återsrapportera resultat
- kontakta berörda mottagningar 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.



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**

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 läns gemensamt, 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 mellanmänniskliga 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 samtidigt 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 slutenvård, 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 parter 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 parter åtgärder respektive insatser. Planen ska göras i samverkan mellan slutenvård, 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 slutenvård, 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 slutenvård, 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 av insatser från båda Parter.

10.2 Kommunens ansvar

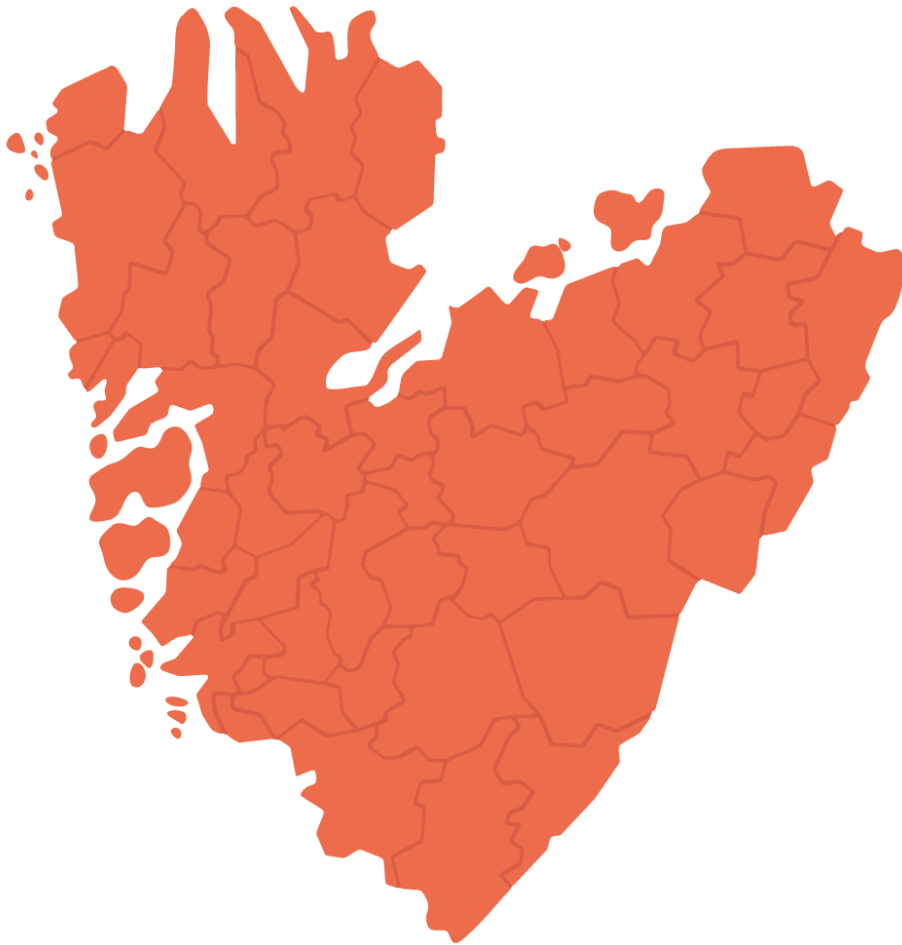
Kommunens ansvar är att:

- 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 läns gemensamt, 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.



Överenskommelse

Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

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

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 läns gemensamt, 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).

Slutförslag

Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Denna skrivelse är partsgemensamt framtagen, och syftar till att rama in de slutliga förslagen på nytt hälso- och sjukvårdsavtal (Avtal) med tillhörande fyra överenskommelser. Slutförslagen ställs till samtliga 50 parter för ställningstagande och beslut.

Skrivelsen återger den sammanfattning som framställts för politiskt samrådsorgan, SRO. På [hemsidan för vårdssamverkan](#) finns den mer [fördjupade information](#) som SRO också fick inför sitt ställningstagande den 1 september 2025.

Nedan återges även villkor för avtalets ingående och fortsatta giltighet, samt fortsatt beslutsång.

SRO har den 1 september 2025 ställt sig bakom slutförslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal, och rekommenderar samtliga Parter att var för sig besluta om att anta dessa att gälla från och med den 1 januari 2027.

Slutförslag

- Hälso- och sjukvårdsavtal – avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
- Överenskommelse Kommunens 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 Samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård



Sammanfattning av ärendet

SRO föreslås ställa sig bakom förslagen till nytt hälso- och sjukvårdsavtal (Avtal) med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal, och rekommendera samtliga Parter att var för sig besluta om att anta dessa att gälla från och med 1 januari 2027.

Avtal och överenskommelser har tagits fram i partssamverkan, av en arbetsgrupp om tio personer, under ledning av en processledare för VGR och en för Kommunerna. Vardera huvudmannasida har haft en styrgrupp, och frågor har också kunnat eskaleras till en gemensam politisk referensgrupp.

Avtalet syftar till att skapa en modern och hållbar samverkan mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och de 49 kommunerna (Kommunerna), med fokus på primärvårdens gemensamma ansvar och patientsäkerhet.

Ledord i det gemensamma arbetet har varit dialog, transparens, inlyssnande, trygghet – och tillsammans. Strävan har varit att alla Parter ska kunna känna sig hörda, känna tillit till processen och känna sig nöjda med resultatet.

- Relation till tidigare avtal:
Det nya Avtalet bygger på Regionbildningsavtalet och Primärvårdsavtalet från 1998 och kommer att ersätta det nuvarande avtalet som gäller till slutet av 2026.
- Process och bakgrund:
En politisk referensgrupp, styrgrupper och arbetsgrupper har arbetat sedan 2024 med att ta fram Avtalet och överenskommelserna, med remissrunda och dialogkonferenser under våren 2025 där region- och kommunrepresentanter deltagit.
- Remissynpunkter och förändringar:
Remissvaren visade behov av förtydliganden, särskilt kring ansvarsfördelning, samverkan och patientsäkerhet, vilket lett till justeringar jämfört med remissversionen av Avtalet.
- Modern och hållbar samverkan:
Avtalet stödjer Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård, förbättrar förutsättningar för vård i hemmet och tar höjd för framtida behov.

- **Avtalets innehåll och fokus:**
Avtalet förtydligar ansvarsfördelningen, betonar primärvårdens gemensamma ansvar och stärker patientsäkerhetsarbetet, inklusive hantering av oenighet och tvister.
- **Villkor för avtalets ingående och giltighet:**
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.
- **Struktur och läsning:**
Avtalet innehåller nio avsnitt och ska läsas tillsammans med de fyra överenskommelser som är beroende av Avtalets giltighet.

Viktiga förändringar efter remissbearbetning

- Avtalets förhållande till Regionbildningsavtalet och det tillhörande Primärvårdsavtalet, liksom nu gällande hälso- och sjukvårdsavtal, har förtydligats.
- Avtalet tydliggör det gemensamma ansvaret för primärvården.
- VGR och Kommun har ansvar för olika grundkompetenser, vilket har förtydligats i Avtalet.
- Ett förtydligande har lagts till om att Parterna har ett gemensamt ansvar för 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 Kommunens 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.
- Förtydligande kring att hälso- och sjukvård i hemmet är en arena där både VGR och Kommun har ansvar.

Villkor för avtalets ingående och fortsatta giltighet

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 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 på fyra år löper ut, alternativt när förlängningstiden på 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. 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 det länsgemensamma, politiska 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.

Fortsatt beslutsång

Samtliga Parter behöver var för sig ta ställning till föreslaget Avtal med fyra tillhörande överenskommelser i form av underavtal, med giltighetstid från och med den 1 januari 2027.

Varje Part för sig ska fatta beslut före utgången av maj 2026. När beslut har fattats av respektive Part skickas information om detta till både VGR och VästKom, enligt nedan. Diarienummer ska anges.

VGR, diarienummer RS 2025-04142:

regionstyrelsen@vgregion.se

VästKom, diarienummer 2025_017:

info@vastkom.se

Helen Eliasson

Ordförande SRO

Marina Olsson

Vice ordförande SRO



PROTOKOLL

VästKom Styrelse

Plats Stationshuset, lokal Rallaren
Regionens Hus Göteborg
Datum 2025-09-04
Tid Kl. 9:00-10:50

Beslutande

Miguel Odhner, Kungälv
Peter Eriksson, Trollhättan

Axel Josefson, Göteborg
Liselotte Fröjd, Tanum
Benny Augustsson, Vänersborg
Dan Nyberg, Vänersborg (D)
Annette Carlson, Borås
Ulf Dahlberg, Mark
Bengt Hilmersson, Vårgårda
Adam Johansson, Falköping
Daniel Andersson, Essunga
Jan Hanna, Tibro

Övriga

Gitte Caous, Göteborgsregionen
Magnus Haggren, Boråsregionen
Anna Lärk Ståhlberg, Fyrbodalsregionen
Kristofer Svensson, Skaraborg

Kristina Lännergren, VästKom
Johanna Hansson, VästKom
Malin Swärd Davidsson, VästKom (Digitalt, punkt 43)
Caroline Albinsson, Gryning Vård (punkt 40)
Marina Johansson, Göteborgs Stad (punkt 43)

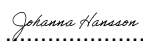
Frånvarande

Theres Sahlström, Skövde
Ulf Olsson, Borås
Jonas Attenius, Göteborg
Marith Hesse, Partille

Utses att justera

Underskrifter:

Sekreterare


Johanna Hansson

Ordförande


Miguel Odhner

Justerande


Liselotte Fröjd



§ 39 Mötets öppnande

Mötet öppnades av Miguel Odhner och alla hälsades välkomna. Till justeringsperson valdes Liselotte Fröjd

§ 40 Lägesrapport VästKom inklusive ekonomi för halvåret

Information

Föredragande

*Kristina Lännergren, Direktör
Caroline Albinsson, Ekonomichef*

Lägesrapport om verksamheten och omorganisationen, med halvårs ekonomirapport.

Resultatet per juli är ett underskott om ca 2 380 tkr, vilket beror på att intäkterna avviker från budgeterat:

- Medel avseende Nära Vård är ej rekviderade
- I budget för 6-kronan ingår de balanserade medel som planeras att nyttjas för att finansiera området

Prognos för helår 2025 är ett överskott om 550 tkr, jämfört med budgeterat underskott om 760 tkr. Detta beror på ökade intäkter inom försäljning av tjänster samt ränteintäkter.

Efter styrelsebeslut i juni har VästKom omorganiserats och personalstaben minskats med tre medarbetare.

Beslut:

Styrelsen noterar informationen

§ 41 Nuläge Millennium

Information

Föredragande

Kristina Lännergren, Direktör

Aktuellt läge i Projekt Millennium samt information om arbetet framåt.

Kommunernas temporära arbetsgrupp om 12 deltagare – förbundsdirektörer, kommunchefer och representanter från VästKom, har haft uppstartsmöte den 15 augusti. Uppdrag att titta på alternativ och hur kan vi kvalitetssäkra med en kvalitetssäkringsgrupp, för att föreslå former och process för insamlande av kommunernas bild av vad som önskas och behövs framåt.

En preliminär tidplan presenterades för höstens arbete med ambitionen att kunna förankra 49 kommuner i slutet av året.

Beslut:

Styrelsen noterar informationen

§ 42 Uppdrag Digitalt utskott

För ställningstagande

Föredragande Kristina Lännergren, Direktör

Tjänsteutlåtande Uppdrag Digitalt utskott

I samband med ett initiativärende på regionstyrelsens sammanträde, den 2 april 2025, fattades ett beslut om att inrätta en ny politisk instans för VGR:s digitaliseringsarbete. Under sammanträde med Politiskt Samrådsorgan (SRO) den 24 april 2025 fördes en dialog om utskottet. Behov av information, delaktighet och förankring i länsgemensamma digitaliseringsfrågor inom hälso- och sjukvårdsområdet uttrycktes då från kommunalförbundens representanter.

SRO:s presidium har framfört att Regiondirektören i VGR och VästKoms Direktör bör ta fram ett förslag på former och forum på politisk nivå för information, delaktighet och förankring i digitaliseringsfrågor av länsgemensam karaktär inom hälso- och sjukvårdsområdet för VGR och länets 49 kommuner.

Ställningstagande:

VästKom styrelse ställer sig bakom SRO:s beslut att

- ge Regiondirektören och VästKoms Direktör i uppdrag att ta fram förslag på former och forum för att politisk nivå säkerställa information, delaktighet och förankring i digitaliseringsfrågor inom hälso- och sjukvårdsområdet av länsgemensam karaktär.

Uppdraget ska återrapporteras till SRO 2025-11-13.

§ 43 Hälso- och sjukvårdsavtalet med överenskommelser

Information | För beslut

Föredragande Kristina Lännergren
Malin Swärd Davidsson, Strateg Hälso- och sjukvård
Marina Johansson, Kommunalråd Göteborg

Tjänsteutlåtande Tjänsteutlåtande Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser
Bilagor Hälso- och sjukvårdsavtal – avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
Ök. – Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
Ök. – Regionens läkaransvar i kommunal primärvård
Överenskommelse – Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård
Ök. – Personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, barn och unga
Missivbrev, HoS-avtal med tillhörande överenskommelser

Information och underlag för beslut gällande Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser

Uppsägning av avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i Västra Götaland sker 14 november.

Samtliga 49 kommuner har svarat på remissen under våren och arbetet med att sammanställa svaren har pågått under sommaren. Avtalens relation till varandra och kompetenskrav i kommunal primärvård har varit några av de frågor som har eskalerats och som har lösts efter dialoger under sommaren.

Större fokus på patientsäkerheten och inkluderas i nya HoS-avtalet.

SRO beslutade att ställa sig bakom förslagen till nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med fyra överenskommelser i form av underavtal den 1 september, och rekommenderar samtliga Parter att var för sig besluta om att anta dessa att gälla från och med 1 januari 2027.

Beslut:

VästKoms styrelse beslutar att

- rekommendera de fyra kommunalförbunden att rekommendera sina medlemskommuner att anta nytt förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser i form av underavtal senast den 31 maj 2026.
- referensgruppen tillhandahåller en juridisk beslutstext till kommunerna för antagande av avtalet.

Noterar informationen

VästKoms styrelse beslutar att

- ställa sig bakom skrivning, om att VGR avser att säga upp nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal, för utskick till kommunalförbunden med rekommendationen att informera kommunerna.

§ 44 Uppdrag Riktlinje Patientsäkerhet

För beslut

Föredragande

*Kristina Lännergren, Direktör
Malin Swärd Davidsson, Strateg Hälso- och sjukvård
Marina Johansson, Kommunalråd Göteborgs Stad*

Tjänsteutlåtande

Uppdrag ta fram länsgemensam riktlinje för patientsäkerhet

I arbetet med framtagande av förslag till nytt Hälso- och sjukvårdsavtal har ett behov av förtydligat arbete kring patientsäkerhet avseende avvikelser i samverkan, tvister och ekonomisk reglering identifierats.

För att undvika att själva avtalet blir alltför detaljerat och svårt att följa upp, föreslås att parterna tar fram en ny länsgemensam riktlinje som närmare beskriver hur samverkan ska ske i frågor om patientsäkerhet.

Beslut:

VästKoms styrelse rekommenderar att

- att ställa sig bakom uppdraget att ta fram förslag på en länsgemensam riktlinje avseende patientsäkerhet.
- den länsgemensamma riktlinjen skickas på remiss till parterna.
- den länsgemensamma riktlinjen avseende patientsäkerhet ska kunna beslutas av respektive part synkroniserat med slutliga förslag om Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser.

§ 45 Följduppdrag Hälso- och sjukvårdsavtal

Information

Föredragande Kristina Lännergren, Direktör
Malin Swärd Davidsson, Strateg Hälso- och sjukvård
Marina Johansson, Kommunalråd Göteborg

Tjänsteutlåtande Följduppdrag Hälso- och sjukvårdsavtal_v3

I arbetet med Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser har flera utvecklingsområden identifierats som inte rymts inom uppdraget, till exempel:

- Länsgemensam implementering av Avtalet och överenskommelserna
- Framtagande av patientfall och patientresor eller exempel som stöd för dialog
- Förbättrade processer vid in- och utskrivning
- Översyn av strukturen för samverkan på alla nivåer
- Granskning och uppdatering av länsgemensamma styrdokument
- Årlig uppföljning av Avtalet och överenskommelserna

Beslut:

VästKoms styrelse ställer sig bakom att

- VästKom tillsammans med kommunalförbunden planerar genomförandet och bidrar till att stödja en länsgemensam och delregional implementering av Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser.
- prioritera fortsatt utvecklingsarbete kopplat till Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser.

§ 46 Övriga frågor

- Ersättare till Jonas Attenius

Information

Jonas Attenius, Göteborgs Stad, beslutar att med omedelbar verkan lämna sitt uppdrag och därmed sin plats som ledamot i VästKom styrelse.

Till ersättare föreslås Marina Johansson, Kommunalråd Göteborgs Stad.

- Reviderad lön VästKoms direktör

Information

Ordförande Miguel Odhner har i samråd med vice ordförande Peter Eriksson beslutat att revidera lönen för VästKoms direktör Kristina Lännergren samt justera delar av avtalet retroaktivt per 1 april 2025.

Protokoll Styrelse VästKom 2025-09-04_v2.docx

Final Audit Report

2025-09-16

Created:	2025-09-16
By:	Johanna Hansson (johanna.hansson@vastkom.se)
Status:	Signed
Transaction ID:	CBJCHBCAABAAVsXK2PYp9q1nahP9wsEXDGmkokOyW3-H

"Protokoll Styrelse VästKom 2025-09-04_v2.docx" History

-  Document created by Johanna Hansson (johanna.hansson@vastkom.se)
2025-09-16 - 11:25:58 AM GMT
-  Document emailed to Liselotte Fröjd (liselotte.frojd@tanum.se) for signature
2025-09-16 - 11:26:02 AM GMT
-  Document emailed to Miguel Odhner (miguel.odhner@kungalv.se) for signature
2025-09-16 - 11:26:02 AM GMT
-  Document emailed to Johanna Hansson (johanna.hansson@vastkom.se) for signature
2025-09-16 - 11:26:02 AM GMT
-  Email viewed by Liselotte Fröjd (liselotte.frojd@tanum.se)
2025-09-16 - 11:36:57 AM GMT
-  Document e-signed by Liselotte Fröjd (liselotte.frojd@tanum.se)
Signature Date: 2025-09-16 - 11:38:44 AM GMT - Time Source: server
-  Email viewed by Miguel Odhner (miguel.odhner@kungalv.se)
2025-09-16 - 12:43:18 PM GMT
-  Document e-signed by Miguel Odhner (miguel.odhner@kungalv.se)
Signature Date: 2025-09-16 - 12:43:31 PM GMT - Time Source: server
-  Email viewed by Johanna Hansson (johanna.hansson@vastkom.se)
2025-09-16 - 1:00:14 PM GMT
-  Document e-signed by Johanna Hansson (johanna.hansson@vastkom.se)
Signature Date: 2025-09-16 - 1:00:27 PM GMT - Time Source: server
-  Agreement completed.
2025-09-16 - 1:00:27 PM GMT

Göteborg 2025-09-04

Bilaga till styrelseprotokoll VästKom 2025 09 04

Kommungemensam skrivning i beslutsförslag Hälso- och sjukvårdsavtal med överenskommelser i form av underavtal

Den 4 september 2025 beslutade VästKoms styrelse att rekommendera kommunalförbundens medlemskommuner att var för sig anta nytt förslag till Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser i form av underavtal. Under arbetsprocessen har det betonats vikten av att de 49 kommunerna i länet enhälligt ställer sig bakom avtalet. Därför rekommenderas kommunerna använda nedan likalydande beslutsformulering vid antagande av avtalet och dess överenskommelser.

Kommunstyrelsen föreslår att kommunfullmäktige beslutar följande:

- 1 Kommunfullmäktige beslutar att, för X kommuns del, ingå *Hälso- och sjukvårdsavtal – avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.*
- 2 Kommunfullmäktige beslutar att, för X kommuns del, ingå underavtalet *Överenskommelse - Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*
- 3 Kommunfullmäktige beslutar att, för X kommuns del, ingå underavtalet *Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård*
- 4 Kommunfullmäktige beslutar att, för X kommuns del, ingå underavtalet *Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende*
- 5 Kommunfullmäktige beslutar att, för X kommuns del, ingå underavtalet *Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård*

Ansvarig chef

Kristina Lännergren
Direktör VästKom

Handläggare

Malin Swärd Davidsson
Strateg hälso- och sjukvård, VästKom

Västsvenska kommunalförbundens samorganisation

Box 5073, 402 22 GÖTEBORG
E-post: info@vastkom.se
Org.nr: 858501-2084

Besök: Anders Personsgatan 8 GÖTEBORG
www.vastkom.se

Missiv

Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Detta missiv avser antagande av nytt hälso- och sjukvårdsavtal mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i Västra Götaland, samt fyra tillhörande överenskommelser.

1. Överenskommelse – Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård
2. Överenskommelse – Regionens läkaransvar i kommunal primärvård
3. Överenskommelse – Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende
4. Överenskommelse – Samverkan om munhälsa och nödvändig tandvård

En sammanfattning av ärendet finns i bilagt missiv från Helen Eliasson, ordförande SRO, och Marina Olsson, vice ordförande SRO.

Beslutsprocess

Politiska Samrådsorganet (SRO) ställde sig bakom förslaget den 1 september. VästKoms styrelse ställde sig bakom förslaget den 4 september med tillägg av ett förslag på kommungemensam skrivning i beslutsförslaget enligt nedan.

Kommunstyrelsen föreslår att kommunfullmäktige beslutar följande:

1. *Kommunfullmäktige beslutar att, för X kommuns del, ingå Hälso- och sjukvårdsavtal – avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.*
2. *Kommunfullmäktige beslutar att, för X kommuns del, ingå underavtalet Överenskommelse - Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård*
3. *Kommunfullmäktige beslutar att, för X kommuns del, ingå underavtalet Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård*

4. *Kommunfullmäktige beslutar att, för X kommuns del, ingå underavtalet Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende*
5. *Kommunfullmäktige beslutar att, för X kommuns del, ingå underavtalet Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård*

Fyrbodals kommunalförbunds direktion beslutade den 30 oktober att rekommendera medlemskommunerna att anta avtalet med underavtal senast 31 maj 2026.

Avtalet och dess underavtal börjar gälla 1 januari 2027, under förutsättning att de godkänns av regionfullmäktige och samtliga kommunfullmäktige i Västra Götaland.

Beslutsprotokoll skickas till:

VGR, diarienummer RS 2025-04142: regionstyrelsen@vgregion.se

VästKom, diarienummer 2025_017: info@vastkom.se

Fyrbodals kommunalförbund, diarienummer 2025/0126: diarium@fyrbodal.se

Kontaktperson

Eva-Maria Persdotter,
Socialstrateg, Fyrbodals kommunalförbund
eva-maria.persdotter@fyrbodal.se

0704 96 44 65

§ 117 - Nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Förbundsdirektionens beslut

Direktionen beslutar att rekommendera medlemskommunerna att anta nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser i form av underavtal senast den 31 maj 2026.

Sammanfattning

Nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser (underavtal) har tagits fram. Avtalet syftar till att skapa en modern och hållbar samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna, med fokus på primärvårdens gemensamma ansvar och patientsäkerhet. Avtalet förtydligar ansvarsfördelningen, betonar primärvårdens gemensamma ansvar och stärker patientsäkerhetsarbetet inklusive hantering av oenighet och tvister. Ett politiskt samråd och arbetsgrupper har arbetat sedan 2024 med att ta fram avtalet. Kommunerna har getts möjlighet att påverka förslagen genom remissvar och dialogkonferenser under våren 2025 där samtliga 49 kommuner deltagit. Remissvaren visade behov av förtydliganden, särskilt kring ansvarsfördelning, samverkan och patientsäkerhet, vilket lett till justeringar i avtalet och kommer att föranleda fortsatt arbete efter att avtalsförslagen gått för beslut.

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

Avtalet och dess underavtal börjar gälla 2027-01-01 förutsatt att de godkänns av regionfullmäktige och samtliga kommunfullmäktige i Västra Götaland.

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse 2025-09-25, Nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Hälso- och sjukvårdsavtal, VästKoms styrelse 2025-09-04

Överenskommelse - Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, VästKoms styrelse 2025-09-04

Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård, VästKoms styrelse 2025-09-04

Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, VästKoms styrelse 2025-09-04

Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård, VästKoms styrelse 2025-09-04

Missivbrev, hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser, SRO 2025-09-01
Protokoll Styrelse VästKom 2025-09-04

Bilaga VästKoms protokoll Skrivelse beslutsförslag Hälso- och sjukvårdsavtal, 2025-09-04

Arbetsutskottets beslut

Arbetsutskottet föreslår direktionen besluta att rekommendera medlemskommunerna att anta nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser i form av underavtal senast den 31 maj 2026.

Beslutet skickas till

Medlemskommunerna

Västkom, diarienummer 2025_017: info@vastkom.se



Sektor omsorg
Socialchef
Gunnar Wigstrand

Tjänsteskrivelse
2025-12-02
2025/239

Socialnämnd

Tjänsteskrivelse gällande svar på remissenkät Kommun - Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande lagreglerade överenskommelser

Beslutsförslag

Socialnämnden föreslår Kommunstyrelsen att godkänna bedömning enligt bilaga.

Ärendebeskrivning

Under perioden november-februari 2025-2026 pågår remiss för länsgemensam riktlinje patientsäkerhet. Remissinstanser är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen. Ett samlat svar ska lämnas från respektive kommun samt berörda nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen.

Beslutsunderlag:

Tjänsteskrivelse
Remissenkät Kommun - Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande lagreglerade överenskommelser
Remissförslag - Länsgemensam riktlinje patientsäkerhet

Sändlista:

Socialchef
Enhetschef kommunal primärvård

Gunnar Wigstrand
Socialchef

Remissenkät (Kommunerna)

Länsgemensam riktlinje Patientsäkerhet

Under perioden november-februari 2025-2026 pågår remiss för länsgemensam riktlinje patientsäkerhet. Remissinstanser är var och en av kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen. Ett samlat svar ska lämnas från respektive kommun samt berörda nämnder och styrelser i Västra Götalandsregionen.

Remissvaren ska vara inlämnade senast 28 februari 2026, via [digitalt formulär](#).

Notera:

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

Gradera er bedömning:

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

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

Uppgiftslämnare

- Kommun i Västra Götalands län

Namn, kontaktperson:

Gunnar Wigstrand

Epost, kontaktperson:

Gunnar.wigstrand@fargelanda.se

1. Inledning

Gradera er bedömning på avsnitt 1. Inledning

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

Ytterligare synpunkter

Klicka eller tryck här för att ange text.

2. Patientsäkerhet

Gradera er bedömning

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

Gemensamt patientsäkerhetsarbete i Västra Götaland

Klicka eller tryck här för att ange text.

Förebyggande patientsäkerhetsarbete

Klicka eller tryck här för att ange text.

Ytterligare synpunkter

Klicka eller tryck här för att ange text.

3. Avvikelse

Gradera er bedömning

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

Avvikelse mellan vårdgivare

Klicka eller tryck här för att ange text.

Ytterligare synpunkter

Klicka eller tryck här för att ange text.

4. Systematiskt förbättringsarbete

Gradera er bedömning

- ☒ Stämmer helt

- ☐ Delvis
- ☐ Stämmer inte alls

Ytterligare synpunkter

Klicka eller tryck här för att ange text.

5. Uppföljning av avvikelser mellan vårdgivare

Gradera er bedömning

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

Ytterligare synpunkter

Klicka eller tryck här för att ange text.

6. Definitioner

Gradera er bedömning

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

Ytterligare synpunkter

Klicka eller tryck här för att ange text.

7. Definitioner

Gradera er bedömning

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

Ytterligare synpunkter

Klicka eller tryck här för att ange text.

Hantering av personuppgifter

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

- Jag godkänner hantering av personuppgifter i samband med remissvar

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

För frågor kontakta:

Jenny Nilsson Processledare, VGR

Mobil: 0760-50 21 46

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

Malin Swärd Davidsson Processledare, VästKom

Mobil: 0730-65 33 57

E-post: malin.sward@vastkom.se



Länsgemensam riktlinje Patientsäkerhet



Innehåll

1. Inledning	3
2. Patientsäkerhet.....	3
Gemensamt patientsäkerhetsarbete i Västra Götaland	3
Förebyggande patientsäkerhetsarbete	4
3. Avvikelse	5
Avvikelse mellan vårdgivare	5
4. Systematiskt förbättringsarbete	6
5. Uppföljning av avvikelser mellan vårdgivare	6
6. Definitioner	6

1. Inledning

Denna *riktlinje* syftar till att tydliggöra parternas ansvar som vårdgivare i det gemensamma patientsäkerhetsarbetet och inkluderar både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Riktlinjen är underordnad Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och kommunerna i Västra Götaland (Kommunerna).

Läns-gemensamt politiskt forum ett har övergripande ansvar för patientsäkerheten samt att uppföljning sker på en aggregerad nivå.

Länets invånare benämns genomgående som *patient* och de som utför vård, stöd och omsorg benämns *vårdgivare*.

Patientens behov av god och säker vård ska alltid tillgodoses utan onödigt dröjsmål.

2. Patientsäkerhet

Patientsäkerhet handlar om att patienten inte ska skadas i samband med hälso- och sjukvårdande åtgärder. En säker vård är grunden i allt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården¹.

God och säker vård – överallt och alltid, är den nationella visionen² för det gemensamma patientsäkerhetsarbetet. Det nationella målet är att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada, 1 kap. 5 § Patientsäkerhetslagen, (2010:659)³.

Vårdgivarna har gemensamt och eget ansvar för att vården ska vara god, säker och personcentrerad.

Gemensamt patientsäkerhetsarbete i Västra Götaland

Det gemensamma arbetet med patientsäkerhet ska vara en integrerad del av det ordinarie förbättringsarbetet och bedrivs nära verksamheterna på lokal nivå. Ansvar för att initiera och genomföra åtgärder utifrån identifierade risker och *avvikelser mellan vårdgivare* åligger respektive vårdgivare.

¹ [Vad är patientsäkerhet? - Patientsäkerhet](#)

² [Patientsäkerhet - Socialstyrelsen](#)

³ [Patientsäkerhetslag \(2010:659\) | Sveriges riksdag](#)

En förutsättning för ett ändamålsenligt patientsäkerhetsarbete är gemensamt agerande utifrån respektive vårdgivares uppdrag och ansvar. Brister i samverkan och informationsöverföring mellan vårdgivare ökar risken för negativ händelse och tillbud. Samverkan och kontinuitet i vården är avgörande för patientsäkerheten.

Tydlig ansvarsfördelning mellan vårdgivare är en förutsättning för patientsäkerhet. Vårdgivare ska, var och en och tillsammans, arbeta förebyggande och systematiskt med både riskhantering och hantering av avvikelser.

I de fall organisatoriska brister identifieras lyfts avvikelse till den nivå där det finns förutsättningar att vidta relevanta åtgärder för att undvika upprepning.

Förebyggande patientsäkerhetsarbete

Förebyggande och systematiskt patientsäkerhetsarbete skapar förutsättningar för att så få patienter som möjligt drabbas av vårdskador, negativa händelser och tillbud.

Organisationsnivå

Vårdgivare behöver, inom och mellan sig, utveckla och stärka patientsäkerhetsperspektivet i gemensam planering och prioritering för att ge en jämlik, samordnad och personcentrerad vård. Vårdgivaren ska identifiera, analysera och hantera långsiktiga risker. Det kan exempelvis handla om förutsättningar i form av tillgång till kompetens eller utrustning för att vården ska kunna utföras på ett patientsäkert sätt.

Individnivå

För att säkerställa att vården av patienten kan tillhandahållas på ett säkert sätt, ska risker för patientsäkerheten bedömas och dokumenteras enligt 3 kap. Patientdatalagen (2008:355). Det innebär att arbeta tillsammans över organisatoriska gränser för att hitta lösningar baserade på de risker som identifieras samt att utifrån varje patients behov och förutsättningar, dokumentera och kommunicera mellan vårdgivare⁴. Var och en, oavsett profession, spelar en viktig roll i patientsäkerhetsarbetet. Chefer och ledare har ansvar för att skapa förutsättningar för patientsäkert arbete.

⁴ Styrdokument - Vårdsamverkan i Västra Götaland

Att arbeta förebyggande är särskilt viktigt i ärenden där många vårdgivare är inblandade, där patientens sjukdomsbild är komplex eller när någon involverad vårdgivare anser att det behövs.

3. Avvikelser

En avvikelse innebär en händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat i samband med vård, stöd och omsorg.

Målet med vårdgivarens hantering av avvikelser är att identifiera patientsäkerhetsrisker, negativa händelser och tillbud som uppstår samt säkerställa följsamheten till ingångna avtal, överenskommelser och andra styrdokument. Hanteringen av avvikelser ska ligga till grund för ett systematiskt förbättringsarbete.

Avvikelser kan handla om individärenden. Det kan också handla om organisatoriska eller systematiska brister hos vårdgivare som leder till att patienters behov inte tillgodoses. Avvikelser ska så långt det går lösas ut på lokal nivå.

Avvikelse 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.

En avvikelse mellan vårdgivare är en händelse som berör fler än en vårdgivare.

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

Vårdgivare ansvarar för att regelbundet sammanställa registrerade avvikelser mellan vårdgivare och använda resultatet för ett systematiskt förbättringsarbete. Det bidrar till att i samverkan öka patientsäkerhet, kunskapsutveckling och lärande på alla nivåer. Avvikelser som vårdgivare inte kan lösa går vidare till hantering av oenighet och tvist, enligt hälso- och sjukvårdsavtalet.

4. Systematiskt förbättringsarbete

Vårdgivare ska gemensamt arbeta för kontinuerliga förbättringar inom vården genom att identifiera, analysera, åtgärda, följa upp och lära av avvikelser och andra händelser. Förbättringsarbete ska genomföras på ett strukturerat och lärande sätt i syfte att stegvis utveckla vården. Fokus ska ligga på att identifiera bakomliggande orsaker och systembrister snarare än att söka individuella fel. Som en del av detta förbättringsarbete kan händelseanalys användas som metod.

Vid negativa händelser som uppstår i samband med, eller i nära anslutning till, vårdövergångar samt vid samordnade vårdinsatser ska ledningsfunktioner inom både regional och kommunal hälso- och sjukvård, samt socialtjänst samarbeta i utredning och analys. Denna samverkan ska bidra till ökad patientsäkerhet och lärande inom hela vårdkedjan.

5. Uppföljning av avvikelser mellan vårdgivare

För att främja lärande och stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska mönster och allvarlighetsgrad i avvikelser mellan vårdgivare regelbundet följas upp. Uppföljning ska ske på såväl lokal, delregional som länsnivå.

Sammanställning över rapporterade avvikelser på en aggregerad nivå ska vara en del i det gemensamma systematiska förbättringsarbetet mellan VGR och kommunerna. Detta ska leda till konkreta åtgärder för att förbättra hälso- och sjukvården.

Varje år ska VGR och kommunerna via partsgemensamma forum gemensamt komma överens om vilka avvikelser som ska följas upp och hur det ska genomföras lokalt, delregionalt och inom länet. I samband med detta ska relevanta indikatorer specificeras och användas för att följa utvecklingen inom det valda området.

Lärandet kring resultatet av avvikelser mellan vårdgivare ska följas upp inom den egna organisationen samt inom vårdssamverkan i länet för spridning av lärdomar och erfarenheter i länet.

6. Definitioner

Definitionerna beskriver en läns gemensam tolkning av begrepp som används i riktlinjen. Ingen huvudman har tolkningsföreträde.

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.

Händelseanalys

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

Negativ händelse

Händelse som medfört något oönskat.

Oenighet

När två parter/vårdgivare inte når lösning i en viss fråga.

Parter

Västra Götalandsregionen och var och en av kommunerna i Västra Götaland benämns i denna riktlinje som parterna.

Om regionen eller någon av kommunerna tecknar avtal med annan aktör och överlåter uppgifter de har ansvar för, ska denna riktlinje tillämpas.

Tillbud

Händelse som hade kunnat medföra något oönskat.

Twist

Eskalerad oenighet där lösning inte kan uppnås.

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.