

Beslut om att ingå Hälso- och sjukvårdsavtal,  
samt överenskommelser, som reglerar hälso-  
och sjukvårdsansvaret mellan Västra  
Götalandsregionen och kommunerna i Västra  
Götaland

9

2025SOCN131

Socialnämnden

Datum  
2025-12-15

Diarienummer  
2025SOCN131 779

## **Beslut om att ingå Hälso- och sjukvårdsavtal, samt överenskommelser, som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland**

### **Förslag till beslut**

#### ***Socialnämndens förslag till beslut i kommunfullmäktige***

Socialnämnden föreslår att kommunfullmäktige beslutar följande:

Kommunfullmäktige beslutar att ingå Hälso- och sjukvårdsavtal – avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.

Kommunfullmäktige beslutar att ingå underavtalet Överenskommelse - Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Kommunfullmäktige beslutar att ingå underavtalet Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård

Kommunfullmäktige beslutar att ingå underavtalet Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende

Kommunfullmäktige beslutar att ingå underavtalet Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.

#### ***Socialnämndens förslag till beslut i kommunstyrelsen***

Kommunstyrelsen föreslår att kommunfullmäktige beslutar enligt socialnämndens förslag.

### **Sammanfattning av ärendet**

Nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser, från 2017, har sagts upp av Västra Götalandsregionen (VGR) och upphör gälla 31 december 2026. Ett förslag till nytt avtal har arbetats fram under 2024–2025, i samverkan mellan regionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland. Remissförfarande genomfördes våren 2025, med bred förankring.

Beslut om att ingå avtal fattas av kommunfullmäktige och förmedlas till VGR och Västkom senast 31 maj 2026.

Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer (äldreboenden, LSS-boenden), dagverksamhet, daglig verksamhet och viss vård i ordinärt boende. Kommunen bedriver kommunal primärvård med kompetenserna sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Regionen ansvarar för specialistsjukvård och har ansvar för läkarkompetens och andra kompetenser för den kommunala primärvårdens patienter. Kommunal primärvård bedrivs i princip alltid i samverkan med regionen och det är viktigt att det finns avtal som reglerar ansvarsfördelning och samverkan.

Jämfört med nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal förtydligar det nya avtalet och underavtalen ansvarsfördelning mellan kommunen och regionen. Det stärker patientsäkerhetsarbetet och hantering av tvister. Begreppet "Hälso- och sjukvård i hemmet" tydliggörs, liksom ansvarsfördelning vid hälso- och sjukvård i hemmet. Tidigare oklara begrepp som "kortvarigt/långvarigt behov" förtydligas med principer om personcentrerad vård.

Avtalsförslaget innehåller ett huvudavtal och fyra underavtal, underavtalen är beroende av huvudavtalets giltighet, men underavtalen kan sägas upp eller redigeras i samförstånd, oberoende huvudavtalet. Avtalen gäller i fyra år med möjlighet till förlängning om tre år i taget om ingen säger upp avtalen.

Förvaltningens sammantagna bedömning är att det föreslagna Hälso- och sjukvårdsavtalet och de fyra underavtalen ska ingås.

## **Beslutsunderlag**

- Tjänsteskrivelse 15 december 2025
- Hälso- och sjukvårdsavtal – avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
- Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård
- Överenskommelse - Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård
- Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, samt barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet

## **Ärendet**

### ***Bakgrund***

Kommunen är ansvarig att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som bor i särskilda boendeformer som äldreboenden och bostad med särskild service, samt under vistelsetiden i biståndsbedömd dagverksamhet och

daglig verksamhet. Kommunen ansvarar också, sedan 1999, då skatteväxling med Västra Götalandsregionen avseende detta skedde, för en del hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Kommunen som huvudman utför hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå, så kallad kommunal primärvård.

I hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) 2 kap. §6 definieras primärvård:

*”Med primärvård avses i denna lag 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.”*

Det finns också specialistsjukvård – ofta lokaliserad till, eller utgående från, sjukhus och specialistmottagningar (till exempel ortopedi och onkologi). En del av specialistsjukvården är nationell högspecialiserad vård – lokaliserad till ett fåtal sjukhusbaserade center som utses nationellt för att få bedriva just sådan vård (till exempel hjärtransplantation och epilepsikirurgi). Specialiserad hälso- och sjukvård ansvarar alltid regionen för.

Staten bedriver viss hälso- och sjukvård genom statens institutionsstyrelse, SIS. Men i övrigt är statens inblandning i hälso- och sjukvården lagstiftande, ofta med hjälp av utsedda myndigheter, till exempel Socialstyrelsen.

Kommunal primärvård är, enligt HSL, skyldiga att tillhandahålla kompetenserna legitimerad sjuksköterska, legitimerad arbetsterapeut och legitimerad fysioterapeut. All övrig kompetens tillhandahålls av regionen. Nästan all hälso- och sjukvård som kommunen bedriver, bedrivs i samverkan med regionen, i synnerhet i samverkan med regionalt finansierad primärvård och de vårdcentralsläkare som ansvarar för läkarkompetensen inom kommunens ansvarsområde. Samverkan sker också med specialistsjukvården och med olika kompetenser inom primärvården. Att det finns avtal och styrdokument för ansvarsfördelning och samverkan är viktigt för att patienterna ska få den vård de behöver och har rätt till.

Sedan regionbildningen 1998 har Härryda kommun och övriga kommuner i Västra Götaland avtalat ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvårdsområdet med Västra Götalandsregionen. Samma år tecknades regionbildningsavtalet respektive primärvårdsavtalet (båda började gälla 1999). Sedan 2017 gäller nuvarande Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser/underavtal. Ett förslag till nytt Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande underavtal, som är tänkt att börja gälla 1 januari 2027, har arbetats fram och ligger här för beslut. Västra Götalandsregionen och samtliga 49 kommuner måste ingå huvudavtalet respektive underavtalen för att de ska börja gälla.

### ***Avtalsprocessen***

Processen med att ta fram förslag till nytt Hälso- och sjukvårdsavtal och underavtal har pågått sedan 2024 och har skett i samverkan mellan Västra Götalandsregionen och samtliga av de 49 kommunerna i Västra Götaland. Remissförslag presenterades hösten 2024 och förvaltningens synpunkter inhämtades genom workshops där intressenter med olika perspektiv fick komma till tals: rådet för delaktighet och tillgänglighet, pensionärsrådet, vårdcentralerna verksamma i kommunen, tjänstepersoner med kunskap inom området samt socialnämndens presidium. Detta för att få ett brett perspektiv på remissen. Socialnämnden fattade den 4 juni 2025 § 97 beslut om att anta förvaltningens synpunkter på remissen för nytt Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser som sina egna, ärende 2024SOCN84.

Politiskt samrådsorgan (SRO) mellan Västra Götalands 49 kommuner genom de fyra kommunalförbunden beslutade den 1 september 2025 att rekommendera de 49 kommunerna att besluta om att ingå det nya Hälso- och sjukvårdsavtalet och underavtalen.

Västra Götalandsregionens fullmäktige har fattat beslut om att ingå Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande underavtal. Västra Götalandsregionen har också sagt upp nuvarande Hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser/underavtal att upphöra gälla 2026-12-31. Det innebär att om det nya förslaget till avtal inte ingås kommer hälso- och sjukvårdsansvaret från 2027-01-01 att regleras genom regionbildningsavtalet respektive primärvårdsavtalet.

Beslut om att ingå Hälso- och sjukvårdsavtal och underavtal ska fattas av kommunfullmäktige och Härryda kommuns beslut ska meddelas Västra Götalandsregionen och Västkom senast 2026-05-31. Om avtal och underavtal ingås börjar dessa gälla 2027-01-01.

### ***Avtalet och förändringar i korthet***

Avtalet syftar till att skapa en modern och hållbar samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, med fokus på primärvårdens gemensamma ansvar och patientsäkerhet.

Avtalet förtydligar ansvarsfördelningen, betonar primärvårdens gemensamma ansvar och stärker patientsäkerhetsarbetet inklusive hantering av oenighet och tvister, samt innehåller tydligare skrivningar kring ansvar för kompetens inom kommunal primärvård, jämfört nuvarande avtal.

Avtalet stödjer länsgemensam strategi för god och nära vård, förbättrar förutsättningar för vård i hemmet och tar höjd för framtida behov. Avtalet förtydligar begreppet ”hälso- och sjukvård i hemmet”, samt ansvarsfördelning vid hälso- och sjukvård i hemmet.

Begrepp som under nuvarande avtal tolkats olika av parterna, såsom ”kortvarigt” respektive ”långvarigt” behov har kompletterats med grundprincip för regionens och kommunens ansvar med utgångspunkt i personcentrerad vård och vad som är bäst för den enskilda patientens trygghet och kontinuitet.

Huvudavtalet innehåller nio avsnitt och ska läsas tillsammans med fyra underavtal som är beroende av huvudavtalets giltighet. Underavtalen kan inte läsas eller förstås utan att samtidigt läsa huvudavtalet. Uppsägning av huvudavtalet påverkar även underavtalen, men underavtalen kan sägas upp eller revideras individuellt utan att huvudavtalet påverkas.

Förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och underavtal beskriver ”vad” och ”att”. ”Hur” kommer att behöva beskrivas i andra styrdokument, såsom läns gemensamma riktlinjer och rutiner, delregionala riktlinjer och rutiner, samt lokala riktlinjer, rutiner och överenskommelser. Arbetet med att uppdatera och ta fram nya styrdokument baserat på förslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och underavtal sker i befintlig vårdssamverkanstruktur.

Huvudavtalet löper över fyra år med treåriga förlängningar. Underavtalen kan var för sig revideras, i enighet mellan parterna. Likaså ska övriga styrdokument bearbetas och anpassas för att lyda under huvudavtalet respektive underavtalen.

### ***Ekonomiska konsekvenser***

Förvaltningen bedömer att förslaget till beslut inte medför ekonomiska konsekvenser.

### **Förvaltningens bedömning**

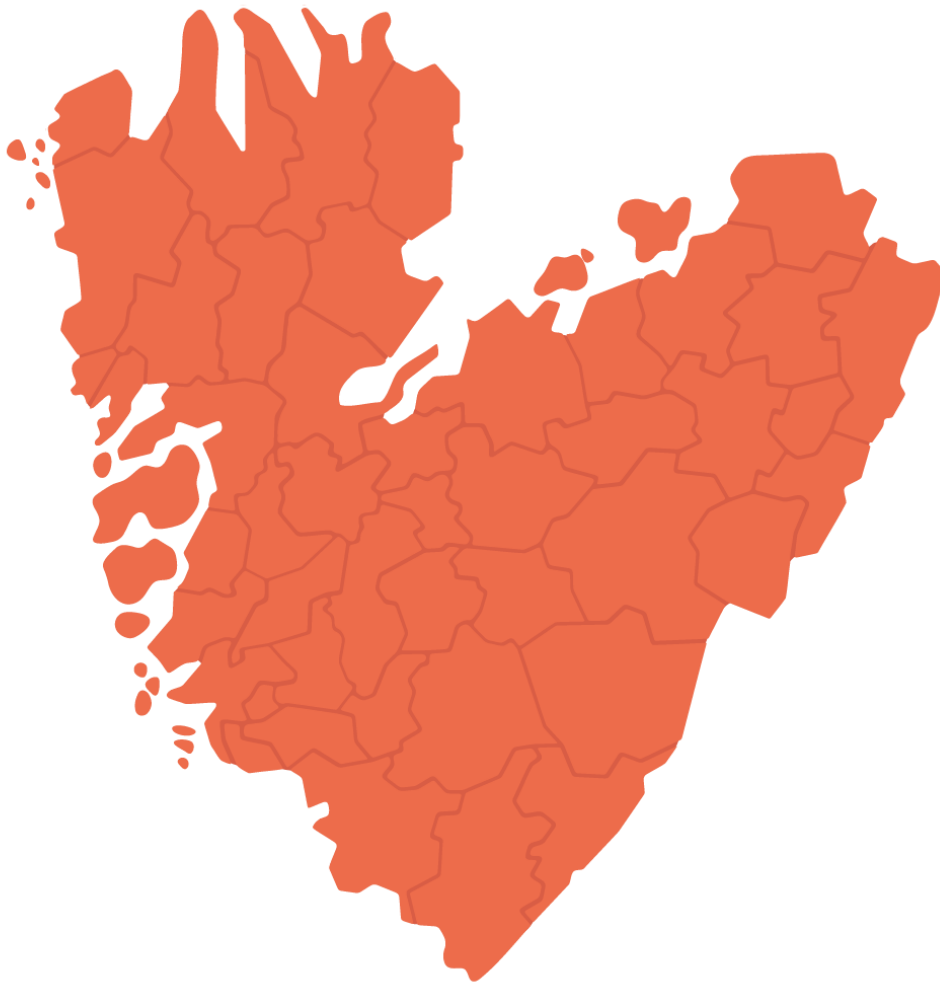
Förvaltningens sammantagna bedömning är att det föreslagna Hälso- och sjukvårdsavtalet och de fyra underavtalen ska ingås.

### **Beredning av ärendet i socialnämnden och kommunstyrelsen**

Socialnämnden bereder detta ärende till kommunfullmäktige eftersom det ligger inom nämndens verksamhetsområde. Kommunstyrelsen har dock ett beredningsansvar för ärenden till kommunfullmäktige och ska ges tillfälle att yttra sig i ärenden som beretts av annan nämnd.

Fredrik Wallström  
Sektorschef

Annika Strandberg  
Verksamhetschef



# Hälsa- och sjukvårdsavtal

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

# Innehåll

<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
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
<b>2. Ansvar .....</b>	<b>6</b>
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
<b>3. Hälsa- och sjukvård i hemmet.....</b>	<b>11</b>
3.3 Egenvård.....	12
3.4 Förutsättningar för samverkan .....	12
<b>4. Samverkan utanför avtalet.....</b>	<b>14</b>
<b>5. Patientsäkerhet .....</b>	<b>15</b>
5.1 Avvikelser mellan vårdgivare.....	15
<b>6. Oenighet och tvist.....</b>	<b>16</b>
<b>7. Grundläggande förutsättningar .....</b>	<b>18</b>
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
<b>8. Uppföljning.....</b>	<b>21</b>
<b>9. Definitioner .....</b>	<b>22</b>

# 1. Inledning

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

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

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

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

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

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

## 1.1 Syfte och mål

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

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

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

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

## **1.2 Läsanvisning**

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

## **1.3 Målgrupp**

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

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

## **1.4 Omfattning**

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

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

## **1.5 Avtalsparter**

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

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

## **1.6 Avtalstid**

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

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

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

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

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för Avtalet kan initiativ till en översyn tas av 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.

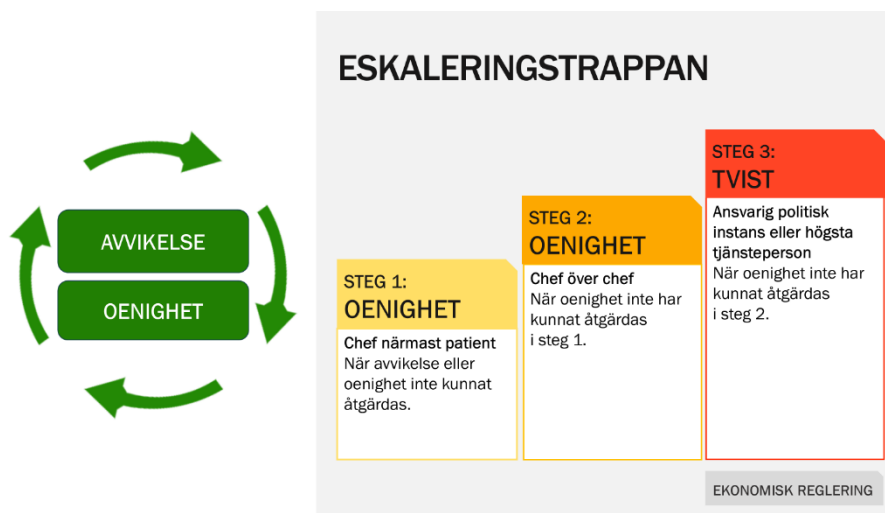
Parterna ansvarar för analys, åtgärder och uppföljning samt för att regelbundet sammanställa registrerade avvikelser mellan vårdgivare. Resultatet används för ett systematiskt förbättringsarbete. Det bidrar till att i samverkan öka patientsäkerhet, kunskapsutveckling och lärande på alla nivåer. Avvikelser 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 avvikelser 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 slutna 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 slutna 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 läns gemensamt, politiskt forum, som har övergripande ansvar för att följa upp Avtalet med dess överenskommelser. Partsgemensamma forum i Västra Götaland ansvarar för genomförande av uppföljningen och att den sker på såväl lokal, delregional som länsnivå.

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

## 9. Definitioner

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

### **Barn och unga**

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

### **Bedömning av patientsäkerhet**

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

### **Egenvård**

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

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**

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

### **Fast vårdkontakt**

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

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

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

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

### **Frekvens**

Hur ofta något inträffar eller upprepas under en viss tid.

Det kan innebära att:

På primärvårdsnivå ansvarar VGR för åtgärder i hemmet med låg frekvens. Kommunen ansvarar för åtgärder i hemmet som behöver ges mer regelbundet.

### **Förmåga**

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

### **Habilitering**

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

Det kan innebära att:

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

### **Hembesök**

Öppenvårdsbesök i patientens bostad eller motsvarande.

### **Hem för vård och boende, HVB**

Boende med platser för heldygnsvistelse tillsammans med insatser i form av vård eller behandling.

### **Hemmet**

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

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

### **Huvudman**

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

### **Händelseanalys**

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

### **Kortvarigt behov**

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

### **Långvarigt behov**

Innebär att behovet kvarstår över tid.

Det kan innebära att:

Ett långvarigt behov med låg frekvens eller enstaka hembesök är VGR:s ansvar, liksom när patienten kan besöka mottagningen.

Ett långvarigt behov med hög frekvens eller behov av regelbundna hembesök är kommunens ansvar.

### **Länsgemensamt, politiskt forum**

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

### **Negativ händelse**

Händelse som medfört något oönskat.

### **Oenighet**

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

### **Parter**

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

### **Partsgemensamt forum**

Grupperingar mellan parterna på politisk och tjänstepersonsnivå.

### **Personcentrerad vård**

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

### **Psykisk funktionsnedsättning**

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

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

### **Rehabilitering**

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

Det kan innebära att:

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

### **Samordningsansvar kring vaccinationer**

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

### **Samsjuklighet**

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

## **SIP**

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

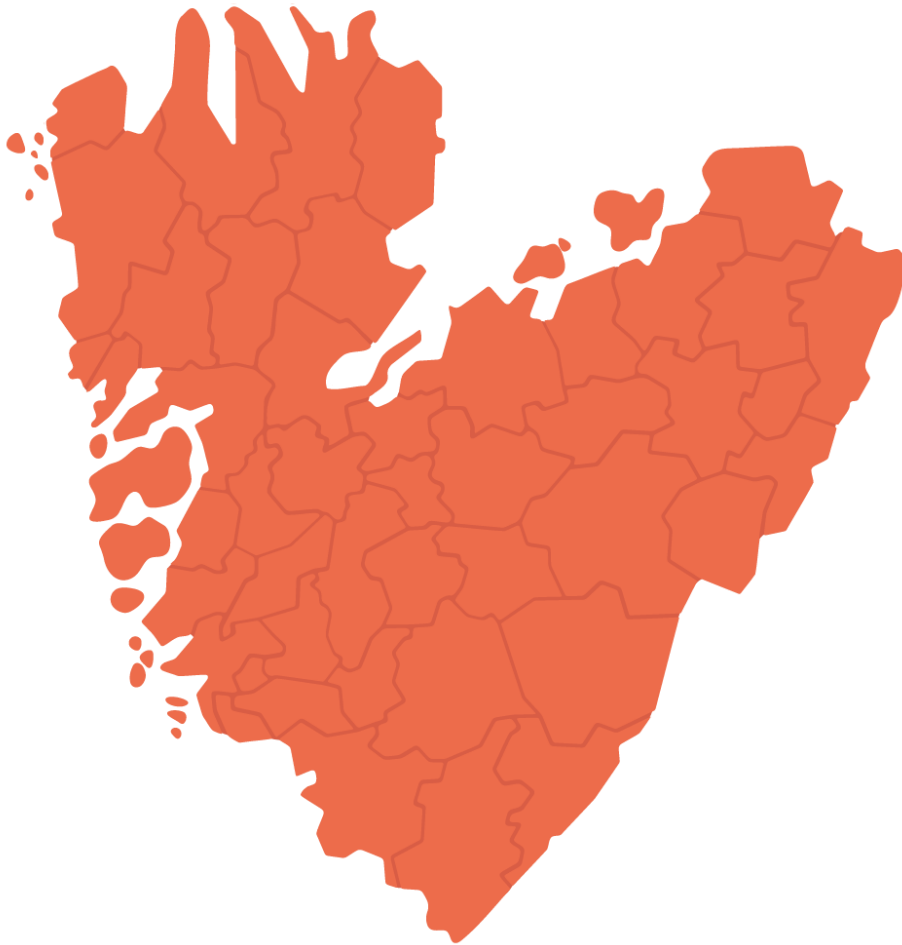
Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården, enligt 1 kap 5 § (2010:659) Patientsäkerhetslagen.

## **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**

### **Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård**

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

# Innehåll

<b>1. Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Parter</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Avtalstid</b> .....	<b>3</b>
<b>4. Syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>5. Målgrupp</b> .....	<b>4</b>
<b>6. Gemensamt ansvar</b> .....	<b>5</b>
<b>7. Parternas ansvar</b> .....	<b>5</b>
7.1 VGR:s ansvar .....	5
7.2 Kommunens ansvar .....	6
<b>8. Utbildning</b> .....	<b>7</b>
<b>9. Uppföljning</b> .....	<b>7</b>

# 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.

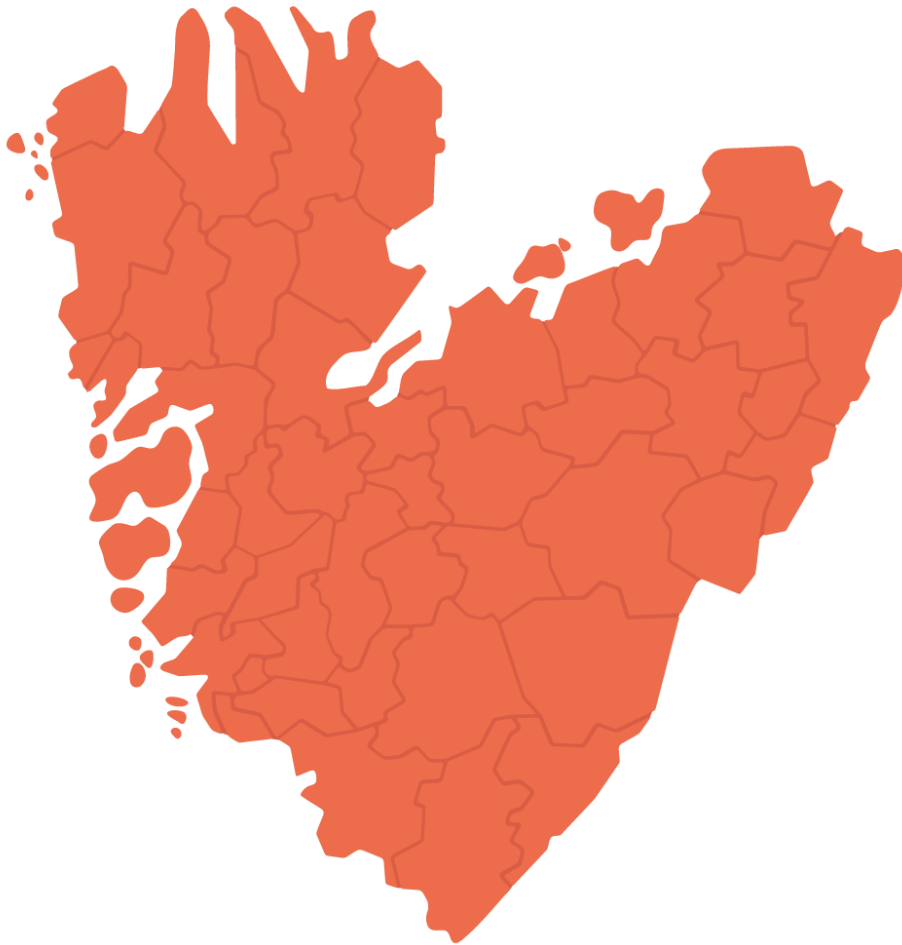
Uppföljning ska ske i samverkan, både lokalt, delregionalt och på länsnivå. Uppföljningen ska identifiera och belysa brister i följsamheten till avtalet och överenskommelsen. Uppföljning av följsamhet sker på både individ- och systemnivå.

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).

▶ Avtal & överenskommelse

Riktlinje

Rutin



## **Överenskommelse**

# **Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård**

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

# Innehåll

<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Parter .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Avtalstid .....</b>	<b>3</b>
<b>4. Syfte .....</b>	<b>4</b>
<b>5. Målgrupp .....</b>	<b>4</b>
<b>6. Villkor för Kommunens betalningsansvar .....</b>	<b>4</b>
<b>7. Ekonomisk modell för att beräkna betalningsansvar .....</b>	<b>5</b>
<b>8. Uppföljning .....</b>	<b>6</b>

# 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 läns gemensamt, 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 läns gemensamt 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 §)

- slutna 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 slutna 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**

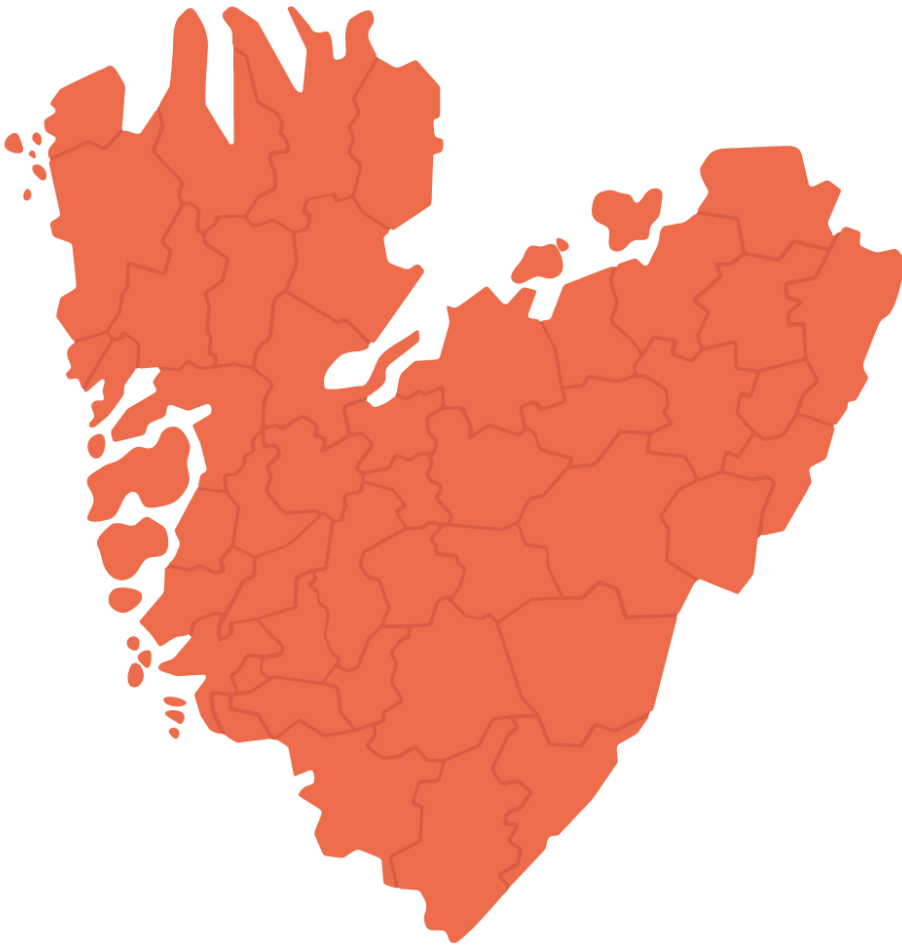
Parterna har både ett gemensamt och ett eget ansvar att årligen följa upp efterlevnaden av överenskommelsen. Det gemensamma ansvaret utgår från läns-gemensamt, politiskt forum.

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.

▶ Avtal & överenskommelse

Riktlinje

Rutin



## Överenskommelse

# Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård

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

# Innehåll

<b>1. Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Parter</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Avtalstid</b> .....	<b>3</b>
<b>4. Syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>5. Målgrupp</b> .....	<b>4</b>
<b>6. Gemensamt ansvar</b> .....	<b>4</b>
<b>7. Parternas ansvar</b> .....	<b>5</b>
7.1 VGR:s läkaransvar .....	5
Läkarens patientansvar .....	5
7.2 Kommunens ansvar .....	6
<b>8. Uppföljning</b> .....	<b>6</b>

# 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 återrapportera resultat
- kontakta berörda mottagningar vid beslut om och avslut av kommunal primärvård
- följa den långsiktiga medicinska planen upprättad av läkare
- tillgodose behov av palliativ hälso- och sjukvård
- sjuksköterska kan, efter dokumenterad överlåtelse från ansvarig läkare, utföra klinisk undersökning vid förväntat dödsfall.

## 8. Uppföljning

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

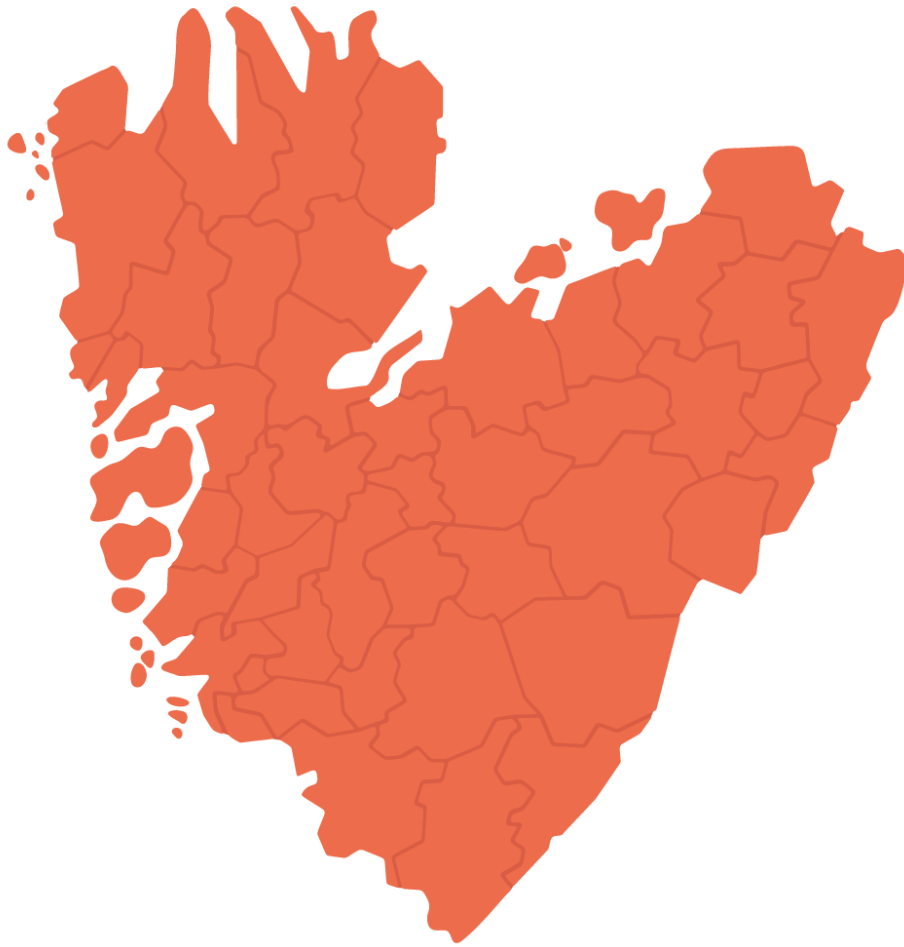
Uppföljning ska ske i samverkan, både lokalt, delregionalt och på länsnivå. Uppföljningen ska identifiera och belysa brister i följsamheten till avtalet och överenskommelsen. Uppföljning av följsamhet sker på både individ- och systemnivå.

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

▶ Avtal & överenskommelse

Riktlinje

Rutin



## Överenskommelse

**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

<b>1. Inledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Parter .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Avtalstid .....</b>	<b>3</b>
<b>4. Syfte .....</b>	<b>4</b>
<b>5. Målgrupp .....</b>	<b>4</b>
<b>6. Gemensamt ansvar .....</b>	<b>5</b>
<b>7. Personer med psykisk funktionsnedsättning.....</b>	<b>5</b>
7.1 VGR:s ansvar .....	5
7.2 Kommunens ansvar.....	6
<b>8. Personer med skadligt bruk och/eller beroende samt samsjuklighet .....</b>	<b>6</b>
8.1 VGR:s ansvar .....	7
8.2 Kommunens ansvar .....	7
<b>9. Barn och unga med placering utanför det egna hemmet .....</b>	<b>7</b>
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
<b>10. Personer med psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård .....</b>	<b>10</b>
10.1 VGR:s ansvar .....	11
10.2 Kommunens ansvar.....	12
<b>11. Uppföljning .....</b>	<b>12</b>

# 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 mellanmänniska 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 hans sociala liv, såsom hem, familj, arbete och skola, men leder också till ökad risk för fysisk skada.

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

VGR:s och Kommunens verksamheter har ansvar för att tidigt identifiera samsjuklighet och att uppmärksamma denna problematik hos målgruppen. Ungdomar ska uppmärksammas särskilt. Parterna ska säkerställa att behandling och stöd vid skadligt bruk och samtidig psykisk sjukdom sker parallellt och integrerat. Samsjuklighet får aldrig vara ett skäl till att inte ge vård, eller till att vård och behandling försenas. Uthållighet och kontinuitet ska prägla hälso- och sjukvård. Parterna har ett gemensamt ansvar att initiera samverkan om säker tillnyktring.

## **8.1 VGR:s ansvar**

VGR:s ansvar är att:

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

## **8.2 Kommunens ansvar**

Kommunens ansvar är att:

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

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

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

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

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

### **HVB, familjehem och hem för viss annan heldygnsvård**

HVB är en verksamhet som bedriver behandling, omvårdnad och stöd till barn, ungdomar, vuxna eller familjer med behov inom Kommunens ansvarsområde. Hem för viss annan heldygnsvård är ett tillfälligt boende som ger möjlighet till avlastning för närstående, eller till rehabilitering för individen. Placering utanför hemmet kan ske i familjehem, HVB eller Statens institutionsstyrelses (SIS) institutioner.

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

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

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

## **9.1 VGR:s ansvar**

VGR:s ansvar är:

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

## **9.2 Kommunens ansvar**

Kommunens ansvar är:

- samordning för placering utanför hemmet i sin helhet

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

### **9.3 Gemensam planering**

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

Vid placering utanför hemmet ska särskilt beskrivas:

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

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

### **9.4 Kostnadsansvar**

Kostnadsansvaret följer respektive Parts ansvarsområde, oavsett om insatserna utförs av Parten själv eller om avtal med annan utförare upprättats.

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

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

I den skriftliga kostnadsfördelningen ska det framgå:

- respektive Parts ansvar för de insatser som ska utföras
- hur hälso- och sjukvård ska tillgodoses
- fördelning av kostnader i kronor eller procent
- tidsperiod

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

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

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

## **9.5 Uppföljning av placering**

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

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

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

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

En person som lider av en allvarlig psykisk störning, och som motsätter sig nödvändig vård, kan bli föremål för psykiatrisk tvångsvård. Även en person som lider av en allvarlig psykisk störning och som begått brott kan, i stället för att dömas till kriminalvårdspåföljd, överlämnas till rättspsykiatrisk vård enligt Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Vården påbörjas alltid i 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.