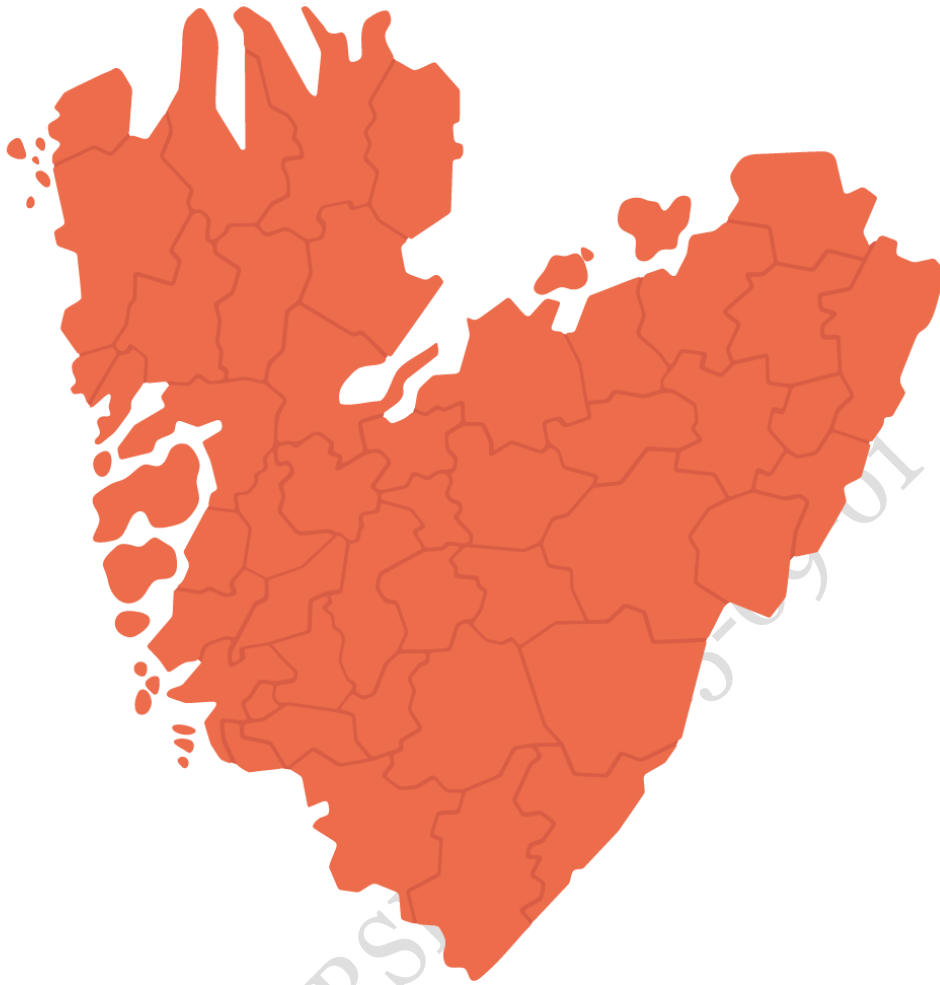


▶ Avtal & överenskommelse

Riktlinje

Rutin



Hälsa- och sjukvårdsavtal

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

Innehåll

Inledning	4
1.1 Syfte och mål	4
1.2 Läsanvisning	5
1.3 Målgrupp.....	5
1.4 Omfattning.....	5
1.5 Avtalspartner	5
1.6 Avtalstid	5
2. Ansvar	7
2.1 Gemensamt ansvar	7
2.2 Västra Götalandsregionens ansvar.....	8
2.3 Kommunens ansvar	9
2.4 Läkemedel.....	9
2.5 Personliga hjälpmedel inklusive förbrukningsartiklar och nutritionsprodukter samt andra medicintekniska produkter	10
3. Hälsa- och sjukvård i hemmet	11
3.1 Primärvård	11
3.2 Specialiserad vård i hemmet.....	11
3.3 Egenvård	12
3.4 Förutsättningar för samverkan	12
4. Samverkan utanför avtalet	14
5. Patientsäkerhet	15
5.1 Avvikelse mellan vårdgivare	15
6. Oenighet och tvist	16
7. Grundläggande förutsättningar	18
7.1 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan	18
7.2 Informationsskyldighet vid förändring.....	18
7.3 Vårdsamverkan – vår gemensamma stödstruktur	18
7.4 Länsgemensamma styrdokument	18

**LÄNSGEMENSAM SAMVERKAN MELLAN VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
OCH KOMMUNERNA I VÄSTRA GÖTALAND**

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 Kommunerna, 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 Part och 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 kommunerna 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 vid tillfället inte är inskriven i slutna vård.

2.4 Läkemedel

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

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 Kommunerna 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 har gemensamt 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.

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.

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.

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 Avvikelse mellan vårdgivare

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

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

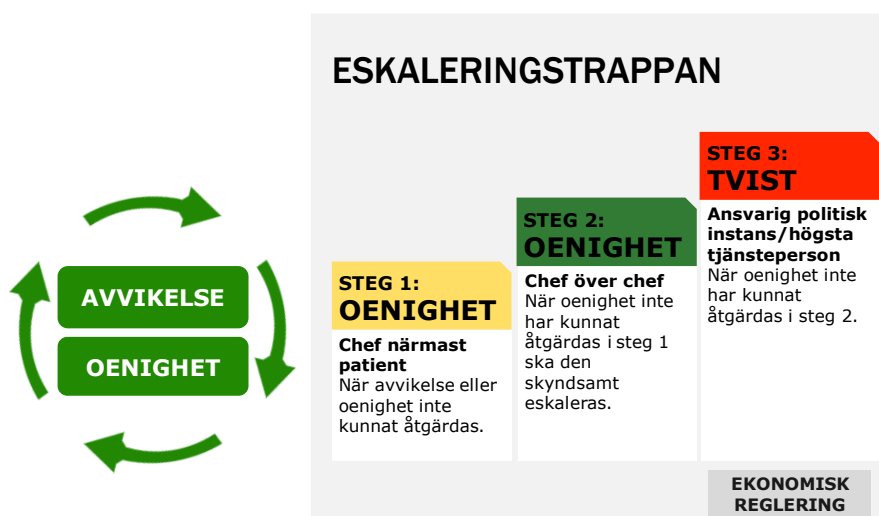
Parterna ansvarar för analys, åtgärder och uppföljning samt för att regelbundet sammanställa registrerade avvikelse mellan vårdgivare. Resultatet används för ett systematiskt förbättringsarbete. Det bidrar till att i samverkan öka patientsäkerhet, kunskapsutveckling och lärande på alla nivåer. Avvikelse 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 vårdsamverkan för spridning av lärdomar och erfarenheter i länet.

7. Grundläggande förutsättningar

7.1 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan

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

Parterna har ett gemensamt ansvar för att stödja ett kunskapsbaserat arbetssätt, och ska samverka i dessa frågor 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 Länsgemensamma styrdokument

Samverkan regleras i lagstiftning och i länsgemensamma styrdokument som avtal, överenskommelser och riktlinjer. Parterna ansvarar för att avtal, överenskommelser, samt länsgemensamma styrdokument fastställs, implementeras och följs upp i respektive huvudmans ledningssystem. Parterna ansvarar för att det som är reglerat i de länsgemensamma styrdokumenterna 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 § 8 och 9 § 9 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet 8 kap. 1 § SoL samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, 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 Kommunen, 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 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

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 gruppboende, 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.

Tvist

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

Utan större svårighet

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

Vårdgivare

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

Vårdskada

Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid

patientens kontakt med hälso- och sjukvården, enligt 1 kap 5 § (2010:659) Patientsäkerhetslagen.

Öppenvårdsdos

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

Öppenvårdsprocess

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