

Mötesbok: Utskottet för Trygghet och stöd (2026-03-04)

Utskottet för Trygghet och stöd

Datum: 2026-03-04

Plats: Inlandsrummet

Kommentar:

Dagordning

Kallelse

KallelseUtskottet för Trygghet och stöd2026-03-04

3

Val av justerare

Tillkommande och utgående ärenden

Informationsärenden

13/26 Information från sektorchef	6
14/26 Verksamhetsrapporter	7
15/26 Ekonomi och avvikelser	8
16/26 Rapportering av T3 – mål, ekonomi och nyckeltal personal	9
17/26 Omställning nya SoL	10
18/26 Systematiskt kvalitetsarbete	11

Ärenden till kommunstyrelsen

19/26 Sektor Trygghet och stöds Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025	12
20/26 Habiliteringsersättning i daglig verksamhet: hel- och halvtidsersättning efter återremiss	41
21/26 Hälso- och sjukvårdsavtal och överenskommelser, GRFS-2025-00226	44
22/26 Remiss - Synpunkter på förslag på länsgemensam riktlinje Samtycke till informationsdelning	136
23/26 Avgift för kylda matportioner - 2026	143



**KUNGÄLV
KOMMUN**

Kallelse
2026-03-04

Kallelse

Instans Utskottet för Trygghet och stöd

Plats Stadshuset plan 2, Inlandsrummet

Tid Onsdagen den 4 mars kl. 08.30-17:00

Ledamöter	Pia Gillerstedt (S) Elisabeth Mattsson (L) Carin Gerefalk (S) Marcus Adiels (M) Gustav Meuller (M) Mikael Wintell (UP) Peter Skoglund Ferrari (SD)	Ordförande Vice ordförande
-----------	--	-------------------------------

Pia Gillerstedt
Ordförande

Anna-Karin Andersson
Sekreterare

OBS! Dagen börjar med ett studiebesök på Smedmästargatan 5, kl. 08.30-12.00:

- Tema: "Kvalitet, kompetens och framtidens omsorg i Trygghet och stöd". Se separat program för studiebesöket, ligger bifogat med kallelsemejlet.
- Vi möts på Smedmästaregatan 5, ingång på långsidan av huset. Det finns gott om P-platser i området. Skulle det vara svårt att hitta P-plats precis utanför adressen så kan man parkera utanför Idrottens second hand på Byggmästaregatan 8.

KallelseUtskottet för Trygghet och stöd
2026-03-04**Dagordning****Tema: Kvalitetsuppföljning**

			Förslag till beslut
1		Upprop	
2		Val av justerare	Utses
3		Tillkommande och utgående ärenden	Fastställs
Informationsärenden			
4	2026-45	Information från sektorchef <i>Föredragande: Lena Arnfelt</i> <i>Kl. 13.05-13.20</i>	Antecknas
5	2026-114	Verksamhetsrapporter <i>Föredragande: Lena Arnfelt, Maria Balaban</i> <i>Kl. 13.20- 13.40</i>	Antecknas
6		Ekonomi och avvikelser <i>Föredragande: Kristina Palm, Ingrid Karlsson, Julia Sauvage</i> <i>Kl. 13.40-14.00</i>	Antecknas
7		Rapportering av T3: mål, ekonomi och personalnyckeltal <i>Föredragande: Lena Arnfelt</i> <i>Kl. 14.10-14.25</i>	Antecknas
8		Omställning nya SoL <i>Föredragande: Sofie Anderman, Yasmin Andersson</i> <i>Kl. 14.25-15.30</i>	Antecknas
9		Systematiskt kvalitetsarbete <i>Föredragande: Kristina Borg, Sofia Eliasson</i> <i>Kl. 15.40-16.00</i>	Antecknas

KallelseUtskottet för Trygghet och stöd
2026-03-04**Ärenden till kommunstyrelsen**

- | | | | |
|----|---------------|---|--------|
| 10 | KS2026/0314-1 | Sektor Trygghet och stöds Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025
<i>Föredragande: Kristina Borg, Sofia Eliasson</i>
<i>Kl. 16.00-16.20</i> | Beslut |
| 11 | KS2025/0870-6 | Habiliteringsersättning i daglig verksamhet: hel- och halvtidsersättning – efter återremiss
<i>Föredragande: Simon Gullsby</i>
<i>Kl. 16.20-16.30</i> | Beslut |
| 12 | KS2025/1932-3 | Hälso- och sjukvårdsavtal och överenskommelser, GRFS-2025-00226
<i>Föredragande: Anna Mårtén</i>
<i>Kl. 16.30-16.40</i> | Beslut |
| 13 | KS2026/0240-2 | Remiss – Synpunkter på förslag på länsgemensam riktlinje Samtycke till informationsdelning
<i>Föredragande: Anna Mårtén</i>
<i>Kl. 16.40-16.45</i> | Beslut |
| 14 | KS2025/2665-1 | Avgift för kylda matportioner – 2026
<i>Föredragande: Jenny Engkvist</i>
<i>Kl. 16.45-16.55</i> | Beslut |

Denna behandling '13/26 Information från sektorchef' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '14/26 Verksamhetsrapporter' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '15/26 Ekonomi och avvikelser' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '16/26 Rapportering av T3 – mål, ekonomi och nyckeltal personal' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '17/26 Omställning nya SoL' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '18/26 Systematiskt kvalitetsarbete' har inget tjänsteutlåtande.



**KUNGÄLV
KOMMUN**

Sid 1 (3)

Tjänsteutlåtande

Handläggarens namn
Kristina Borg

2026-02-09

Sektor Trygghet och stöds Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse 2025 (Dnr KS2026/0314-1)

Sammanfattning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Det blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet följer ett årshjul där planering och genomförande av åtgärder, analys av avvikelser och egenkontroller, identifiering av risker och riskbedömning systematiskt utförs. Arbetet bedrivs parallellt med analyser och utvärdering för innevarande år, samtidigt med planering och riskbedömning för kommande år.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen finns tillgänglig (efter beslut) på kommunens hemsida för den som önskar ta del av den.

Sektor Trygghet och stöd föreslår att den upprättade Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2025 godkänns.

Juridisk bedömning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Enligt Patientsäkerhetslagen ska vårdgivare senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits, vilka åtgärder som vidtagit för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts.

Förvaltningens bedömning

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Det blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet följer ett årshjul där planering och genomförande av åtgärder, analys av avvikelser och egenkontroller, identifiering av risker och riskbedömning systematiskt utförs. Arbetet bedrivs parallellt med analyser och utvärdering för innevarande år, samtidigt med planering och riskbedömning för kommande år.

Utifrån den nya socialtjänstlagen som trädde i kraft 2025 fortlöper arbetet för omställning till

en långsiktigt hållbar, mer förebyggande och kunskapsbaserad socialtjänst. Den nya socialtjänstlagen och omställning av Nära vård samspelar i många delar gällande kompetens, kvalitet och individen i centrum.

För att ytterligare kvalitetssäkra arbetet med avvikelser och evidensbaserade metoder fick MAS, SAS och MAR under 2025 i uppdrag från sektorledningen att planera utbildning för samtliga enhetschefer och all legitimerad personal avseende avvikelshantering. Utbildningen är planerad till våren 2026.

En av de stora utmaningarna för sektor Trygghet och stöd är att kompetensförsörja verksamheterna. Under 2025 arbetade sektorn vidare med att praktiskt omsätta den kompetensförsörjningsplan som togs fram 2024.

Under 2025 har Trygghet och stöd fortsatt sitt arbete med att beredskapsanpassa sektorn. Flera beredskapssamordnare har anställts i kommunen varav en specifikt för sektor Trygghet och stöd.

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen finns tillgänglig på kommunens hemsida för den som önskar ta del av den.

Förvaltningen föreslår att den upprättade Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen för 2025 godkänns.

Ärendenivåer – bedömning utifrån kommunfullmäktiges strategiska mål eller kommunstyrelsens resultatmål

Ärendet är i linje med kommunfullmäktiges strategiska mål om en trygg omsorg med valmöjligheter genom hela livet.

Bedömning utifrån politiska styrdokument

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har koppling till globala mål i Agenda 2030 för hållbar utveckling genom mål 3 "God hälsa och välbefinnande".

Bedömning utifrån ett medborgar- och brukarperspektiv

Det arbete som görs inom socialtjänst och hälso- och sjukvård riktas direkt till brukare och medborgare och ska vara av god kvalitet och ge en trygg och säker vård och omsorg.

Bedömning utifrån ett medarbetarperspektiv

Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen utgår främst från ett medborgar- och brukarperspektiv. Medarbetare berörs främst genom utförande av kvalitativ vård och omsorg.

Ekonomisk bedömning

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet medför inte ökade kostnader då arbetet bedrivs inom ram.

Förslag till kommunstyrelsen

1. Kvalitets- och patientsäkerhetsberättelse för 2025 godkänns.

Förslag till kommunfullmäktige

1. Informationen antecknas till protokollet.

Lena Arnfelt
Sektorchef

Kristina Borg
Socialt ansvarig samordnare

Expedieras till: Anna Mårtén, Sofia Eliasson. Linda Hjelm, Kristina Borg

För kännedom till:



Kvalitet- och patientsäkerhetsberättelse 2025

Innehållsförteckning

1 Inledning	4
1.1 Kvalitet.....	4
1.2 Patientsäkerhet.....	4
1.3 Syfte	4
2 Sammanfattning	5
3 Grundläggande förutsättningar för god kvalitet och säker vård.....	6
3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning	6
3.1.1 Övergripande mål och strategier för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.....	6
3.1.2 Organisation och ansvar i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	7
3.1.2.1 Samverkan.....	8
3.1.2.2 Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister.....	8
3.1.2.3 Informationssäkerhet	9
3.2 Adekvat kunskap och kompetens.....	9
4 Agera för god kvalitet och säker vård.....	11
4.1 Egenkontroll.....	11
4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden	12
4.2.1 Vårdskada/Lex Maria	12
4.2.2 Lex Sarah	12
4.3 Säker vård och omsorg	13
4.3.1 Riskhantering	14
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling	15
4.4.1 Avvikelse	16
4.4.2 Klagomål och synpunkter.....	18
4.4.3 Brukarundersökningar	19
4.4.4 Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK).....	19
4.4.5 Öppna jämförelser.....	21
4.4.5.1 Äldreomsorg.....	21
4.4.5.2 Ekonomiskt bistånd	21
4.4.5.3 Social barn- och ungdomsvård.....	22
4.4.5.4 Missbruks- och beroendevård	22
4.4.5.5 Motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden.....	22
4.4.5.6 Våld i nära relationer	23
4.4.5.7 Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård	23

4.4.5.8 Kommunal hälso- och sjukvård	23
4.4.6 Ej verkställda beslut	24
5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år.....	25

1 Inledning

1.1 Kvalitet

I Socialtjänstlagen (SoL) 3 kap § 3 framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvalitet i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) § 6 innehåller motsvarande bestämmelse. Även hälso- och sjukvårdslagen (HSL) lyfter fram kraven på god vård och god kvalitet (HSL 2 a §).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, SOSFS 2011:9 menas med kvalitet att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård, socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Utifrån ovanstående lagstiftning och föreskrifter ska verksamheten systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Arbetet med detta ska dokumenteras.

1.2 Patientsäkerhet

Enligt 3 kap Patientsäkerhetslagen (2010:659) har vårdgivaren skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Detta innebär att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen upprätthålls. Enligt 3 kap. 10 § samma lag ska vårdgivaren senast den 1 mars varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. Berättelsen ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

1.3 Syfte

Syftet med kvalitets- och patientsäkerhetsberättelsen är att ge en samlad bild av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i verksamheten under året som gått. Detta blir också ett underlag till planeringen av fortsatt systematiskt kvalitetsarbete under kommande år.



Vårdgivaren (enligt HSL) eller den som bedriver socialtjänst bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå hur det systematiska arbetet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet samt vilka resultat som har uppnåtts.

2 Sammanfattning

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet inom Sektor Trygghet och stöd har under 2025 bedrivits i enlighet med gällande lagkrav och föreskrifter. Arbetet har fokuserat på att systematiskt utveckla, följa upp och säkra kvalitet och säker vård inom socialtjänst, funktionsstöd, äldreomsorg och kommunal primärvård.

Året har präglats av omfattande förändringsarbete inför implementeringen av den nya socialtjänstlagen, vilket inneburit nulägesanalyser, etablering av projektorganisation och utveckling av nya arbetssätt, rutiner och kontaktvägar. Parallellt har sektorn fortsatt arbetet med kompetensförsörjning, Nära vård-omställning samt implementering av nationella kvalitetsregister såsom Senior Alert, beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och Palliativregistret.

Egenkontroller, avvikelshantering och lex-rapportering visar att verksamheterna arbetar systematiskt med att identifiera risker, vidta åtgärder och stärka följsamhet till rutiner. Läkemedelshantering, dokumentation, informationsöverföring och vårdhygien är fortsatt prioriterade områden. Antalet avvikelser relaterade till läkemedel och fall är högt, delvis som en följd av ökad vårdtyngd och fler dokumenterade insatser.

Brukarundersökningarna 2025 visar överlag god nöjdhet, särskilt i hemtjänst och på vård- och omsorgsboenden, men identifierar också tydliga riskområden såsom tillgänglighet, kommunikation, psykisk hälsa och ensamhet. Inom funktionsstöd framkommer behov av stärkt brukarfokus, tydligare uppföljningsstrukturer och mer systematiska kompetenshöjande insatser.

Samverkan, både internt och externt, är fortsatt en central förutsättning för kvalitet och säkerhet. Arbetet omfattar vårdsamverkansområdet Samverkan i mellersta Bohuslän och Ale (SIMBA), Skola, socialtjänst, polis och fritid (SSPF)-strukturer och regionalt nätverkssamarbete inom Göteborgsregionen. Informationssäkerhet och krisberedskap har stärkts genom uppdaterade klassningar och kontinuitetsplaner.

Enheterna inom individ- och familjeomsorg har arbetat med att utveckla rutiner, möta ökande komplexitet i ärenden och förstärka rättssäkerheten i handläggningen. Socialtjänstens utmaningar omfattar ökad samsjuklighet, våldsutsatthet, kriminalitet, hemlöshet och hög arbetsbelastning. Arbetet med förebyggande insatser, metodutveckling och samverkan har därför fortsatt att byggas ut.

Äldreomsorgen står inför betydande demografiska och kompetensrelaterade utmaningar. Förberedelser inför öppnandet av Ängegårde vård- och omsorgsboende 2026 har varit en viktig utvecklingsinsats. Inom funktionsstöd är fokus riktat mot att möta mer komplexa behov och stärka det systematiska kvalitetsarbetet, inklusive implementering av Individens behov i centrum (IBIC) och stödbehovsmätningar.

Sammanfattningsvis visar årets arbete att verksamheterna tar steg framåt i att stärka struktur, kompetens och uppföljning, men står inför fortsatt stora krav på utveckling av samverkan, arbetsprocesser, digitalisering, riskhantering och systematik i kvalitetsarbetet. Implementeringen av ny socialtjänstlag och omställningen till Nära vård kommer att vara centrala fokusområden under 2026.

3 Grundläggande förutsättningar för god kvalitet och säker vård

3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En engagerad ledning och tydlig styrning av socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård är avgörande för kvalitet och säker vård på alla nivåer. Det gäller från den nationella nivån till operativa chefer och ledare i den brukar- och patientnära verksamheten.

3.1.1 Övergripande mål och strategier för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Ny socialtjänstlag

Som ett led i arbetet med implementeringen av ny socialtjänstlag gjordes i början av 2025 en nulägesanalys för sektor Trygghet och Stöd samt för kompetenscentrum. Analysgrupper skapades utifrån olika områden så som socialpsykiatri, barn- och unga, skadligt bruk och beroende, äldre, funktionsstöd, våld i nära och försörjningsstöd.

Utifrån nulägesanalysen har sex prioriterade övergripande områden tagits fram:

- Förbättra information om socialtjänsten på kommunens hemsida.
- Utveckla förenklade kontaktvägar till socialtjänsten.
- Ta fram en process för hur man gör vid insatser utan behovsprövning som är en ny möjlighet i socialtjänstlagen.
- Förbättra uppföljningen av socialtjänstens insatser.
- Öka kunskapen om vilka behov som finns hos invånare och socialtjänstens målgrupp genom brukarinvolvering.
- Förbättra förutsättningarna för samverkan i individärenden som berör flera verksamhetsområden.

Genomförda aktiviteter under 2025

Inför att lagen trädde i kraft 1 juli 2025 behövde vissa saker vara på plats. Bland annat behövde alla verksamhetssystem, dokument och mallar bli uppdaterade med de nya paragraferna i lagen. Alla insatser som varit sedan tidigare i Kungälv kommun inom socialtjänsten som inte krävde ett myndighetsbeslut behövde beslutas av kommunstyrelsen för att de skulle kunna erbjudas vidare utan behovsprövning. Sektor behövde kartlägga alla insatserna och ge förslag till beslut om vilka som skulle fortsätta, vilken målgrupp de riktades till, vilka villkor som krävdes för att ta del av insatsen samt vilket dokumentationskrav som gällde för varje insats i enlighet med ny socialtjänstlag. Beslut om dessa insatser fattades i maj av kommunstyrelsen.

Under hösten kom en till projektledare på plats så nu är det två projektledare i sektorn som arbetar med genomförandet av omställningen. Under hösten har projektplan och projektorganisation tagits fram och beslutats om, vision är framtagen för sektorns omställningsarbete och tre projektgrupper startade med inriktning barn, vuxen och äldre. Varje projektgrupp har sedan prioriterat områden att fördjupa sig i och vid behov fattat beslut om arbetsgrupper som startats. Nya arbetsgrupper kommer starta under början av 2026 inom exempelvis mötesplats Komarken och kommunikation.

Kungälv kommun har deltagit i forskningsprojektet Nationell uppföljning av socialtjänstens omställning (NUSO), med inriktning barn och unga. Syftet med NUSO är att undersöka nuläget och förstå hur socialtjänstens arbete förändras över tid. NUSO är ett samarbete mellan Karlstads universitet och Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt stöds av Föreningen Sveriges socialchefer.

Under hösten har det anordnats en föreläsning om kunskapsbaserad socialtjänst för medarbetare,

utbildning i förändringsledning för chefer och en samverkansdag med fokus på yngre barn för professionella inom socialtjänst, skola och regionen.

Arbete har även påbörjats med att ta fram struktur för uppföljning av insatser utan behovsprövning för att uppfylla nya dokumentationskrav enligt nya socialtjänstlagen.

Information har getts om ny socialtjänstlag både internt och externt vid behov.

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjningen fortsätter att vara en av välfärdens mest centrala och långsiktiga utmaningar. Under 2025 arbetade sektorn vidare med att omsätta den framtagna kompetensförsörjningsplanen i praktiken. Flertalet strategiska processer pågår parallellt då ingen enskild åtgärd är tillräcklig. Fokus ligger på att säkerställa rätt kompetens över tid, stärka attraktiviteten som arbetsgivare och möta både dagens och framtidens behov inom verksamheterna.

Rekryteringsenheten har under 2025 lyckats att rekrytera enligt verksamheternas behov samt genomfört justeringar i rekryteringsprocessen. Vidare har rekryteringsenheten arbetat såväl internt som externt med både digital och fysisk marknadsföring.

Omställning Nära vård

Omställningen till Nära vård utgör en pågående förändringsprocess inom hälso- och sjukvården med målsättningen att skapa en mer tillgänglig, sammanhållen och personcentrerad vård. Under 2025 har erfarenheterna från arbetet med vardagsrehabilitering vidareutvecklats till ett nytt projekt, där arbetsterapeut och biståndshandläggare samverkar i samband med utskrivning från sjukhus. Syftet är att i förebyggande syfte stödja den enskilde i att bibehålla sina funktioner. Under 2025 har en projektplan tagits fram, och projektet planeras att starta 2026.

Kvalitets- och kunskapsbaserad verksamhet

Socialstyrelsens handlingsplan *Agera för säker vård* syftar till att minska vårdskador och stärka patientsäkerheten genom ett systematiskt och långsiktigt förbättringsarbete. I Kungälv har arbetet med den lokala handlingsplanen fortsatt inom tre prioriterade områden: det dagliga patientsäkerhetsarbetet, förebyggande insatser samt ökad patientdelaktighet i den egna vården.

Under 2025 har implementeringen av kvalitetsregistren Senior Alert, Svenskt Palliativt Register och BPSD-registret vidareutvecklats och fördjupats inom både äldreomsorg och hälso- och sjukvård.

3.1.2 Organisation och ansvar i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Medarbetare

Alla medarbetare har ansvar för att kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. De ska känna till och arbeta efter gällande processer och styrdokument, delta i framtagande, tillämpning och vidareutveckling av processer, styrdokument och arbetsmetoder. De ska aktivt bidra i kvalitetsarbetet på enheten. De ska känna till och följa rapporteringsskyldigheten.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Har ett särskilt yrkesansvar som bland annat innebär att arbetet ska utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare har de en skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada i syfte att bibehålla en hög patientsäkerhet.

Enhetschef

Ansvarar för att verksamhetens rutiner och riktlinjer är kända inom sin enhet samt att ny personal får adekvat introduktion för att utföra uppdragen och har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Enhetschefen är också ansvarig för avvikelsehanteringen på sin enhet samt för teamsamverkan. Båda dessa ansvarsområden är centrala för en säker vård.

Verksamhetschef Hälso- och sjukvård

Enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska verksamheten säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att vård och omsorg bedrivs utifrån lagar, föreskrifter, riktlinjer och för verksamhetens fastställda rutiner. I ansvaret ingår att säkerställa att resursanvändning och bemanning ger förutsättningar för en god och säker vård samt för att kunna bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

MAS och MAR ska ansvara för att patienter får en säker och ändamålsenligt hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens område. MAS och MAR har delegation från nämnden att anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Verksamhetschef

Har ett helhetsansvar för sina respektive områden. De ansvarar bland annat för att den personal och utrustning som krävs finns och att personalen känner till och följer gällande riktlinjer och rutiner. Vidare ingår ansvar för att adekvat introduktion och kompetensutveckling ges samt för att riskanalyser genomförs inför större förändringar i verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera och följa upp sin verksamhet.

Socialt ansvarig samordnare (SAS)

Ansvarar för att brukaren får en säker och ändamålsenlig vård och omsorg av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde. Ansvarar för att kvalitetsgranska och utreda missförhållanden samt att kvalitetsutveckla socialtjänsten.

Sektorchef

Ska inom ramen för ledningssystemet och sociala myndighetsnämndens ansvar ta fram, fastställa och dokumentera processer och rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas, följas upp och förbättras. Sektorchef har ett övergripande ansvar för att det i ledningssystemet för kvalitet finns rutiner för egenkontroll och riskanalys.

Kommunstyrelsen (KS)

I Kungälv är kommunstyrelsen (KS) vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) och har det övergripande ansvaret för att den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ansvarsområdet uppfyller hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård. KS ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård och omsorg upprätthålls. KS ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

3.1.2.1 Samverkan

I Västra Götaland finns sex delregionala vårdssamverkansområden med representanter från kommun och region. Kungälv ingår i vårdssamverkan SIMBA med Ale, Stenungssund och Tjörn. Varje kommun samverkar även lokalt i närområdet.

Regelbundet under året samlas representanter för de olika verksamheterna för att arbeta för en god vård och omsorg. Samverkan sker på politisk- och förvaltningsnivå likväl som på verksamhetsnivå.

Kungälv är en del av Göteborgsregionen (GR) och samverkar med 12 andra kommuner för att utveckla verksamheten. Göteborgsregionen erbjuder deltagande i nätverk för olika områden som äldreomsorg, individ- och familjeomsorg, funktionsstöd och hälso- och sjukvård.

3.1.2.2 Samverkan för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister

Samverkan är en stor del av den kommunala verksamheten. Genom teammöten sker den interna samverkan med fokus på patient/brukare för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister. I det

ständiga förbättringsarbetet sker samverkan på alla nivåer i kommunen.

Den externa samverkan med regionen, så som Kungälv's sjukhus, vårdcentraler och annan öppenvård, för att förebygga vårdskador och kvalitetsbrister sker på Närområdesmöten.

Samverkansarbetet som är riktat mot skolverksamheten och polisen sker via samverkansformen SSPF.

3.1.2.3 Informationssäkerhet

Under året har sektorn arbetat systematiskt med informationssäkerhet genom uppdatering av klassning för 13 verksamhetssystem samt löpande digitala informationssäkerhetsutbildningar. Säkerhetsgranskningar har genomförts med deltagande av enhetschefer, medarbetare, systemförvaltare, SAS, MAS, dataskyddssamordnare och digitaliseringsledare. Risker har identifierats och åtgärder har tagits fram i samverkan med ansvariga tjänstemän. Sexton kontinuitetsplaner har reviderats och integrerats i kvalitetsledningssystemet.

Inför den kommande cybersäkerhetslagens införande har sektorledning fått utbildning kring det systematiska informationssäkerhetsarbetet och innebörden av lagen. Det grundläggande arbetet med kartläggning, klassning, riskanalys och uppföljning omformas för att passa de kommande föreskrifterna ifrån tillsynsmyndigheter och själva lagen i sig. Ett byte av stödsystem för det systematiska informationssäkerhetsarbetet har skett under året vilket gjort att stöddokument för förvaltningen även behövs uppdaterats.

Krisberedskap

Under 2025 har Sektor "Trygghet och stöd" fortsatt sitt arbete med att beredskapsanpassa sektorn. Flera beredskapssamordnare har anställts i kommunen, varav en specifikt för sektor "Trygghet och stöd". Verksamhetens olika kontinuitetsplaner är under vidare utveckling för de olika verksamhetsområdena och enheterna. Beredskapslager byggs upp på enhetsnivåer och krislådar planeras utifrån verksamheternas behov. Övningar har genomförts och planläggs, informationsutbyte och utbildningar är pågående stöd till personalen för att stärka kommunens robusthet i händelse av fredstida kris eller krig.

Sektorn har även anpassat sig till rådande nya lagar och pågående SOU -utredningar som får påverkan på sektorns olika verksamheter.

3.2 Adekvat kunskap och kompetens

De utbildningar som gjorts är utifrån de områden verksamheterna identifierat genom bland annat avvikelshantering, egenkontroller samt nationella riktlinjer och syftar till ökad kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg.

Utbildningar som ges inom flera verksamhetsområden är: lågaffektivt bemötande (Durewall), hjärt-lungräddning, läkemedelsutbildning inför delegering, förflyttningsteknik, valideringsutbildning, social dokumentation samt utbildning inom kost. Förutom ovan nämnda utbildningar har verksamheterna utifrån sina egna behov prioriterat ytterligare utbildningar enligt följande:

Funktionsstöd

Inom funktionsstöd har yrkesresan steg 2 och 3 samt KOMBO (kommunikationstöd i boende och daglig verksamhet) genomförts i vissa verksamheter.

Sammantaget ser verksamhetsområde funktionsstöd att det finns ett behov av att se över hur internutbildningar fördelas inom området. Idag finns det utmaningar i att olika verksamheter har behov av olika kompetensprofiler.

Äldreomsorgen

Utbildningar inom psykisk ohälsa, suicidprevention och låg affektivt bemötande är prioriterade för att ge personalen verktyg att hantera komplexa situationer och förebygga konflikter, vilket ökar tryggheten för både brukare och personal.

Andra utbildningar som har utförts är: Senior alert och BPSD, fast omsorgskontakt och IBIC, värdegrundsutbildning, våld i nära relationer, basala hygienrutiner, språkutvecklande arbetssätt samt externa utbildningar som mentorsutbildning, brandkunskap, och handledarutbildning.

Kommunal primärvård, korttidsenhet, hälsofrämjande- och förebyggande

I början av året fick all personal inom Kommunal primärvård genomgå utbildning i strukturerad dokumentation då nytt journalsystem, PMO, infördes.

För att bättre möta personer med demens och deras behov har fyra medarbetare, varav två sjuksköterskor, en arbetsterapeut samt en fysioterapeut, slutfört magisterexamen 60 Hp i vård för personer vid kognitiv sjukdom samt Sylviacertifiering.

Övriga utbildningar för rehabenheten som genomförts har främst riktat sig mot att stärka baskompetensen kring grunduppdraget. Utbildningarna har bland annat berört hjälpmedel av olika slag.

Gällande sjuksköterskeenheten har några medarbetare gått sårvårdsutbildning 7,5 hp samt inkontinensutbildning 7,5 hp. Även utbildning i förskrivning av hjälpmedel vid inkontinens och diabetes har genomförts av några medarbetare.

Medarbetare i anhörigstödet har haft utbildning kring sorgbearbetning, Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

4 Agera för god kvalitet och säker vård

4.1 Egenkontroll

Egenkontroll	Bedömning	Kommentar
 Händelselogg Treserva	Godkänd	Händelselogg Treserva genomförs av samtliga av sektorns enheter. Utförda händelseloggar är godkända.
 Checklista för vårdhygienisk egenkontroll (VoB och Funktionsstöd)	Delvis godkänd	Checklistan har skickats ut till totalt 47 enheter inom vård- och omsorgsboende samt Funktionsstöd. Samtliga har svarat. Bedömningen sammanvägt är att resultatet är delvis godkänt.
 Checklista för vårdhygienisk egenkontroll (sio)	Delvis godkänd	Checklistan har skickats ut till totalt 10 enheter. Samtliga har svarat. Bedömningen sammanvägt för verksamhetsområdet är att resultatet är delvis godkänt.
 Frågeformulär - Kost	Delvis godkänd	Frågeformuläret har skickats ut till enheter inom verksamhetsområdena Äldreomsorg samt Funktionsstöd. Samtliga enheter har svarat. Sammantaget bedöms resultatet vara delvis godkänt.
 Frågeformulär - Kvalitet	Delvis godkänd	Frågeformuläret har skickats ut till enheter inom sektorns samtliga verksamhetsområden. Sammantaget bedöms resultatet vara delvis godkänt.
 Frågeformulär - Patientsäkerhet	Delvis godkänd	Frågeformuläret patientsäkerhet har skickats ut till enheter inom verksamhetsområdena Funktionsstöd, Äldreomsorgs och Hälso- och sjukvård. Samtliga har svarat. Sammantaget bedöms resultatet vara delvis godkänt.

I egenkontrollerna kontrolleras och utvärderas verksamheternas systematiska arbete inom prioriterade områden och att arbetet bedrivs enligt de processer och rutiner som fastställts inom verksamhetens ledningssystem. Det är en del av förvaltningens ständiga förbättringsarbete.

Följande egenkontroller är genomförda:

Händelselogg Treserva och PMO - Stickprov för att kontrollera vem som varit inne i socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ärenden utförs tertialvis.

Checklista för vårdhygienisk egenkontroll - utförs en gång per år. Att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning i vård och omsorg är en viktig del i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Detta är ett prioriterat område för flera verksamheter att fortsätta arbeta med under 2026 där vi också ser behov kring att skapa ytterligare stöd och struktur för att kunna

säkra kunskap och kompetens samt följsamhet till vårdhygienska rutiner.

Frågeformulär gällande kost utförs en gång per år och syftar till att säkerställa det systematiska arbetet och medarbetarnas kunskap om kost.

Frågeformulären för patientsäkerhet och kvalitet utförs en gång per år. Här kontrolleras om verksamheterna säkerställt att rutiner och riktlinjer gällande bland annat dokumentation, informationsöverföring och läkemedelshantering är kända och efterlevs av personalen.

Sammanfattningsvis har sektorn en god svarsfrekvens samt visar också på att verksamheterna jobbar systematiskt med förbättringar samt prioriterar och planerar relevanta åtgärder för 2026 för att uppnå förflyttningar i positiv riktning.

4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador och missförhållanden

Lex Sarah reglerar anställdas med fleras skyldighet att rapportera missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden i ärenden enligt SoL och LSS. Lex Sarah innebär skyldighet att utreda, dokumentera och avhjälpa/undanställa missförhållandet eller den påtagliga risken för ett missförhållande som rapporterats. Skyldigheten gäller för den som driver verksamheten.

Lex Maria är anmälningsskyldigheten som följer av Patientsäkerhetslagen.

Anmälningsskyldigheten innebär att en vårdgivare har skyldighet att till Inspektionen för vård och omsorg anmäla om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom.

Vidare ingår en skyldighet för den som bedriver verksamheten att efter utredning anmäla allvarliga missförhållanden till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Syftet med Lex Sarah och Lex Maria är att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen.

Varje utredning av Lex Sarah och Lex Maria återkopplas till berörd arbetsgrupp och varje kvartal redovisas Lex Sarah och Lex Maria till ledningsgrupper, sektorledning, utskottet för trygghet och stöd samt sociala myndighetsnämnden för att lära av det som har inträffat, ge goda exempel på åtgärder samt för att förhindra att något liknande inträffar igen.

Avvikelse i vårdssamverkan diskuteras mellan region och kommun på närområdesmöten.

4.2.1 Vårdskada/Lex Maria

Medicinsk ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering utreder under året avvikelser i samverkan med enhetschefer. Under 2025 har en avvikelse anmälts enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

4.2.2 Lex Sarah

Antalet utredningar om missförhållanden enligt Lex Sarah är lägre under 2025 (40) jämfört med 2024 (70). Antalet inrapporterade Lex Sarah som sedan av SAS bedömts vara av ej Lex Sarah karaktär är fortsatt högt vilket indikerar att enhetscheferna och SAS behöver fortsätta utbilda medarbetarna i vad som är skillnaden mellan ett missförhållande enligt Lex Sarah och en avvikelse.

Nio utredningar enligt Lex Sarah har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under året. IVO granskar om huvudmannen har fullgjort sin utrednings- och anmälningsskyldighet. Om IVO bedömer att huvudmannens utredning följer gällande bestämmelser och att åtgärder vidtagits avslutar IVO ärendet. Av de nio är sex avslutade av IVO, övriga tre handläggs fortfarande av IVO

på grund av långa handläggningstider.

4.3 Säker vård och omsorg

Äldreomsorg

Allt fler äldre med ökade och komplexa vårdbehov flyttar in på vård- och omsorgsboende, vilket ökar behovet av dubbelbemanning vid förflyttningar och omvårdnad. Precis som på vård- och omsorgsboende ökar kunskapskravet i Stöd i ordinärt boende för att kunna säkerställa god vård och omsorg. Eftersom efterfrågan på kompetens kring demenssjukdomar ökar expanderar demensteamet.

Verksamheten har också utökats med en biträdande verksamhetschef för att skapa bättre förutsättningar för närvarande ledarskap och systematisk uppföljning.

Kommunal primärvård (hemsjukvård)

Den kommunala primärvården står inför ökande utmaningar till följd av ett större och mer vårdkrävande patientunderlag samt ett växande behov av samordning mellan olika vårdaktörer. Varje inskriven patient kräver i allt högre utsträckning omfattande vårdinsatser och fler kontakter med olika vårdinrättningar. Det välfungerande samarbetet mellan kommunal primärvården och regional primärvård och slutenvård utgör dock en viktig förutsättning för en trygg och säker vård.

Förkortade vårdtider på sjukhus innebär att patienter i många fall har ett omfattande vårdbehov vid hemgång, ibland med behov av specialistkompetens under den första tiden i hemmet. Samtidigt ökar kraven på den kommunala primärvårdens förebyggande arbete för att minska behovet av slutenvård. Under 2025 har samarbetet med Kungälv's sjukhus mobila team intensifierats. Arbetsgrupper har arbetat med att revidera befintliga överenskommelser med det mobila palliativa teamet samt förbättra informationsöverföringen mellan berörda parter.

Under 2025 har även ett nytt verksamhetssystem implementerats inom den kommunala primärvården, vilket utgör ett viktigt steg för att stärka kvalitet, dokumentation och effektivitet i det fortsatta arbetet.

Korttid

Under 2025 har korttidsverksamheten varit förlagd till två enheter: Ytterbyhemmet och Lasarettsgatan. Avtalet med Lasarettsgatan upphörde vid årets slut. Det fortsatt höga behovet av korttidsplatser samt växelvård innebär att korttidsverksamheten från och med 2026 kommer att lokaliseras till Ängegårde vård- och omsorgsboende, medan växelvården fortsatt kommer att bedrivas vid Ytterbyhemmet. Denna förändring skapar förbättrade förutsättningar för ett mer omfattande socialt innehåll i växelvårdens vistelser.

Anhörigstöd

Anhörigstödet vänder sig till vuxna anhöriga som stödjer närstående. Verksamheten erbjuder individuella samtal, anhöriggrupper, föreläsningar och aktiviteter. Under året har efterfrågan av anhörigstöd ökat och verksamheten ser att behovet är stort. Utöver de befintliga stödformerna har anhörigstödet fortsatt arbetet med samtalsgrupper utifrån identifierade behov.

Individ- och familjeomsorg

Individ- och familjeomsorgen har under året haft utmaningar kopplade till återkommande rekryteringar av socialsekreterare, framförallt inom myndighet barn- och unga.

Personalomsättningen har påverkat arbetsbelastning, och kontinuitet, vilket är centralt för både kvalitet och rättssäkerhet. Konsulter har anlitats där behov funnits för att överbrygga glappen som följer av återkommande rekryteringsprocesser.

För att möta dessa utmaningar har en organisationsförändring initierats med syfte att stärka ledning, struktur och långsiktig hållbarhet. Antalet chefer har utökats och verksamheten har

organiserats i fler enheter med tydligare uppdrag och ansvarsfördelning. Detta skapar bättre förutsättningar för närvarande ledarskap, metodstöd och systematisk uppföljning, vilket bidrar till ökad kvalitet i handläggning och genomförande av insatser. Förändringen syftar ytterst till att säkerställa att individer och familjer möter en mer stabil, tillgänglig och rättssäker verksamhet.

En resurschef har även tillsatts för att förstärka arbetet med kvalitetssäkring, kompetensstöd och utveckling av gemensamma arbetssätt. Sammantaget bedöms åtgärderna bidra till ökad kontinuitet, förbättrad arbetsmiljö och stärkt förmåga att möta målgruppens behov med god kvalitet.

Funktionsstöd

Funktionsstöd står inför utmaningar kopplade till delvis nya målgrupper som kräver mer specialiserad kompetens, nya metoder och anpassade arbetssätt samt ett ökat behov av målgruppsanpassade boenden. För att möta dessa krav har verksamheten under 2025 genomfört kompetenshöjande insatser genom utbildning av personal samt ett breddat utbud av interna utbildningar.

Funktionsstöd har identifierat behov av att anpassa sina boenden till de nya målgrupperna. För att möta detta har verksamheten arbetat proaktivt genom att öppna en ny Bostad med särskild service (BMSS) dit personer från korttidsverksamheten har kunnat flytta. De har även genomfört interna omflyttningar mellan befintliga boenden för att bättre målgruppsanpassa och matcha brukarnas individuella behov.

Under 2025 har verksamhet funktionsstöd utökat och omfördelat resurserna på ledningsnivå för att utveckla arbetet med det systematiska kvalitetsarbetet och övergripande strukturer.

4.3.1 Riskhantering

Process	Aktivitet	Risk
Synliggöra kvalitetsledningssystemet	Information/kommunikation om kvalitetsledningssystemet	Rutiner följs inte, är ej uppdaterade eller saknas
Introduktion av vikarier och nyanställda	Introduktion av vikarier och nyanställda	Brister i introduktion av vikarier och nyanställda.
Utreda	Planera utredning och inhämta samtycke(n)	Insatser ges inte i rätt tid
Påbörja och planera genomförandet	Upprätta genomförande-plan	Brukaren får inte rätt stöd
		Sömlös vårdkedja
		Brister i introduktion av vikarier och nyanställda
Åtgärda	Genomföra åtgärd	Vårdskada
		Patienten får inte rätt stöd
		Risk för smittspridning kopplat till att vi ej lever upp till

Process	Aktivitet	Risk
		Socialstyrelsens föreskrifter basala hygienrutiner
Genomföra och kontinuerligt följa upp	Utföra uppdrag enligt genomförandeplan	Brister i samverkan mellan verksamhetsområden eller externa aktörer

I det systematiska kvalitetsarbetet ingår att identifiera risker och därefter bedöma allvarlighets - och sannolikhetsgrad av dessa. Detta görs på enhetsnivå. I tabellen ovan visas vilka processer, aktiviteter samt risker som valts ut för riskbedömning under året.

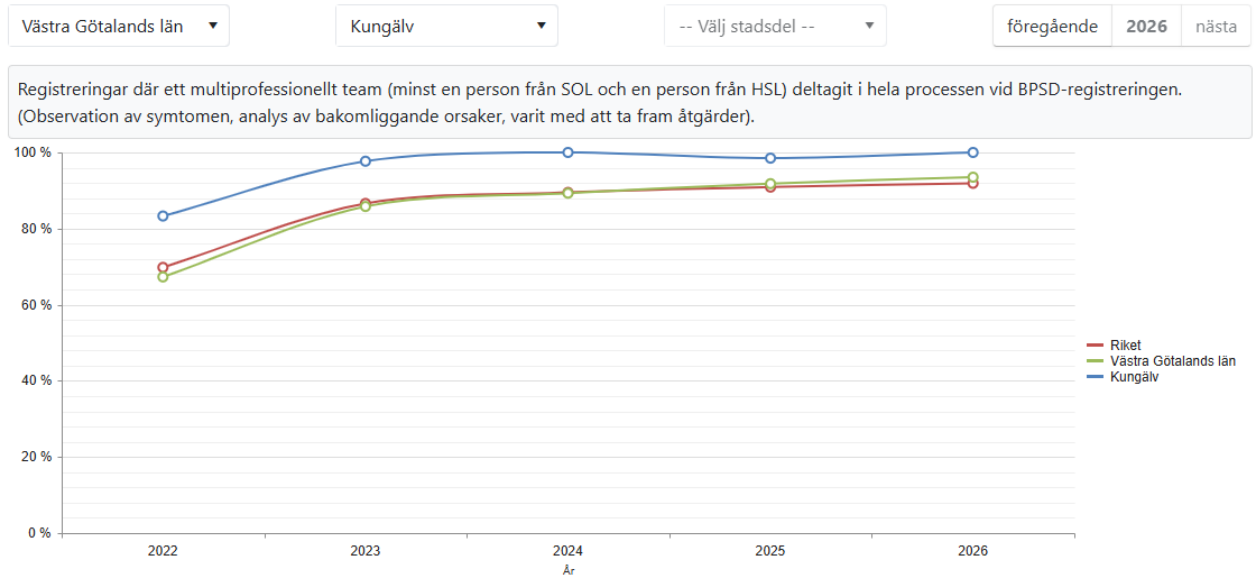
4.4 Stärka analys, lärande och utveckling

BPSD

BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister i Sverige som används inom äldreomsorg och hälso- och sjukvård för personer med demenssjukdom.

Målet är att öka livskvaliteten för personer med demens, minska lidande genom strukturerad kartläggning och åtgärder, stödja personal i att arbeta systematiskt, personcentrerat och att följa upp samt förbättra vården över tid..

Kvalitetsregistret är ett stöd för att identifierar försämringar – liksom förbättringar – hos personer med demenssjukdom vilket gör att vården snabbare än tidigare kan sätta in korrekta åtgärder. Arbetssättet har även medfört positiva effekter för teamsamverkan och bidragit till en mer sammanhållen vård kring den enskilde. Bilden ned visar att de registreringar som görs i Kungälv genomförs i multiprofessionella team.



Senior alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister som används inom kommuner och regioner för att stödja ett strukturerat arbetssätt där personal tidigt kan identifiera risker och vidta relevanta åtgärder. Under 2025 har ett omfattande implementeringsarbete genomförts, och personal inom både äldreomsorg och hälso- och sjukvård har utbildats i användningen av registret. Samtliga enheter inom äldreomsorgen är nu anslutna till systemet, vilket innebär att verksamheterna arbetar

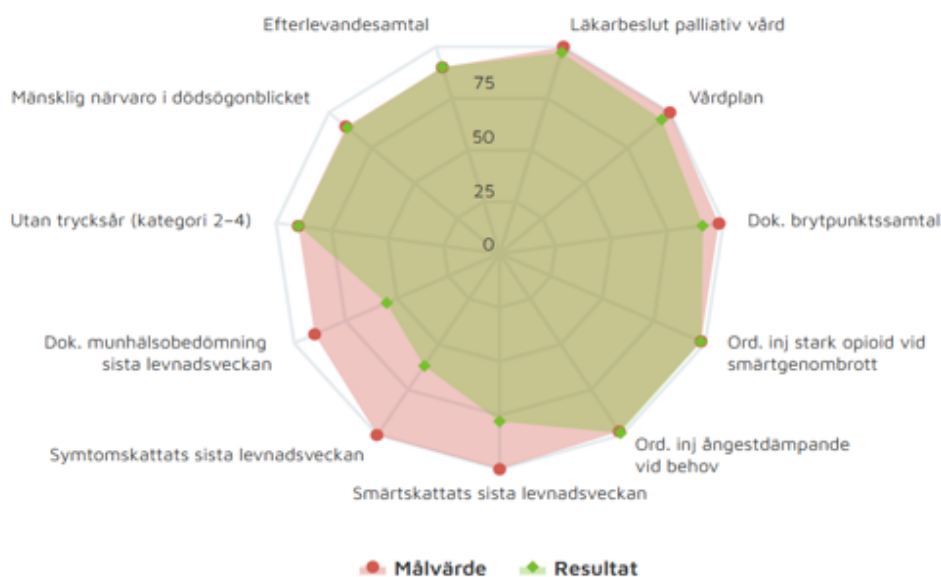
mer systematiskt med riskbedömningar av fall, trycksår, undernäring, inkontinens samt oral hälsa.

Palliativ registret

Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister i Sverige som används för att följa upp och förbättra vården i livets slutskede – oavsett diagnos, ålder eller vårdform.

Spindeldiagram över kvalitetsindikatorer

Period 2025-01 - 2025-12



Spindeldiagrammet ovan visar nationella målvärdet som rött spindelnät och det gröna är Kungälv kommuns resultat.

Resultaten för 2025 ligger i stort sett på samma nivå som 2024 för samtliga kvalitetsindikatorer, med undantag för smärtskattning där en förbättring har skett. Andelen genomförda smärtskattningar uppgår till 77 procent jämfört med 71 procent år 2024.

Under senare del av 2025 färdigställdes nya nationella riktlinjer för palliativ vård som kommer att implementeras under 2026. Där framhåller man precis som tidigare år brist på utbildning i palliativ vård och förhållningssätt. Verksamheten har säkerställt att det finns tillgängliga utbildningar för samtliga som arbetat med eller fattar beslut om palliativvård i kommunens utbildningsportal.

4.4.1 Avvikelser

Avvikelser rapporteras in av den som upptäcker händelsen och ska hanteras i verksamheten av ansvarig enhetschef. Enhetschef ansvarar för att arbeta med att vidta åtgärder så avvikelse inte händer igen. Enhetschef skickar allvarliga avvikelse till MAS/MAR eller SAS för kännedom och eventuellt vidare hantering.

Samlad analys per verksamhetsområde har utförts:

Äldreomsorg

Avvikelse inom läkemedelshantering har främst rört utebliven signering i signeringssystemet MCSS. Dokumentation, stress och bristande följsamhet till rutiner är identifierade orsaker. Åtgärder har inkluderat samtal med personal, genomgång av rutiner, skriftliga instruktioner, förstärkt samverkan med sjuksköterskor samt planerad utbildning.

Avvikelse rörande fall beror främst på nedsatt balans hos den enskilde, bristande användning av hjälpmedel och försvårande omständigheter i hemmiljön. Förebyggande arbete sker genom teammöten, hembesök och samverkan med rehab för riskbedömning och anpassning.

Rapporterade omsorgsavvikelse har ökat på vissa enheter, vilket kan tyda på en förbättrad rapporteringskultur. Minskning på andra enheter kopplas till förbättrad samverkan emellan äldreomsorgen och legitimerad personal inom kommunala primärvården. Utbildning och tydliga rutiner har haft positiv effekt på följsamhet och minskat risk för fel.

Sammantaget visar året att förbättrad struktur, tydligare rutiner och stärkt samverkan mellan yrkesgrupper är avgörande för att minska avvikelser och höja kvaliteten.

Individ och familjeomsorg

Under året har antalet avvikelser minskat inom enheten för barn och unga, de inrapporterade avvikelserna rör främst brister kopplade till avsaknad av vissa rutiner. Åtgärder har vidtagits genom reviderade rutiner, förstärkt bemanning och kompetensutveckling, särskilt med fokus på den nya socialtjänstlagen. Utmaningar kvarstår kring sena utredningar och ökat behov av samverkan vid placeringar, samtidigt som verksamheten präglas av ökad professionalisering och stärkt rapporteringskultur.

Inom tidiga och förebyggande insatser har avvikelser främst rört hot och otillåten påverkan mot personal, vilket har krävt riskbedömningar, larmrutiner och samverkan med polis. Utvecklingsarbetet har omfattat införande av skolsociala team, nya insatser och brottsförebyggande arbete enligt lagkrav. Kompetenshöjning inom risk- och skyddsfrågor har varit central.

Verksamheten för andra linjens familjebehandling har sett en ökning av avvikelser kopplade till dokumentation och bemötande, vilket speglar både förbättrad rapportering och kvarstående utmaningar. Fokus har legat på metodutveckling, strukturerade processer och datadriven styrning, men kapacitetsbrist och behov av systematisering kvarstår.

Sammanfattningsvis präglas året av stärkt struktur, kompetensutveckling och metodstöd, samtidigt som ökande ärendekomplexitet och resursutmaningar ställer höga krav på samverkan och effektivisering.

Hälsa- och sjukvård samt hälsofrämjande

Inom sjuksköterskeenhetsen utgör avvikelser kopplade till läkemedelshantering den största andelen. Det är tydligt att processen är komplex och innehåller flera kritiska moment. Hela kedjan, från ordination till administrering, kräver korrekta och samstämmiga åtgärder. Detta innefattar att rätt ordinationsunderlag från läkare finns tillgängligt, att rätt mängd läkemedel hanteras, att signering sker korrekt i de digitala systemen samt att fullständig och ändamålsenlig dokumentation förs i patientjournalen. Att flera verksamheter är involverade i processen bidrar ytterligare till dess sårbarhet.

Funktionsstöd

Analysen visar att det totala antalet avvikelser är stabilt jämfört med föregående år, men att fördelningen mellan kategorierna har förändrats. Den största ökningen återfinns inom bristande instruktion eller information till personal, vilket främst kopplas till osäkerhet kring journalföring, svåröverskådlig informationsstruktur samt varierande kvalitet i introduktioner. Detta påverkar både dokumentation och informationsöverföring negativt.

Samtidigt har avvikelser inom allmän omvårdnad minskat tydligt. Minskningen bedöms bero på organisatoriska förbättringar, ökad kompetens och riktade insatser från metodutvecklare i samarbete med enhetschefer.

Avvikelse kopplade till psykiskt våld har minskat, vilket bedöms bero på förbättrade arbetssätt och mer individanpassat bemötande, där metodutvecklarnas insatser haft stor betydelse.

Sammanfattningsvis visar analysen positiva resultat inom flera områden, men också tydliga utvecklingsbehov kopplade till informationshantering, dokumentation och utbildning samt introduktion av ny personal.

Avvikelser	Utfall år 2025	Utfall år 2024
Antal rapporteringar gällande brister i bemötande	98	66
Antal rapporteringar gällande brister i handläggning	137	122
Antal rapporteringar gällande brister i dokumentation	89	23
Antal rapporteringar gällande brister i kommunikation och information	165	228
Antal rapporteringar gällande brister i omsorg	480	589
Antal rapporteringar gällande våld och övergrepp	29	74
Antal rapporteringar gällande utebliven eller fördröjd insats	469	494
Antal rapporteringar gällande brister i vård och behandling	72	76
Antal rapporteringar gällande brottslig handling	9	15

Avvikelseyp	Utfall år 2025	Utfall år 2024
Avvikelse från annan vårdgivare	40	60
Avvikelse skickad till annan vårdgivare	91	152
Avvikelse där läkemedel varit inblandade	2376	1832
Fallolycka som leder till ingen eller mindre kroppsskada	2154	2020
Fallolycka som leder till allvarlig kroppsskada	41	24
Utebliven behandling eller felaktig behandling	72	76
Infektioner som har uppkommit under vårdtiden	5	7
Munhälsa/tandvård	8	8
Måltider/ nutrition	58	78

Antalet rapporterade läkemedelsavvikelser har ökat något, även antalet administrerade läkemedelsinsatser har ökat i ungefär samma omfattning.

Antalet fallavvikelser ligger på ungefär samma nivå som året innan men vi ser en ökning av inrapporterade allvarliga kroppsskador vilket behöver analyseras närmare för att rätt åtgärder ska kunna vidtas. Det fallförebyggande arbetet behöver och kommer fortsatt utvecklas och implementeras fullt ut i verksamheterna både för brukare/patienter som har insatser från både socialtjänsten och kommunal primärvården, men även för de som endast har sociala insatser.

Avvikelser (externt)

Avvikelser i vårdsamverkan skrivs i systemet Medcontrol PRO. Framförallt berör avvikelserna in- och utskrivningsprocessen kring informationsöverföring och planering.

På sektornivå har det identifierats ett behov av att öka kunskapsnivån och kvalitetssäkra arbetet med avvikelshantering. Arbetet är påbörjat och utbildning för enhetschefer och legitimerad personal kommer att utföras under första halvåret 2026.

4.4.2 Klagomål och synpunkter

Den enskildes engagemang utgör en viktig resurs i arbetet med att utveckla och kvalitetssäkra

verksamheten. Under året har totalt 103 synpunkter och klagomål inkommit. Dessa fördelas till ansvariga chefer vars ansvar är att hantera ärendet, återrapporera vidtagna åtgärder och genomförda förbättringar.

4.4.3 Brukarundersökningar

Brukarundersökningar görs inom socialtjänsten (hemtjänst, särskilt boende, funktionsstöd etc.) och ger värdefulla insikter direkt från dem som tar emot stöd inom äldreomsorg, funktionsstöd och socialtjänst. Resultatet av brukarundersökningarna är en viktig del i det systematiska kvalitet- och förbättringsarbetet.

Funktionsstöd

Brukarundersökningen inom funktionsstöd 2025 visar att bättre förberedda och tryggare frågeassistenter har bidragit till ökad trygghet hos brukarna och därmed mer tillförlitliga svar.

Brukarundersökningen har synliggjort ett ytterligare ökat behov av brukarfokus i verksamheten.

Resultaten pekar också på att utbildningar och kompetenshöjande insatser inte tas om hand eller följs upp systematiskt, delvis på grund av att det saknas en tydlig organisatorisk linje för hur sådana insatser ska implementeras. Som ett exempel kan nämnas att det område som prioriterades efter resultatet av föregående undersökning, främst utbildning inom kommunikation för all personal, inte har resulterat i de förbättringar som förväntades. Resultatet visar att tidigare mål inte har följts upp i tillräcklig omfattning och dokumentation kring vad som gjorts/inte gjorts delvis saknas, vilket försvårar utvärdering.

För att skapa effekt behöver verksamheten utveckla strukturer för att förankra, prioritera och följa upp kompetenshöjande insatser, särskilt i en tid med många parallella införanden.

Äldreomsorg

Årets brukarundersökning inom äldreomsorgen visar att hemtjänsten i Kungälv har en hög sammantagen nöjdhet på 85 %, med särskilt goda omdömen kring bemötande (96 %) samt personalens kompetens och språkkunskaper (88–94 %). Dessa styrkor bidrar till trygghet och kvalitet i omsorgen. Samtidigt framträder riskområden som påverkar patientsäkerheten, främst tillgänglighet och psykisk hälsa. Endast 62–63 % upplever att det är lätt att nå hemtjänsten och att få besked vid förändringar, vilket tyder på brister i kommunikation och planering som kan leda till försenad eller utebliven hjälp. Dessutom har andelen brukare som besvärar av oro eller ångest ökat jämfört med föregående år, medan ensamhet ligger kvar på samma nivå.

För vård- och omsorgsboenden visar resultaten en sammantagen nöjdhet på 78 %, med mycket goda omdömen kring bemötande (94 %) och hög nöjdhet med att personalen tar hänsyn till den enskildes önskemål (85 %). Även här finns riskområden kopplade till psykisk hälsa, då 64 % av hyresgästerna upplever ensamhet och 62 % har besvär av oro, ångest eller ängslan.

För att möta dessa utmaningar prioriteras två områden: kontinuitet och kommunikation samt psykisk hälsa och ensamhet. Arbetet med fast omsorgskontakt ska förstärkas, med planerade uppföljningar minst en gång per halvår och tätare kontakt vid nya eller förändrade insatser. För att förebygga oro, ångest och ensamhet kommer verksamheten att fokusera på att identifiera och erbjuda sociala aktiviteter.

4.4.4 Kommunens Kvalitet i Korthet (KKiK)

KKiK är ett styrverktyg som hjälper kommuner att följa upp och förbättra verksamhet med fokus på kvalitet, ekonomi och medborgarnytta. Data samlas in årligen och publiceras i Kolada, vilket ger öppen tillgång till kommunens resultat över tid och mot andra kommuner.

De höga siffrorna för väntetid beror främst på tillgång och efterfrågan. Under 2025 ökade behovet av särskilt boende (SÄBO), vilket kommunen har tagit ställning till och 2026 kommer ett nytt

särskilt boende öppna, Änggårde vård och omsorgsboende.

De röda värdena för äldreomsorgen gällande undersköterska vardagar bör tolkas med försiktighet. Under den period då statistiken samlades in (vecka 10–11, mars 2025) påverkades verksamheten av en omfattande influensa, vilket ledde till hög sjukfrånvaro och avvikelser från ordinarie bemanning. Resultaten speglar därför inte den normala bemanningssituationen.

Nyckeltal	2021	2022	2023	2024	2025
Handläggare med socionomutbildning och minst ett års erfarenhet av barnutredningar, andel (%)	77,8	82,9	73,5	87,7	
Vuxna biståndsmottagare (18+ år) med långvarigt ekonomiskt bistånd, andel (%) av biståndsmottagare 18+ år	42,1	43,2	45,1	39,9	
Brukarbedömning boende LSS totalt - Brukaren känner sig trygg med alla i personalen, lägeskommun, andel (%)		87	70		71
Brukarbedömning daglig verksamhet LSS - Verksamheten är viktig för brukaren, lägeskommun, andel (%)		85	82		83
Väntetid i antal dagar från ansökningsdatum till första erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde	50	65	77	62	122
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)		71	74	75	74

Nyckeltal	2021	2022	2023	2024	2025
Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)		89	87	83	85
Enhetsundersökningen, äldreomsorg - Platser i särskilt boende/sjuksköterska, äldreomsorg, vardagar, antal		11,1	14,1	26,3	23,0
Enhetsundersökningen, äldreomsorg - Omsorgspersonal som är undersköterska, vardagar i särskilt boende, äldreomsorg, andel (%)				74	59
Fallskador bland personer 80+, 3-årsm, antal vårdtillfällen/100 000 inv	9 817	10 000	10 769	10 341	

4.4.5 Öppna jämförelser

Socialstyrelsen publicerar årligen öppna jämförelser utifrån en mängd indikatorer som visar på kvalitet inom socialtjänst och hälso-och sjukvård i hela Sverige. Öppna jämförelser ger insyn och kan användas för analys, uppföljning och utveckling inom verksamheterna.

4.4.5.1 Äldreomsorg

Årets resultat visar att vård och omsorgsboendena i Kungälv har en hög sammantagen nöjdhet (78 %) och mycket goda omdömen kring bemötande (94 %) samt hög nöjdhet i att personalen tar hänsyn till den enskildes åsikter och önskemål om hur hjälpen ska utföras (85%). Dessa är viktiga styrkor som bidrar till trygghet och kvalitet. Vidare visar brukarenkäten att det fortsatt är en relativt stor del andel hyresgäster som upplever ensamhet (64%) samt hyresgäster som har besvär av oro/ångest/ängslan (62%).

4.4.5.2 Ekonomiskt bistånd

Efter en minskning av antal hushåll som uppbär ekonomiskt bistånd under 2023/2024 ligger ärendetalen under 2025 på en stabil nivå. Utbetalningen av ekonomiskt bistånd har ökat något under 2025 jämfört med 2024, varav utbetalning av bistånd till nyanlända ökat med anledning av den ökning av nyanlända personer som enligt massflyktindirektiv har rätt till bistånd i väntan på andra inkomster, bland annat äldreförsörjningsstöd.

4.4.5.3 Social barn- och ungdomsvård

Under 2025 har Barn, unga och familjeenheten fortsatt varit del av omställning inom organisationen med anledning av den nya socialtjänstlagen som trädde i kraft den 1 juli. Arbetet har fokuserat på att säkerställa en rättssäker handläggning, anpassa rutiner och processer för att möta den nya lagen och dess ambitioner.

För att möta barn, ungdomar och deras familjers behov och rättigheter med anledning av en successivt stärkt och utökad lagstiftning på området liksom ökade krav på kvalitet har bemanningen på enheten stärkts över tid. Trots förbättringar kvarstår utmaningar med tillräcklig bemanning för att leva upp till dessa krav. Sena utredningar förekommer och hanteras som avvikelser. Antalet ärenden till nämnd är av högre omfattning, vilket ställer krav på ökad administration. Det finns ett fortsatt behov av resursförstärkning och förändring i organisationen, vilket påbörjats och fortsatt planeras för. Avvikelserna pekar också på behovet av utvecklad samverkan både internt och externt, särskilt kring skyddsplaceringar och ensamkommande barn.

Kompetensutveckling har varit en central del, med utbildning och implementering av metoder som Möta pappor/föräldrar med våldsproblematik (MPV), Signs of Safety och Förälder på avstånd. Dessa arbetsmodeller och metoder kommer vara en del i det fortsatta arbetet och kompetensutvecklingen för att stärka bedömningar, öka delaktighet, ge ett mer riktad stöd och förbättra samarbetet, särskilt kring placerade barn.

För de placerade barnen och särskilt fokus på uppföljning och en fungerande skolgång har en tjänst med skolsamordnare utökats med 50% i delad finansiering och samordning med sektor bildning och lärande (BoL).

Under året har interna rutiner för barns delaktighet i utredningar och exempelvis utlämnande av handlingar införts på enheten för att säkerställa en rättssäker process. Vi har lämnat in 15 ansökningar om särskilt förordnade vårdnadshavare och möjliggjort återflyttningar till biologifamilj, vilket stärker barns trygghet och behov av stabilitet.

Under 2026 kommer utvecklingsarbetet fortgå, i linje med 2025, bland annat med ett intensivutredningsteam för grundligare bedömningar med ett samtidigt förändringsarbete i ett initialt skede samt införande av trefas-modell för att skapa kontinuitet och minska antalet handläggare som familjer möter. Fokus ligger på att ge rätt stöd och med tillräcklig omfattning i rätt tid och att fortsätta utveckla rutiner och arbetssätt för en kunskapsbaserad socialtjänst genom Individbaserad systematisk uppföljning (ISU).

4.4.5.4 Missbruks- och beroendevård

Inom bistånd enligt SoL ökar andelen komplexa vuxenärenden som präglas av samsjuklighet, våldsutsatthet och hemlöshet, vilket i hög grad berör missbruks- och beroendområdet. Den mycket höga ärendebelastningen och bristande samsyn mellan myndighet och utförare försvårar arbetet. Verksamheten behöver utveckla sina systematiska uppföljningar och aktuella rutiner, för att säkra rättssäkerhet och kunskapsbaserad handläggning.

Resursenheten rapporterar ökande inflöde från vårdcentraler och fler brukare med kombinerad social problematik, inklusive missbruk, psykisk ohälsa och kriminalitet. Utbildningar genomförs kring flera områden och stärker den professionella förmågan, men behovet av ökade resurser och strukturer kvarstår.

Enheten för tidiga och förebyggande insatser arbetar i ökande grad med familjer där missbruk och kriminalitet förekommer, vilket ställer höga krav på samverkan och kompetens i riskbedömningar.

4.4.5.5 Motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden

Boendefrågan är en av de mest genomgående utmaningarna i hela socialtjänsten. Hemlöshet och boendeproblematik ökar, ofta i kombination med komplexa behov såsom våld, psykisk ohälsa och

samsjuklighet.

Resursenheten lyfter särskilda utmaningar kopplade till bostadsmarknadens hårdare villkor. "Bostad först" växer snabbare än tillgängliga resurser, fler ungdomar behöver stödboende och beläggningen i jourlägenheter är hög. Antalet individer med samlarproblematik ökar, liksom inflödet av ärenden till socialmedicinsk mottagning från vårdcentraler.

Trots detta finns flera framgångsfaktorer: fler avvärjda vräkningar samt ett aktivt arbete med genomförandeplaner och ökad intern samverkan. Enhetens kompetens har breddats och arbetssätten professionaliserats, men behovet av förstärkning är fortsatt stort.

4.4.5.6 Våld i nära relationer

Våldsproblematik nämns på flera områden och utgör ett växande tema. Inom bistånd SoL återfinns våld som en del av komplexiteten i många vuxenärenden, ofta i kombination med samsjuklighet och hemlöshet. Funktionsstöd hanterar klagomål kopplade till bemötande, vilket inkluderar situationer där våldsutsatthet och otrygghet kräver ytterligare professionalism och stabilitet i processerna.

Enheten för tidiga och förebyggande insatser rapporterar både ökad komplexitet och ökade risknivåer i barnfamiljer, med tydlig koppling till våld, hedersförtryck och kriminalitet. Personal har utbildats i riskbedömning, hedersproblematik, Self Safe Academy och andra våldsrelaterade områden. Den utökade närvaron av socialtjänstens personal i skolor och förskolor har möjliggjort tidigare upptäckt av barn som misstänks vara utsatta för våld.

Etableringen av ett brottsoffercenter under 2025 är en viktig utveckling för att stärka det systematiska stödet till våldsutsatta. Kraven på brottsförebyggande arbete ökar enligt ny lagstiftning, vilket ytterligare förstärker behovet av strukturer, riskbedömningar och samverkan.

4.4.5.7 Krisberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård

Under 2025 har Sektor Trygghet och stöd fortsatt arbetet med att beredskapsanpassa verksamheten. Flera beredskapssamordnare har rekryterats inom kommunen, varav en med särskilt ansvar för sektorn. Kontinuitetsplanerna utvecklas vidare inom respektive verksamhetsområde, och beredskapslager byggs upp på enhetsnivå utifrån identifierade behov. Krislädor planeras, och både genomförda och planerade övningar samt löpande informations- och utbildningsinsatser bidrar till att stärka kommunens förmåga att hantera fredstida kriser och höjd beredskap.

Sektorn har även anpassat sin verksamhet till nya lagkrav samt beaktat pågående statliga utredningar (SOU) som påverkar dess ansvarsområden.

4.4.5.8 Kommunal hälso- och sjukvård

I öppna jämförelser svarar den kommunala primärvården främst på struktur och rutiner för samverkan i vården. I Kungälv finns det en god vårdssamverkan. Genom den upprättade närområdesplanen framgår det vilken vårdcentral som är ansvarig, att det finns tillgång till läkare dygnet runt och att årlig läkemedelsgenomgång ska genomföras. Det är viktigt att bibehålla en god samverkan och det sker genom regelbundna möten med samtliga parter.

Den kommunala primärvården följs även upp i rapporten Nyckeltal kommunal primärvård. I rapporten framkommer att man ser en minskning av patienter 80 år eller äldre samtligt som antal patienter inte minskar. Det talar för att omställningen av den Nära vården pågår och den kommunala primärvården får allt fler yngre patienter och att vården flyttar ut till det egna hemmet.

4.4.6 Ej verkställda beslut

Sociala myndighetsnämnden har en skyldighet enligt socialtjänstlagen (SoL) och lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) att rapportera alla gynnande beslut om bistånd som inte har verkställts inom tre månader från dagen för beslutet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Kommunrevisionen och Kommunfullmäktige. Även avbrott i verkställighet ska rapporteras i de fall där insatsen eller biståndet inte har återupptagits inom tre månader.

Lagstiftningen anger inte någon specifik tid för när ett beslut ska verkställas förutom att det ska verkställas skyndsamt. Tremånadersfristen avser endast tidsgränsen för rapporteringen till IVO. Ett beslut räknas som verkställt när den enskilde personen har fått tillgång till insatsen.

Under året har antalet individrapporter till IVO minskat. Under 2024 låg antalet mellan 73-83 individrapporter per kvartal att jämföra med runt cirka 60 individrapporter per kvartal för 2025. Trenden är fortsatt att majoriteten av de beslut som inte verkställts inom tre månader består av individer inom äldreomsorgen som inte fått erbjudande om särskilt boende inom tre månader från beslut.

5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Under 2026 kommer vi fortsätta arbetet med att implementera den nya Socialtjänstlagen (SoL). Detta innebär bland annat ett fördjupat fokus på personcentrerad vård- och omsorg, där individens behov, delaktighet och självbestämmande står i centrum. Tillsammans ser vi fram emot ett år präglad av utveckling, lärande och förbättringar för både personal och patienter.

Individ och familjeomsorg

Socialtjänsten möter en ökad komplexitet inom samtliga målgrupper. Detta omfattar samsjuklighet, kriminalitet, våld, digital utsatthet, hemlöshet och psykisk ohälsa, där boendefrågan är särskilt genomgående. Arbetsbelastningen har blivit en systemrisk när uppföljningar, systematiskt kvalitetsarbete och dokumentation nedprioriteras på grund av tidsbrist. Ett återkommande mönster är behovet av samsyn och gemensamma processer, då många enheter beskriver otydliga rutiner, varierande arbetssätt och olika tolkningar av lagstiftning och dokumentationskrav. En annan utmaning är att samtidigt som kärnuppdraget skall utföras så ska arbetet med omställning ny SoL implementeras. Vi har under året tillsatt tjänster och gjort utökningar för att skapa bättre förutsättningar för medarbetare och chefer samt en helt ny organisering inom individ och familjeomsorg för att möta upp intentionerna i ny SoL med tydligare och avgränsade uppdrag samt att samla resurserna för att arbeta mer effektivt.

Samtidigt präglas organisationen av ett starkt utvecklings- och metodfokus, där implementering av nya arbetssätt och verktyg, såsom MPV, ISU, en varaktig relation, skolsociala team och icke behovsprövade insatser pågår brett. Rapporteringen av avvikelser ökar, vilket ses som ett tecken på mognad i kvalitetsarbetet. Ett annat tydligt tema är trygghet och säkerhet, då hot och otillåten påverkan ökar och kräver förstärkta riskbedömningar och rutiner. Slutligen beskriver samtliga enheter att målgruppernas behov växer snabbare än resurser, kompetens och organisationens förmåga att hinna med. Flera enheter uttrycker också att digitaliseringens potential är långt ifrån utnyttjad, med ett önskemål om bättre systemstöd, förbättrade dokumentationsprocesser och funktioner som "tal till journal".

Äldreomsorgen

Äldreomsorgen ser en stor utmaningen i den demografiska utvecklingen kopplat till en åldrande befolkning samt kompetensförsörjningen. Verksamheten kommer också fortsätta jobba med språkutvecklande arbete utifrån kommande lag om språkkrav för personal i äldreomsorgen. Målet är att våren 2027 ska äldreomsorgen ha ca 50 utbildade språkombud.

Äldreomsorgen är i en expansiv fas där kommunen öppnar ett nytt vård- och omsorgsboende, Ängegärde, som beräknas stå klart i januari–februari 2026. Boendet kommer att omfatta cirka 90 platser, med inriktning mot både demenssjukdomar och somatiska besvär, samt en korttidsenhet med 20 platser. Etableringen av Ängegärde är en spännande och betydelsefull satsning där nya arbetssätt ska formas och ny personal rekryteras för att skapa en modern och trygg vårdmiljö.

Funktionsstöd

Utmaningar finns på flera plan. Det stora fokuset för 2026 kommer vara att kvalitetssäkra verksamheten samt möta nya brukare med mer komplexa behov. En viktig del för att möta de nya behoven är att jobba med kompetenshöjande insatser för medarbetarna.

Verksamhetsområde funktionsstöd bedömer att styrdokument, processer och mål är svåröverskådliga och inte tillräckligt kända i verksamheten. Vidare är analysen att det brister i uppföljning på alla nivåer.

För att möta dessa utmaningar kommer verksamhetens systematiska kvalitetsarbete behöva prioriteras under 2026 med tydligare fokus på mål, utförande och uppföljning. Verksamhetens mål

behöver i större utsträckning utgå ifrån kärnverksamheten. Utifrån resultatet i brukarundersökningen kommer riktade insatser i form av organisatoriska åtgärder, kompetensutvecklingsinsatser och utvecklingsinsatser på enhet och verksamhetsnivå att påbörjas.

Andra fokusområden är implementering av IBIC (individens behov i centrum) samt att samtliga enheter skall delta i en stödbehovsmätning (en form av vårdtyngdsmätning) under året.

Hälso-och sjukvård

Hälsofrämjande verksamheten ser ett växande behov i samhället av stöd för anhöriga och då framför allt för de med närstående under 65 år. För att möta behoven behöver verksamheten utökas och finna nya samarbeten inom regional primärvård, slutenvården och andra viktiga aktörer inom kommunens verksamheter.

Genom den nya socialtjänstlagen och omställningen till Nära vård identifierar den kommunala primärvården betydande möjligheter till fördjupad samverkan. Detta skapar förutsättningar för nya partnerskap inom stöd i ordinärt boende samt inom hälsofrämjande och anhörigstödjande insatser, med målet att stärka det förebyggande arbetet framåt.



**KUNGÄLV
KOMMUN**

Sid 1 (3)

Tjänsteskrivelse

Handläggarens namn
Simon Gullsby

2026-02-13

Habiliteringsersättning i daglig verksamhet: hel- och halvtidsersättning efter återremiss (Dnr KS2025/0870-6)

Sammanfattning

Habiliteringsersättning är en ekonomisk ersättning som ges till personer som deltar i daglig verksamhet enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Habiliteringsersättningen betalas idag ut som en heltidsersättning om 80 kr per dag för den som arbetat i minst 3 timmar per dag. Detta innebär att personer som deltar färre än tre timmar per dag inte erhåller någon ersättning, samtidigt som personer som deltar betydligt längre än tre timmar per dag inte får någon högre ersättning.

Ärendet har varit föremål för återremiss med uppdrag att bland annat tydligare beakta deltagarnas olika förutsättningar, fördjupa jämförelsen med Göteborgs stad samt analysera konsekvenser av tidsgränser och nollnivåer för ersättning.

Utifrån återremissens synpunkter föreslår förvaltningen nu en förändrad modell, mer lik Göteborgs stads, där brytpunkten för heldagsersättning sätts från deltagande från fyra timmars deltagande och uppåt per dag. Deltagande upp till fyra timmar ersätts med halvdagsersättning.

Förvaltningen föreslår att habiliteringsersättningen från och med 2026-05-01 ges som halv- eller heldagsersättning till deltagare med beslut om daglig verksamhet enligt LSS, där:

- halvdagsersättning utgår med 80 kr per dag vid deltagande upp till 4 timmar
- heldagsersättning utgår med 120 kr per dag vid deltagande om 4 timmar eller mer

Den föreslagna modellen bedöms bättre ta hänsyn till individers olika förutsättningar, öka rättvisan i ersättningssystemet samt minska risken för exkludering av personer med begränsad uthållighet.

Juridisk bedömning

Habiliteringsersättningen är inte reglerad i lag, förordning eller föreskrift och innebär ingen skyldighet för kommunen att betala ut. I förarbetena till LSS-lagen framgår att kommunerna rekommenderas att lämna viss ersättning till deltagare i daglig verksamhet (habiliteringsersättning). Kommunerna har möjlighet att själva bestämma storleken på ersättningen.

Förvaltningens bedömning

Habiliteringsersättning är en ekonomisk ersättning som ges till personer som deltar i daglig verksamhet enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Daglig verksamhet är en lagstadgad insats enligt LSS-lagen. Daglig verksamhet ska vara en stimulerande, utvecklande och personligt anpassad sysselsättning. Personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sin kan få en daglig verksamhet. Insatsen omfattar personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd samt personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom. Kommunen bedömer varje enskild ansökan och avgör vem som får insatsen daglig verksamhet. Målgruppen utgörs av personer med mycket varierande funktionsförmågor, ork, hälsa och livssituation.

Förvaltningen bedömer att ett ersättningssystem med en låg brytpunkt för heldag riskerar att missgynna personer med begränsad uthållighet eller behov av kortare vistelser, trots regelbundet deltagande. Samtidigt kan ett system med hög brytpunkt skapa orealistiska krav på vissa deltagare. Genom att införa heldagsersättning vid fyra timmars deltagande – likt Göteborgs stad – skapas en rimligare balans mellan att uppmuntra längre deltagande och att ta hänsyn till individens faktiska förutsättningar.

År 2010 återinfördes habiliteringsersättningen i Kungälv kommun, då med en kostnad på 40 kr/dag för arbete i minst 3 timmar (Dnr KS 2010/66-722). År 2023 höjdes habiliteringsersättningen till 80 kr/dag (Dnr KS2023/0502-1). I de styrande partiernas programförklaring 2030 anges att "Det är vare sig rimligt eller rättvist att den habiliteringsersättning som medborgare i Kungälv har genom arbete eller deltagande i daglig verksamhet är lägre jämfört med exempelvis Göteborg, därför vill vi anpassa ersättningen till den nivå som gäller i andra kommuner utifrån att vi vill vara en föregångskommun på området." Idag finns ingen möjlighet till hel- respektive halvdagsersättning i Kungälv. Ersättningen betalas ut till den som arbetat i minst 3 timmar per dag, oavsett hur många timmar denne har deltagit utöver de 3 timmarna, vidare får personer som inte har förutsättningarna att delta upp till 3 timmar någon rätt till ersättning, ett mått som inte går i linje med enskilda deltagares olika förutsättningar.

Göteborgs stad tillämpar ett system med halv- och heldagsersättning där:

- halvdagsersättning uppgår till cirka 115 kr per dag
- heldagsersättning uppgår till cirka 164 kr per dag
- heldagsersättning utgår vid deltagande om minst 5 timmar per dag

Ersättningsnivåerna i Göteborg har under en period förstärkts av statliga stimulansbidrag, vilket även Kungälv gör, dock så kan det statliga stimulansbidraget fluktuera i ersättningsnivå, och är därför exkluderat i båda beräkningar. Utan statsbidrag ligger nivåerna närmare, men fortfarande högre än, många jämförbara kommuners ersättningar. Göteborgs stad arbetar också med indexering av ersättningen över tid, vilket Kungälvs kommun för närvarande inte gör. Vid stängda dagar (t.ex. verksamhetsstängning på arbetsgivarens initiativ) tillämpar Göteborg i vissa fall ersättning, Kungälv gör densamma.

Kungälvs förslag innebär lägre ersättningsnivåer än Göteborgs, men följer samma grundprincip gällande tidsgräns för heldag, vilket stärker jämförbarheten och legitimiteten i modellen.

Ett system där brytpunkten för heldagsersättning sätts vid fyra timmar per dag bedöms bättre spegla deltagarnas faktiska möjlighet att delta i daglig verksamhet. För många brukare är fyra timmars närvaro en realistisk övre gräns för sammanhängande eller schemalagt deltagande. En högre tidsgräns riskerar att exkludera personer med kognitiv eller fysisk trötthet, psykisk ohälsa eller behov av omfattande återhämtning. Samtidigt innebär förslaget att deltagare som har förutsättningar att delta längre tid ges ytterligare ekonomisk motivation jämfört med dagens system, utan att kraven blir höga.

Ärendenivåer – bedömning utifrån kommunfullmäktiges strategiska mål eller kommunstyrelsens resultatmål

Ärendet har koppling till kommunfullmäktiges strategiska mål om en trygg omsorg med valmöjligheter genom hela livet.

Bedömning utifrån miljö, hållbarhet och mål i Agenda 2030

Ärendet är i linje med mål 3 om att säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar och mål 8 som handlar om att verka för full och produktiv sysselsättning.

Bedömning utifrån politiska styrdokument

Ärendet har koppling till Program för social hållbarhet, den underliggande planen Plan för ökad delaktighet, samt Policy för daglig verksamhet. I majoritetens budgetdirektiv för 2026 anges bland annat att daglig verksamhet ska utvecklas så den blir mer meningsfull och individanpassad samt att en förutsättning för ökad 3 (4) jämlikhet är att personer med en funktionsvariation har samma möjligheter att som andra leva ett gott och meningsfullt liv. Att införa halvdagsersättning är i linje med önskemålet.

Bedömning utifrån ett medborgar- och brukarperspektiv

Genom att erbjuda möjlighet till både halv- och heldagsersättning kan det skapa större motivation hos de brukare som har kapacitet att delta på daglig verksamhet under fler timmar än 3 per dag att vara där längre, då det leder till en högre ersättning.

Bedömning utifrån ett medarbetarperspektiv

Förslag till beslut bedöms inte påverka arbetsbelastning, arbetsmiljö eller personella resurser.

Ekonomisk bedömning

Incitamentet för att arbeta heldag minskar till 60%, vilket leder till att halvdag landar på 40%.

$0,6 \cdot 2,3 \cdot 1,5 = 2,07$ MSEK

$0,4 \cdot 2,3 \cdot 1,0 = 0,92$ MSEK

Total kostnad blir då 2,99 MSEK

Budgetram: 3.0 MSEK.

Förslaget ligger inom budgetram

Förslag till beslut i Kommunfullmäktige

Habiliteringsersättningen ges som en halv- eller heltidsersättning från och med 2026-05-01 till deltagare som har ett LSS beslut (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) om daglig verksamhet och deltar i verksamheten. Halvdagsersättning utgår om 80 kr per dag för deltagande i upp till 4 timmar per dag, och heldagsersättning om 120 kr per dag för deltagande i 4 timmar eller mer per dag.

Simon Gullsby
Enhetschef

Lena Arnfelt
Sektorchef

Expedieras till:

För kännedom till:

**KUNGÄLV
KOMMUN**

Sid 1 (3)

Tjänsteskrivelse

Handläggarens namn
Anna Mårtén

20260202

Hälso- och sjukvårdsavtal och överenskommelser, GRFS-2025-00226 (Dnr KS2025/1932-3)

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland reglerar ansvarsfördelning avseende primärvård och hur samverkan inom hälso- och sjukvård kan ske. Samtliga kommuner i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen har fått förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser för undertecknande.

Nytt avtal och tillhörande överenskommelser kommer, om samtliga 49 kommuner och regionen säger ja, att börja gälla 2027-01-01.

Under framtagningsprocessen för nytt Hälso- och sjukvårdsavtal, har Västra Götalandsregionen samt de 49 kommunerna fått yttra sig över förslag genom ett remissförfarande som pågick mellan 2025-02-03 och 2025-06-19. Kungälv kommun framhöll vid remissrundan att vissa delar inte tillräckligt säkerställde en god och patientsäker vårdssamverkan inom hälso- och sjukvården. Kungälv kommuns synpunkter gällde framför allt ansvarsfördelning mellan parter samt avsnittet om hälso- och sjukvård i hemmet. Kungälv kommun bedömer att remissinstansen har åhörsammat dessa synpunkter och bedömer att slutversionen är tydligare.

Utifrån att det övergripande hälso- och sjukvårdsavtalet har tagit fasta på flera av de synpunkter som Kungälv kommun lämnade in och att det har omarbetats och öppnar upp för en mer jämlik samverkan bedömer förvaltningen att avtalet håller en tillräckligt god nivå så att avtal mellan Kungälv kommun och Västra Götalandsregionen kan tecknas.

Förvaltningen föreslår att kommunstyrelsen ingår i nytt hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser.

Juridisk bedömning

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) definieras vad kommunen respektive regionen har för ansvar för hälso- och sjukvård. Utgångspunkten i HSL är att regionen har ett ansvar att erbjuda god hälso- och sjukvård till sina medlemmar och att kommunen svara för den hälso- och sjukvård som faller inom ramen för den kommunala uppdraget att erbjuda sådan hälso- och sjukvård. möjligheter att samverka i dessa frågor.

I 14 kap. HSL beskrivs förutsättningarna för när det är möjligt för regioner att överlåta ansvaret för hälso- och sjukvård till en kommun inom regionen. Av 14 kap. 1 § HSL framgår bl.a. att regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Förvaltningens bedömning

Kungälv kommun har bjudits in att ta ställning till ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal. Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland reglerar ansvarsfördelningen inom primärvården och beskriver hur samverkan mellan olika aktörer i hälso- och sjukvården ska ske. Parter i avtalet är alla kommuner i Västra Götaland samt Västra Götalandsregionen. Avtalet består av ett huvudavtal och fyra överenskommelser. Samtliga kommuner i Västra Götaland samt Västra Götalandsregionen har fått förslaget för undertecknande. Beslut ska fattas före utgången av maj 2026. Västra Götalandsregionen ställde sig bakom föreslaget avtal med tillhörande överenskommelser den 4 november 2025 och har med anledning av det sagt upp nuvarande avtal. Det innebär att nuvarande avtal upphör att gälla vid 2026 års slut. Om alla 49 kommuner och regionen godkänner förslaget, börjar avtalet gälla den 1 januari 2027.

Under arbetet med det nya avtalet har regionen och kommunerna haft möjlighet att lämna synpunkter genom ett remissförfarande som pågick mellan 3 februari och 19 juni 2025. I Kungälv kommun remissvar framhölls att vissa delar inte tillräckligt säkerställde en god och patientsäker vårdssamverkan inom hälso- och sjukvården. Kungälv kommun synpunkter gällde framför allt ansvarsfördelning mellan parter samt avsnittet om hälso- och sjukvård i hemmet. Kungälv kommun bedömer att remissinstansen har åhör sammat dessa synpunkter och bedömer att slutversionen är tydligare. Således menar Kungälv kommun att efter omarbetning utifrån remissvaren har avtalsförslaget förtydligat ansvarsfördelningen kring vård i hemmet. Detta skapar bättre förutsättningar för samverkansöverenskommelser om hälso- och sjukvårdsuppgifter på både primärvårds- och specialistnivå.

Avtalet innehåller även en tydligare formulering som fastställer att bedömningen av vilka insatser som kan utföras på primärvårdsnivå ska göras inom ramen för en mer jämbördig och strukturerad samverkan mellan parterna.

Utifrån att det övergripande hälso- och sjukvårdsavtalet har tagit fasta på flera av de synpunkter som Kungälv kommun lämnade in och att det har omarbetats och öppnar upp för en mer jämlik samverkan bedömer förvaltningen att avtalet håller en tillräckligt god nivå så att avtal mellan Kungälv kommun och Västra Götalandsregionen kan tecknas.

Ärendenivåer – bedömning utifrån kommunfullmäktiges strategiska mål eller kommunstyrelsens resultatmål

Ärendet är i linje med kommunfullmäktiges strategiska mål om en trygg omsorg med valmöjligheter genom livet. I målet betonas att Kungälv kommun ska kunna stå för en trygg omsorg, medborgarna skall kunna lita på välfärden och de mest utsatta ska ha den bästa omsorgen.

Bedömning utifrån miljö, hållbarhet och mål i Agenda 2030

Ärendet har viss koppling till mål tre om god hälsa och välbefinnande. Avtalet är särskilt relevant utifrån underliggande delmål "Tillgängliggör sjukvård för alla".

Avtalet bedöms dock ha ingen eller liten betydelse för klimat och miljö.

Bedömning utifrån politiska styrdokument

Kommunens program för social hållbarhet samt underliggande planer Social översiktsplan samt Äldreplan har till viss del koppling till ärendet.

Bedömning utifrån ett medborgar- och brukarperspektiv

Målgruppen är alla som behöver hälso- och sjukvårdsinsatser och samordning från både region och kommun, oavsett ålder, diagnos eller funktionsnedsättning, förutsatt att de ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap 1 § och 2 § HSL (2017:30).

Bedömning utifrån ett medarbetarperspektiv

Avtalet har efter bearbetning förtydligat gränsdragningen mellan region och kommun som är av största vikt för den enskilde medarbetaren som är den som dagligen arbetar i vårdsamverkan. Avtalet har även förtydligat avsnittet om hälso- och sjukvård i hemmet vilket gör att avtalet kan vara ett stöd för medarbetaren.

Ekonomisk bedömning

Avtalsförslaget har nu utformats så att bedömningen av vilka insatser som kan utföras på primärvårdsnivå sker i en mer jämbördig samverkan mellan parterna. Detta skapar förbättrade förutsättningar för långsiktig planering av verksamheten, minskar risken för kostnadsdrivande och kortsiktiga lösningar samt bidrar till en mer hållbar och förutsägbar vårdstruktur.

I avtalsförslaget finns det dock möjlighet att sluta lokala överenskommelser kring insatser som sker under patienters permission eller insatser som utförs under jourtid där kommunen kan få vissa kostnader ersatta.

Förslag till beslut

Kommunfullmäktige beslutar att ingå Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser.

Lena Arnfelt
Sektorschef

Anna Mårtén
Verksamhetschef

Expedieras till:

För kännedom till:

From: diarium@goteborgsregionen.se
Sent: 30 Sep 2025 10:22:11 +0200
To: info@kungsbacka.se; kommun@stenungsund.se; kommun@tjorn.se; kommun@ockero.se; kundcenter@partille.se; stadsledningskontoret@stadshuset.goteborg.se; kontakt@molndal.se; kommun@lerum.se; kommunstyrelsen@alingsas.se; kommunen@lillaedet.se; kommun@ale.se; kommun@harryda.se; Kungälv's Kommun
Cc: regionstyrelsen@vgregion.se
Subject: Handlingar för ärende GRFS-2025-00226, Hälso- och sjukvårdsavtal och överenskommelser
Attachments: Beslut - 202500226 - GRFS - § 79.pdf, Tjänsteskrivelse Hälso- och sjukvårdsavtal och överenskommelser.pdf, 2025-09-01 Mötesanteckning SRO .pdf, Informationsbrev om beslutsprocess för hälso- och sjukvårdsavtal.pdf, Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård.pdf, Överenskommelse Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.pdf, Överenskommelse Ansvar för samverkan om munhälsa uppsökande och nödvändig tandvård.pdf, ÖK Samverkan kring personer psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende.pdf, Hälso- och sjukvårdsavtal - avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar mellan Västra Götalandsreg.pdf, 25 09 04 Bilaga VästKoms protokoll_Skrivelse beslutsförslag Hälso- och sjukvårdsavtal.pdf, Tjänsteutlåtande VästKom 2025-08-15 Hälso- och sjukvårdsavtal med överenskommelser.pdf, Missivbrev SRO Hälso-och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser .pdf
Categories: Maria

Varsam: Detta är ett meddelande från en extern avsändare. Öppna inte länkar eller bilagor om du är osäker på avsändaren eller innehållet.

Hej,

Bifogar förbundsstyrelsens beslut avseende hälso- och sjukvårdsavtal.

Notera att medlemskommuners beslut ska skickas till Västra Götalandsregionen och Västkom, GR behöver inte få kopia på beslutet.

Hälsningar
Jennifer Lohman

Jennifer Lohman
Göteborgsregionen (GR)

Registrator och arkivsamordnare
Stab och konferens
Anders Personsgatan 8 * Box 5073 * 402 22 Göteborg
Tel direkt: 031-335 50 88
Sms:0768-724722
www.goteborgsregionen.se

Aktuella handlingar för ärende GRFS-2025-00226, Hälso- och sjukvårdsavtal och överenskommelser bifogas detta e-postmeddelande

Bifogat material kommer från följande handlingar:
Protokollsutdrag 2025-09-26 § 79 Nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser | Dokumentidentitet:21094
Tjänsteskrivelse Hälso- och sjukvårdsavtal och överenskommelser | Dokumentidentitet:21048
2025-09-01 Mötesanteckning SRO | Dokumentidentitet:21011
Informationsbrev om beslutsprocess för hälso- och sjukvårdsavtal | Dokumentidentitet:21010
Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård | Dokumentidentitet:21009
Överenskommelse Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård | Dokumentidentitet:21008
Överenskommelse Ansvar för samverkan om munhälsa uppsökande och nödvändig tandvård | Dokumentidentitet:21007
Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende | Dokumentidentitet:21006
Hälso-och sjukvårdsavtal som reglerar hälso-och sjukvårdsansvar mellan VGR och kommuner | Dokumentidentitet:21005
Bilaga Västkom's protokoll 2025-09-04 Beslutsförslag avtal | Dokumentidentitet:21004
Tjänsteutlåtande VästKom 2025-08-15 Hälso- och sjukvårdsavtal med överenskommelser | Dokumentidentitet:21003
Missivbrev 2025-09-01 SRO Hälso-och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser | Dokumentidentitet:20991



Förbundsstyrelsen

§ 79

Dnr GRFS-2025-00226

Nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Förbundsstyrelsens beslut

1. Förbundsstyrelsen ställer sig bakom nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal, att gälla från och med 1 januari 2027.
 - Hälso- och sjukvårdsavtal
 - Överenskommelse - Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård
 - Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård
 - Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende
 - Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård
2. Förbundsstyrelsen beslutar att rekommendera medlemskommunerna att anta nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal.
3. Förbundsstyrelsen rekommenderar kommunerna använda den av VästKom framtagna likalydande beslutsformulering vid antagande av Hälso- och sjukvårdsavtal och dess fyra överenskommelser i form av underavtal.

Sammanfattning av ärendet

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

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande



Förbundsstyrelsen

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

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

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

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

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

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

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande



Förbundsstyrelsen

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

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

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

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

Beslutsunderlag

Tjänsteskrivelse daterad 2025-09-11

Hälso- och sjukvårdsavtal

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

Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård

Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk

funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende,

Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Mötesanteckning SRO 2025-09-01

Missivbrev, avtal med tillhörande överenskommelser SRO 2025-09-01

TU VästKoms styrelse 2025-09-04

VästKoms protokoll 2025-09-04

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande



**GÖTEBORGS
REGIONEN**

SAMMANTRÄDESPROTOKOLL

Sammanträdesdatum

2025-09-26

Sida

4(4)

Förbundsstyrelsen

Beslutsgång

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

Skickas till

Västra Götalandsregionen
Medlemskommunerna

Justerandes signatur

Utdragsbestyrkande

Tjänsteskrivelse Göteborgsregionens kommunalförbund
Handläggare: Maria Ljung, Planeringsledare Hälso- och sjukvård
Datum: 2025-09-11 Diarienummer: FS2025-00226

Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser

Förslag till beslut

1. Förbundsstyrelsen ställer sig bakom nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal, att gälla från och med 1 januari 2027.
 - Hälso- och sjukvårdsavtal
 - Överenskommelse - Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård
 - Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård
 - Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende
 - Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård
2. Förbundsstyrelsen beslutar att rekommendera medlemskommunerna att anta nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande fyra överenskommelser i form av underavtal.
3. Förbundsstyrelsen rekommenderar kommunerna använda den av VästKom framtagna likalydande beslutsformulering vid antagande av Hälso- och sjukvårdsavtal och dess fyra överenskommelser i form av underavtal.

Sammanfattning av ärendet

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

Förbundsstyrelse



Tjänsteskrivelse Göteborgsregionens kommunalförbund

Handläggare: Maria Ljung, Planeringsledare Hälso- och sjukvård

Datum: 2025-09-02, Diarienummer: FS2025-00226

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

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

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

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

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

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

Förbundsstyrelse

Tjänsteskrivelse Göteborgsregionens kommunalförbund
Handläggare: Maria Ljung, Planeringsledare Hälso- och sjukvård
Datum: 2025-09-02, Diarienummer: FS2025-00226



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

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

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

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

Beslutsunderlag

Slutförslag:

- Hälso- och sjukvårdsavtal
- Överenskommelse - Kommunernas 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,
- Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Förbundsstyrelse

Tjänsteskrivelse Göteborgsregionens kommunalförbund
Handläggare: Maria Ljung, Planeringsledare Hälso- och sjukvård
Datum: 2025-09-02, Diarienummer: FS2025-00226



Underlag från SRO och VästKoms styrelse

- Mötesanteckning SRO 2025-09-01
- Missivbrev, avtal med tillhörande överenskommelser SRO 2025-09-01
- TU VästKoms styrelse 2025-09-04
- 2025-09-04 Bilaga Västkoms Protokoll_ skrivelse beslutsförslag Avtal

Förbundsstyrelse

Tjänsteskrivelse Göteborgsregionens kommunalförbund
Handläggare: Maria Ljung, Planeringsledare Hälso- och sjukvård
Datum: 2025-09-02, Diarienummer: FS2025-00226



BESKRIVNING AV ÄRENDET

Bakgrund och Syfte

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

Det politiska samrådsorganet (SRO) tog 2024-05-23 ställning till att ett nytt Hälso- och sjukvårdsavtal (avtal) ska tas fram mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och de 49 kommunerna i regionen.

Ställningstagandet avsåg även de fyra tillhörande så kallade lagreglerade överenskommelserna:

- Ramavtal om läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård
- Överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Överenskommelse kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk av alkohol, droger och spel om pengar.
- Överenskommelse om samverkan Munhälsa

SRO tog samtidigt ställning till att en arbetsgrupp skulle bemannas som på uppdrag av parterna skulle ta fram förslag på nytt avtal.

Syftet har varit att få ett avtal som är modernt och framåtsyftande. Avtal och överenskommelser ska vara hållbara över tid, och ta höjd för intentionerna i Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård.

Färdplanen – den läns gemensamma strategin för god och nära vård är en övergripande strategi som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg fram till 2030. Samtliga parter i Västra Götaland har ställt sig bakom den läns gemensamma Färdplanen.

Beredning och process i Västra Götalands län

På uppdrag av SRO tillsattes en partsgemensam politisk referensgrupp under hösten 2024, med det övergripande syftet att skapa så goda förutsättningar som möjligt att nå ambitionen att samtliga parter ska kunna fatta beslut om nytt avtal under mandatperioden. Vardera part har också haft varsin styrgrupp av tjänstemän. De båda styrgrupperna har träffats enskilt och tillsammans i länet. Styrgrupp för kommunerna hölls samman av VästKom och representanterna valdes av strategiska nätverk i de fyra kommunalförbunden.

Förbundsstyrelse

Tjänsteskrivelse Göteborgsregionens kommunalförbund

Handläggare: Maria Ljung, Planeringsledare Hälso- och sjukvård

Datum: 2025-09-02, Diarienummer: FS2025-00226



2025-01-30 sändes framtagna förslag på avtal och överenskommelser på remiss till länets 49 kommuner. Avtalsparter, liksom remissinstanser, var samtliga 49 kommuner i Västra Götaland och VGR. Fem dialogkonferenser hölls i länet under februari 2025 för såväl politiker som tjänstepersoner, för att ge en god förståelse för avtalet och de ingångna överenskommelserna, samt stimulera till samtal och diskussioner inför remisshanteringen. Samtliga 49 kommuner i länet har inkommit med remissvar.

Under sommaren 2025 har länets arbetsgrupp, tjänstemannaorganisationernas respektive styrgrupper samt den politiska referensgruppen arbetat vidare med att bearbeta och jämka samman samtliga inkomna remissvar. Det fanns en samstämmighet mellan parterna om vilka områden som behövde bearbetas om. Detta har lett till flera förtydliganden i avtalet, bland annat:

- Tydligare ansvarsfördelning
- Begränsning av texter om samverkan som inte regleras av avtalet
- Större fokus på patientsäkerhet, oenighet och tvist

Mest utmanande har varit att nå samsyn i frågan om kompetensnivåer hos respektive huvudman. Nu liggande slutförslag innebär att avtalet öppnar upp för dialog och samverkan kring kompetenser som ligger utanför kommunens ansvar för grundkompetenserna sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Parterna har ett gemensamt ansvar att komma överens om att tillhandahålla övriga kompetenser.

Slutförslaget på avtal innehåller nio avsnitt och ska läsas i sin helhet. De fyra överenskommelserna – i form av underavtal – ska vart och ett läsas tillsammans med avtalet. Varje överenskommelse är beroende av ett gällande avtal.

Beredning och process inom Göteborgsregionens kommunalförbund

Medlemskommunerna i Göteborgsregionens kommunalförbund (GR) har fått regelbunden information och dialog i den politiska beredningsgruppen för social välfärd samt i de strategiska nätverken.

Ordförande i den politiska beredningsgruppen för social välfärd har varit representant i den länsgemensamma politiska referensgruppen. Efter beslut i SRO fortsätter uppdraget för den politiska referensgruppen till 2026-12-31. Socialchefsnätverket har utsett representanter till kommunernas styrgrupp.

GR har bistått medlemskommunerna med en representant i arbetsgruppen i länet. En del i arbetet har varit att samla en referensgrupp med minst en

Förbundsstyrelse



Tjänsteskrivelse Göteborgsregionens kommunalförbund

Handläggare: Maria Ljung, Planeringsledare Hälso- och sjukvård

Datum: 2025-09-02, Diarienummer: FS2025-00226

tjänsteperson per medlemskommun under hösten 2024. Gruppen hade möjligheter att ge inspel till länsarbetet med remissförslagen.

På uppdrag av Socialchefs nätverket har GR och referensgruppen under våren 2025 gemensamt tagit fram textförslag för avsnitten ”hälso- och sjukvård i hemmet” och ”uppföljning” till kommunernas remissvar.

Beslutsprocess

Efter att ställningstagande i SRO om att rekommendera samtliga parter att, var för sig, besluta om avtal med tillhörande fyra överenskommelser påbörjas beslutsprocessen på kommunsidan. Kommunernas beslutsprocess inkluderar ställningstagande i styrelsen för VästKom samt styrelse/direktion i Kommunalförbunden, därefter beslut i kommunernas nämnd/er, kommunstyrelse och kommunfullmäktige.

Det nu liggande slutförslaget på avtal och tillhörande fyra överenskommelser presenterades på SRO 2025-08-21 inför slutligt ställningstagande som gjordes 2025-09-01.

2025-09-04 ställde sig VästKoms styrelse bakom att rekommendera kommunalförbunden att rekommendera medlemskommunerna att var för sig anta nytt förslag till avtal med tillhörande överenskommelser - i form av underavtal. Under arbetsprocessen har det betonats vikten av att de 49 kommunerna i länet enhälligt ställer sig bakom avtalet. Därför rekommenderas kommunerna använda nedan likalydande beslutsformulering vid antagande av avtalet och dess fyra överenskommelser.

Kommunstyrelsen föreslår att kommunfullmäktige beslutar följande:

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

Vardera part för sig ska fatta beslut före 2026-05-31.

Förbundsstyrelse

Tjänsteskrivelse Göteborgsregionens kommunalförbund
Handläggare: Maria Ljung, Planeringsledare Hälso- och sjukvård
Datum: 2025-09-02, Diarienummer: FS2025-00226



Avtalet och överenskommelser

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

- Avtalets innehåll och fokus: Avtalet förtydligar ansvarsfördelningen, betonar primärvårdens gemensamma ansvar och stärker patientsäkerhetsarbetet inklusive hantering av oenighet och tvister.
- Relation till tidigare avtal: Det nya avtalet bygger på tidigare Regionbildningsavtal och Primärvårdsavtal från 1998 och ersätter det nuvarande avtalet som gäller till slutet av 2026.
- Modern och hållbar samverkan: Avtalet stödjer länsgemensam strategi för god och nära vård, förbättrar förutsättningar för vård i hemmet och tar höjd för framtida behov.
- Villkor för avtalets giltighet: Uppsägning av avtalet påverkar även underavtalen, som kan sägas upp eller revideras individuellt utan att huvudavtalet påverkas.
- Struktur och läsning: Avtalet innehåller nio avsnitt och ska läsas tillsammans med fyra överenskommelser - i form av underavtal - som är beroende av huvudavtalets giltighet.
- Remissynpunkter och förändringar: Remissvaren visade behov av förtydliganden, särskilt kring ansvarsfördelning, samverkan och patientsäkerhet, vilket lett till justeringar i avtalet och kommer att föranleda fortsatt arbete efter att avtalsförslagen gått för beslut.

Viktiga förändringar jämfört med remissförslagen

- Avtalets förhållande till regionbildningsavtalet och det första primärvårdsavtalet, liksom gällande avtal har förtydligats.
- Avtalet tydliggör det gemensamma ansvaret för primärvården
- Förtydligande kring ansvar för kompetens inom kommunal primärvård.
- Kortvarigt och långvarigt behov har kompletterats med grundprincip för regionen och kommunens ansvar med utgångspunkt personcentrerad vård och vad som är bäst för den enskilda patientens trygghet och kontinuitet.
- Texter om samverkan som inte regleras i avtalet har begränsats i avtalstexten.
- Större fokus på gemensamt patientsäkerhetsarbete.
- Hantering av oenighet och tvist är reglerat i avtalet.

Förbundsstyrelse

Tjänsteskrivelse Göteborgsregionens kommunalförbund
Handläggare: Maria Ljung, Planeringsledare Hälso- och sjukvård
Datum: 2025-09-02, Diarienummer: FS2025-00226



Uppsägning av Hälso- och sjukvårdsavtal

Det senast överenskomna och ingångna avtalet har gällt sedan 2017, och gäller för närvarande till och med 2026-12-31. Det kan sägas upp före december månads utgång 2025. Annars blir det automatiskt förlängt till och med 31 december 2028, med möjlighet att sägas upp före december månads utgång 2027. Regionen har för avsikt att säga upp nuvarande avtal daterat 2017-01-01

Det nu framtagna förslaget om avtalet och tillhörande överenskommelser utgår från Regionbildningsavtalet inklusive Primärvårdsavtalet. Uppsägning av avtalet påverkar även överenskommelser- i form av underavtal. Överenskommelserna kan sägas upp eller revideras individuellt utan att avtalet påverkas.

Bedömning

Göteborgsregionen bedömer att slutförslaget på avtal och tillhörande fyra överenskommelser tar höjd för intentionerna i Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård, samt är modernt och framåtsyftande.

Göteborgsregionen bedömer att processen för att ta fram ett nytt modernt framåtsyftande avtal har präglats av god samverkan, delaktighet och transparens på tjänstemannanivå och politisk nivå.

Gitte Caous
Förbundsdirektör

Ritva Gonzalez
Avdelningschef Arbetsmarknad och Social välfärd

Skickas till

Medlemskommuner i Göteborgsregionen.
Västra götalandetsregionen (VGR)

Mötesanteckning SRO – extrainsatt möte

Politiskt samrådsorgan mellan Västra Götalandsregionen och
Västra Götalands 49 kommuner genom de fyra kommunalförbunden

Datum: 1 september 2025

Tid: 09.00 – 10.00

Mötesform: Teams

Kallade: Se lista

Inbjudna:

För Västra Götalands fyra kommunalförbund (VGK)

Kommunpolitiker

Miguel Odhner (S), Göteborgsregionen
Marina Johansson (S), Göteborgsregionen, **vice ordförande**
Theres Sahlström (M), Skaraborg
Ulf Olsson (S), Boråsregionen
Peter Eriksson (M), Fyrbodäl
Adam Johansson (M) Skaraborg
Bengt Hilmersson (C), Boråsregionen
Dan Nyberg (S), Fyrbodäl

Tjänstepersoner

Kristina Lännergren, direktör VästKom
Malin Swärd Davidsson, beredning VästKom
Tobias Hellström beredning VästKom
Gitte Caous, förbundsdirektör Göteborgsregionen
Ritva Gonzalez, representant Göteborgsregionen
Anna Lärk Ståhlberg, förbundsdirektör Fyrbodäl
Magnus Haggren, förbundsdirektör Boråsregionen
Kristofer Svensson, förbundsdirektör Skaraborg

För Västra Götalandsregionen (VGR)

Regionpolitiker

Helen Eliasson (S), ordförande Regionstyrelsen, **ordförande**
Lars Holmin (M), vice ordförande Regionstyrelsen
Janette Olsson (S), ordförande strategiska Hälso- och sjukvårdsnämnden (SSN)
Carina Örgård (V), vice ordförande SSN
Monika Beiring (M), andre vice ordförande SSN

Tjänstepersoner

Karin Looström Muth, hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektör
Ann-Sofie Rundberg, beredning VGR
Åsa Jackson, beredning VGR
Jenny Nilsson, processledare för nytt Hälso- och sjukvårdsavtal
Administration
Rebecca Bretvold, Mötessekreterare VGR

Dagordning

1. Mötets öppnande
 - a) närvaro/frånvaro

Frånvaro: Kristina Lännergren, Lars Holmin och Miguel Odhner.

b) övriga frågor

Inga övriga frågor.

2. Nytt Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Ställningstagande

(5 minuter, kl. 09.00 – 09.05)

Föredragande: Marina Johansson, Göteborgsregionen, Janette Olsson, ordförande strategiska Hälso- och sjukvårdsnämnden, Ann-Sofie Rundberg, VGR, och Kristina Lännergren, VästKom

- [Hälso- och sjukvårdsavtal – avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, SRO 2025-09-01](#)
- [Överenskommelse - Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, SRO 2025-09-01](#)
- [Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård, SRO 2025-09-01](#)
- [Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, SRO 2025-09-01](#)
- [Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård SRO, 2025-09-01](#)
- [Missivbrev, Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser, SRO 2025-09-01.pdf](#)
- [Beslutsunderlag - Slutförslag hälso- och sjukvårdsavtal, SRO 2025-09-01](#)

Ställningstagande: Det politiska samrådsorganet, SRO:

1. Ställer sig bakom förslagen till nytt hälso- och sjukvårdsavtal med fyra överenskommelser i form av underavtal, och rekommenderar samtliga Parter att var för sig besluta om att anta dessa att gälla från och med 1 januari 2027:
 - Hälso- och sjukvårdsavtal, SRO 2025-09-01
 - Överenskommelse - Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, SRO 2025-09-01
 - Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård, SRO 2025-09-01
 - Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, SRO 2025-09-01
 - Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård SRO, 2025-09-01

2. *Ställer sig bakom Missivbrev, Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser, SRO, 2025-09-01 för utskick tillsammans med förslagen på hälso- och sjukvårdsavtal och överenskommelser.*
3. *Noterar informationen.*

Samtliga närvarande ställde sig bakom ovanstående ställningstaganden utan invändningar.
Inga ytterligare frågor togs upp.

3. Beslutsunderlag - Redaktionella ändringar till Slutförslag Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser.

Information

(5 minuter, kl. 09.05 – 09.10)

Föredragande: Ann-Sofie Rundberg, VGR

- [Beslutsunderlag - Redaktionella ändringar till Slutförslag Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser, SRO 2025-09-01](#)

Ställningstagande: *Det politiska samrådsorganet, SRO, noterar informationen.*

Efter publicering och utskick till SRO har språkliga och layoutmässiga justeringar gjorts i avtalet och överenskommelserna (jämfört med slutförslag 2025-09-01).

En ändring som kan uppfattas som förändring av innehåll redovisas i beslutsunderlaget.

Beslutsunderlaget med information om de redaktionella justeringarna skickades ut strax före mötet till samtliga deltagare på SRO.

Jennifer Lohman

Från: Info VästKom <info@vastkom.se>
Skickat: den 16 september 2025 17:17
Till: info@borasregionen.se; GR; info@skaraborg.se; Kansliet Fyrbodals Kommunalförbund
Kopia: Kristina Lännergren; Tobias Hellström; Johanna Hansson; Maria Olsson; Isaac Keren; Info VästKom; Malin Swärd Davidsson
Ämne: Informationsbrev om beslutsprocess för hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser
Bifogade filer: Hälso- och sjukvårdsavtal – avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland.pdf; Ök - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, barn och unga.pdf; Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård.pdf; Överenskommelse - Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.pdf; Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård.pdf; Missivbrev, HoSavtal med tillhörande överenskommelser.pdf; 25 08 21 TU Hälso- och sjukvårdsavtal med överenskommelser.pdf; 25 09 04 Bilaga VästKoms protokoll_Skrivelse beslutsförslag Hälso- och sjukvårdsavtal.pdf; Protokoll Styrelse VästKom 2025-09-04_v2.docx - signerat.pdf

Kategorier: Jennifer; Diariefört

Informationsbrev om beslutsprocess för hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser

Vid VästKoms styrelse den 4 september beslutades att rekommendera de fyra kommunalförbunden att rekommendera sina respektive medlemskommuner att var för sig besluta anta förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser i form av underavtal, att gälla från 1 januari 2027.

I bifogat missiv, framtaget i samverkan med VGR, återges en sammanfattning av ärendet och en beskrivning av viktiga förändringar efter remissbearbetningen.

Avtalens förhållande till varandra

För att tydliggöra vilka avtal som är gällande har den politiska referensgruppen haft dialog och kommit fram till att en formell uppsägning av nuvarande avtal är viktig för tydligheten. Jurister från både kommun och VGR har gjort samma bedömning. VGR har med anledning av detta för avsikt att säga upp nuvarande avtal innan årets utgång. Det innebär att det upphör att gälla vid 2026 års slut.

Beslutsgång

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

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

VästKom, diarienummer **2025_017**: info@vastkom.se

Beslutsformulering

VästKoms styrelser beslutade den 4 september att ge kommunerna stöd i beslutsformulering. Jurist har varit behjälplig med framtagandet. Förslag på beslutsformulering bifogas.

Kontaktuppgifter

Finns behov av dialog eller information under beslutsprocessen finns både VästKoms direktör Kristina Lännergren och processledare för hälso- och sjukvårdsavtalet Malin Swärd Davidsson tillgängliga.

kristina.lannergren@vastkom.se

malin.sward@vastkom.se

Det går även bra att kontakta de kommunala representanterna i den politiska referensgruppen.

Marina Johansson, Göteborgsregionen, marina.johansson@stadshuset.goteborg.se

Bengt Hilmersson, Boråsregionen, bengt.hilmersson@vargarda.se

Dan Nyberg, Fyrbodals kommunalförbund, dan.nyberg@vanersborg.se

Adam Johansson, Skaraborgs kommunalförbund, adam.johansson@falkoping.se

Bilagor/länkar

- Hälso- och sjukvårdsavtal – avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
- Överenskommelse Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Överenskommelse Regionens läkaransvar i kommunal primärvård
- Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende
- Överenskommelse Samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård
- Missiv
- Protokoll VästKoms styrelse 2025-09-04
- Tjänsteutlåtande VästKoms styrelse
- Beslutsformulering

Med vänliga hälsningar

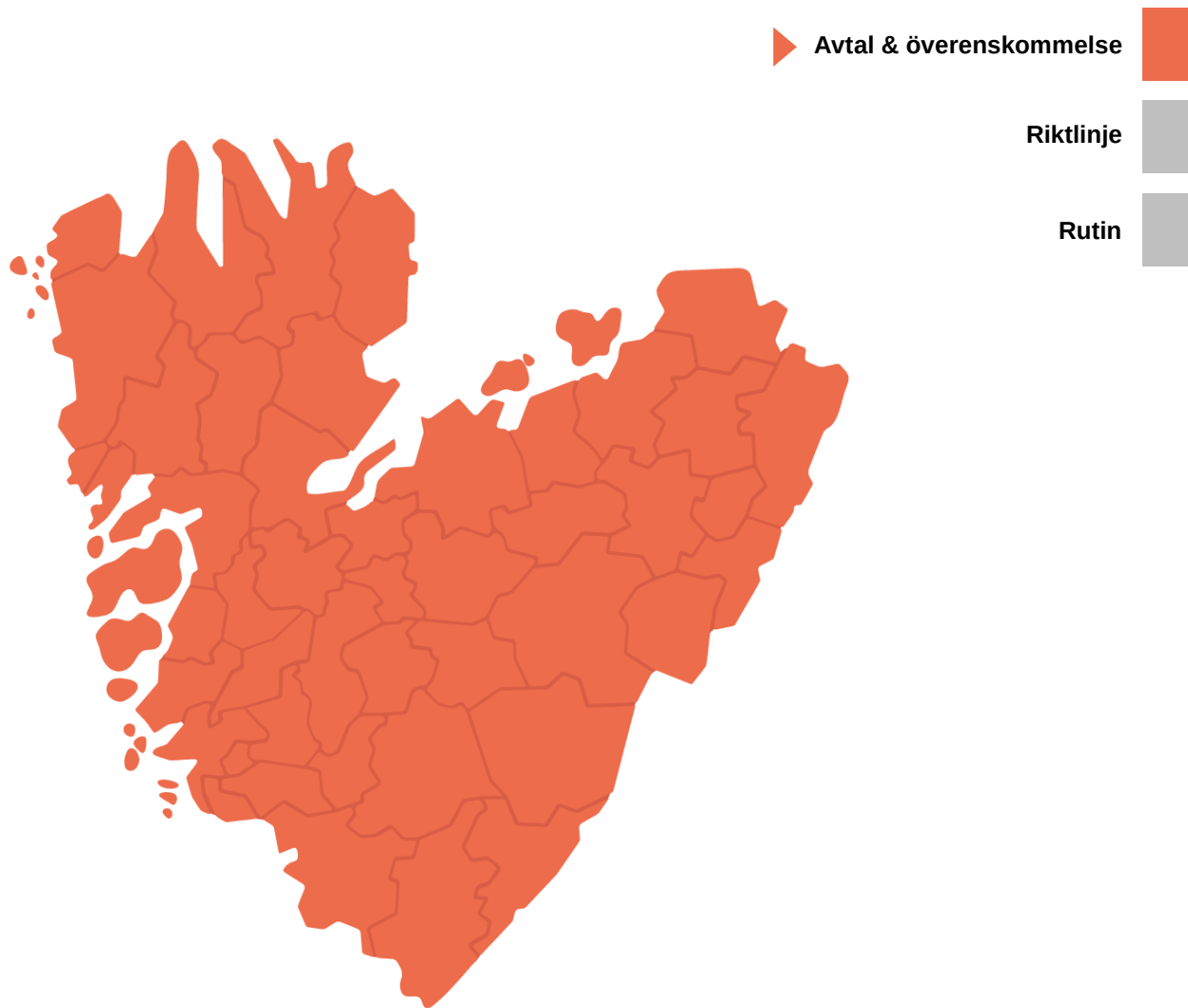
Malin Swärd Davidsson
Strateg hälso- och sjukvård

Telefon: 0730-65 33 57

E-post: malin.sward@vastkom.se



Västsvenska kommunalförbundens samorganisation



Överenskommelse

Västra Götalandsregionens läkaransvar i kommunal primärvård

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

Innehåll

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

1. Inledning

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

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet att samverka mellan region och kommun, både när det gäller målgrupper och på individnivå. Överenskommelsen baseras på 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som reglerar samverkansformerna och omfattningen mellan VGR och Kommun.

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

2. Parter

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

3. Avtalstid

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland, genom beslut som vinner laga kraft.

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

Vid uppsägning av överenskommelsen upphör den att gälla när den aktuella perioden om fyra år löper ut alternativt när förlängningstiden om tre år löper ut. Det räcker att en Part säger upp överenskommelsen för att den ska upphöra att gälla för samtliga

Parter enligt ovan. En uppsägning av denna överenskommelse påverkar inte Avtalet eller övriga överenskommelser.

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

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

4. Syfte

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

5. Målgrupp

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

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service som avses i 8 kap. 4 § första stycket, 8 kap 11 § eller 26 kap 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2025:400), SoL.
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 kap. 8 § och 9 kap. 9 § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet 8 kap. 1 § SoL, samt daglig verksamhet enligt LSS.
- I Västra Götaland har Kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) sedan regionbildningen 1999, 14 kap. 1 § HSL.

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

6. Gemensamt ansvar

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

Huvudmännen samverkar genom att:

- årligen upprätta gemensam närområdesplan med syftet att tydliggöra omfattning och former kring ansvarsfördelning för gemensamma åtaganden samt för samverkan på lokal nivå
- varje patient ska ha en utsedd fast läkarkontakt
- utifrån medicinsk bedömning upprätta, revidera och följa upp patientens individuella plan, enligt HSL
- säkerställa informationsöverföring mellan berörda verksamheter, och använda avsett IT-system för kommunikation och informationsöverföring
- Parterna ansvarar för att bemanna och avsätta tid för uppdraget
- utbyta information vid personal-, verksamhets- eller organisationsförändringar som kan påverka det lokala samarbetet.

7. Parternas ansvar

7.1 VGR:s läkaransvar

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

Läkare ska finnas tillgänglig dygnet runt, veckans alla dagar, för kommunal primärvård.

Läkarens patientansvar

I läkaransvar ingår bland annat att:

- fast läkarkontakt inom primärvård ska utses enligt 6 kap. 3 § patientlag (2014:821)
- fast läkarkontakt i primärvård samordnar patientens medicinska vård, läkemedelsbehandling och dialog mellan vårdnivåer, samt vid behov vara delaktig vid vårdövergångar
- utföra medicinsk bedömning, dokumentation, utredning, behandling och uppföljning, planerat och oplanerat, hela dygnet
- upprätta långsiktig, medicinsk plan
- ha läkemedelsansvar, genomföra läkemedelsgenomgång och upprätta läkemedelsberättelse

- genomföra samtal vid allvarlig sjukdom, liksom brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård och vid vård i livets slutskede
- ta ställning till vårdbegränsningar
- ge medicinsk konsultation och kompetensöverföring i det enskilda ärendet till Kommunens legitimerade personal
- dokumentera överlåtelse om att utföra klinisk undersökning vid förväntat dödsfall, fastställa dödsfall, samt upprätta dödsbevis och dödsorsaksintyg.

7.2 Kommunens ansvar

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

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

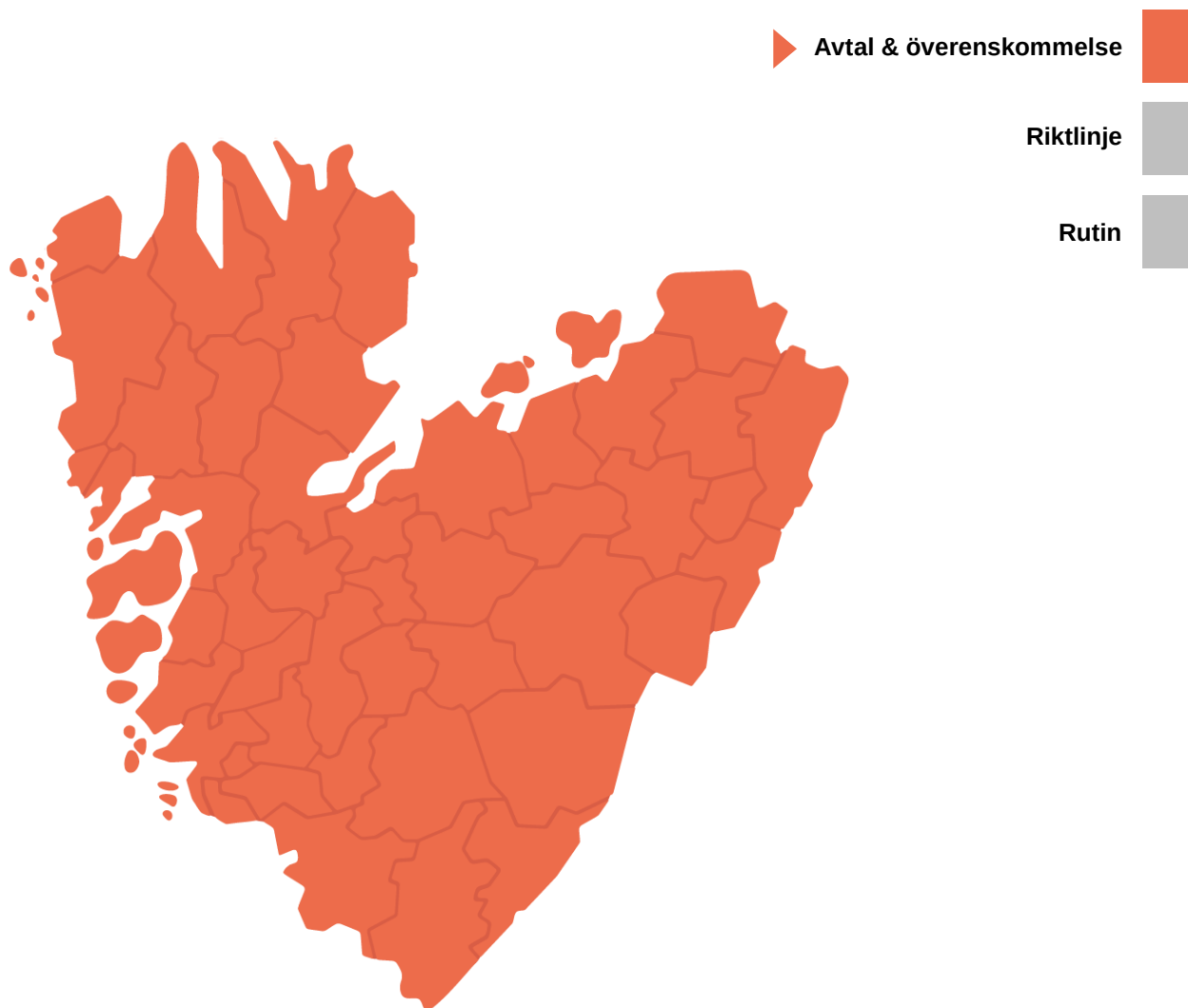
- bedöma, utreda, åtgärda och följa upp och dokumentera hälso- och sjukvård utifrån arbetsterapi-, fysioterapi- samt omvårdnadsprocessen
- kontakta fast läkarkontakt vid förändringar i patientens hälsotillstånd
- utföra ordinationer, samt utvärdera och återrapportera resultat
- kontakta berörda mottagningar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

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



Överenskommelse

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

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

Innehåll

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

1. Inledning

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

Överenskommelsen reglerar hur betalningsansvar ska beräknas för en patient som vårdas inom den slutna vården, efter det att den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar. Detta i enlighet med 4 kap. 5 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

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

2. Parter

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

3. Avtalstid

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland, genom beslut som vinner laga kraft.

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

Vid uppsägning av överenskommelsen upphör den att gälla när den aktuella perioden om fyra år löper ut alternativt när förlängningstiden om tre år löper ut. Det räcker att en Part säger upp överenskommelsen för att den ska upphöra att gälla för samtliga Parter enligt ovan. En uppsägning av denna överenskommelse påverkar inte Avtalet eller övriga överenskommelser.

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

Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för överenskommelsen kan initiativ till en översyn tas av 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 §)

- slutet 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 slutet 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

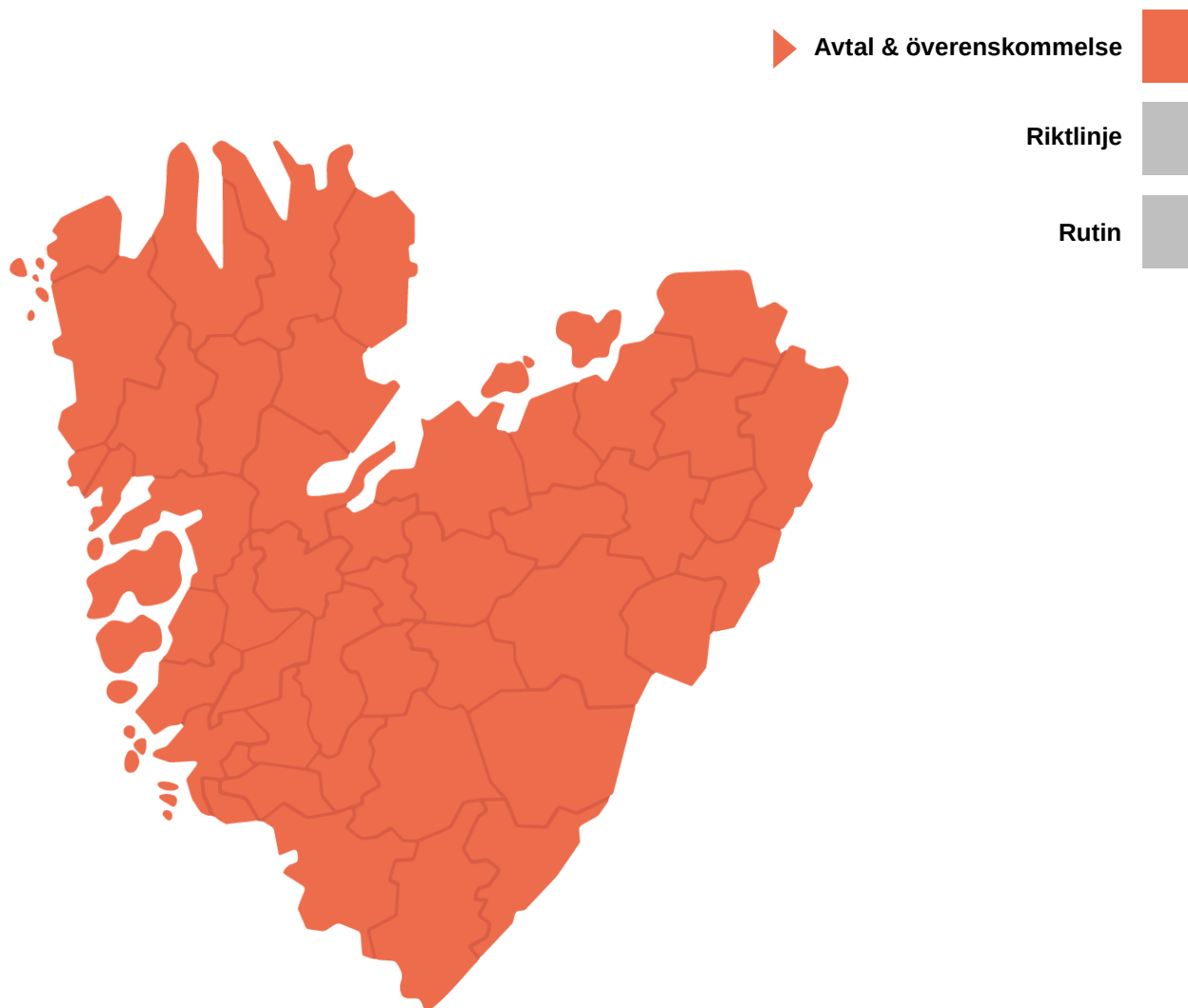
kalenderdagar per patient. Dessa patienter ska inte räknas med i månadens genomsnitt.

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

8. Uppföljning

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

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



Överenskommelse

Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

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

Innehåll

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

1. Inledning

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

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

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

2. Parter

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

3. Avtalstid

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland, genom beslut som vinner laga kraft.

Överenskommelsen gäller under perioden 2027-01-01 – 2030-12-31. Senast arton (18) månader innan giltighetstiden löper ut har parterna möjlighet att säga upp överenskommelsen. Om ingen Part skriftligen sagt upp överenskommelsen förlängs den med tre år i taget med arton (18) månaders uppsägningstid.

Vid uppsägning av överenskommelsen upphör den att gälla när den aktuella perioden om fyra år löper ut alternativt när förlängningstiden om tre år löper ut. Det räcker att en Part säger upp överenskommelsen för att den ska upphöra att gälla för samtliga Parter enligt ovan. En uppsägning av denna överenskommelse påverkar inte Avtalet eller övriga överenskommelser.

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

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

4. Syfte

Syftet med överenskommelsen är att upprätta och bibehålla en god munhälsa hos målgruppen, samt att skapa bästa möjliga förutsättningar för personen att klara den dagliga munvården.

Målet är att identifiera och förskriva N-tandvårdsintyg (intyg om nödvändig tandvård) till alla personer inom målgruppen. De som har rätt till N-intyg ska erbjudas munhälsobedömning.

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

5. Målgrupp

Målgruppen är personer i alla åldrar med särskilda behov av tandvårdsinsatser, och med behov av särskilt stöd enligt TvL. Vid tillämpningen av 8 § ska regionen särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som:

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som:
 - a) omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
 - b) får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
 - c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.

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

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

6. Gemensamt ansvar

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

7. Parternas ansvar

7.1 VGR:s ansvar

VGR har enligt tandvårdslagen ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för personer som har rätt till denna insats.

VGR tillhandahåller tandvårdsleverantör som ska ansvara för den uppsökande verksamheten i samverkan med Kommunen.

VGR ansvarar för att:

- vägleda kommunens intygsutfärdare med bedömning av underlaget för intyg om N-tandvård
- årligen tillhandahålla utbildning, digitalt eller fysiskt, och aktuellt informationsmaterial för Kommunens intygsutfärdare
- ge Kommunen information om förändringar inom N-tandvård och uppsökande verksamhet
- tillhandahålla informationsmaterial om N-tandvård och munhälsobedömning. Informationsmaterialet ska rikta sig till personer med intyg om N-tandvård, deras anhöriga och närstående, patientföreningar, vårdpersonal med flera
- tillhandahålla ett IT-stöd för Kommunerna, för all administration som krävs gällande intyg om N-tandvård och munhälsobedömningar
- uppgifter från Intygsbeställningen förs över till tandvårdsleverantörens IT-system

Tandvårdsleverantören ansvarar för att:

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

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

7.2 Kommunens ansvar

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

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

Intyg om nödvändig tandvård – Kommunen ansvarar för att:

- utse kontaktperson för kommunikation och informationsutbyte med VGR
- utse intygsutfärdare med kompetens att identifiera målgruppen för N-tandvårdsintyg
- bevaka aktuell information och vid behov delta i utbildningar som VGR tillhandahåller
- registrera och upprätthålla uppgifter om N-tandvårdsintyg och munhälsobedömning i det IT-stöd som tillhandahålls av VGR

Munhälsobedömning – Kommunen ansvarar för att:

- uppgift om personens vårdgivare av tandvård (folktandvård eller privat) finns dokumenterad och tillgänglig för berörd personal
- erbjuda en årlig munhälsobedömning till avsedd målgrupp, även till dem som tackat nej tidigare
- berörd personal deltar vid munhälsobedömningen
- personen ges daglig munvård enligt tandvårdens ordination och instruktioner. Tid för daglig munvård ska ingå i personlig hygien.

8. Utbildning

I den uppsökande verksamheten ingår utbildning i allmän munhälsovård till berörd personal i kommunen. Den tandvårdsleverantör som VGR tillhandahåller ansvarar för utbildningarna.

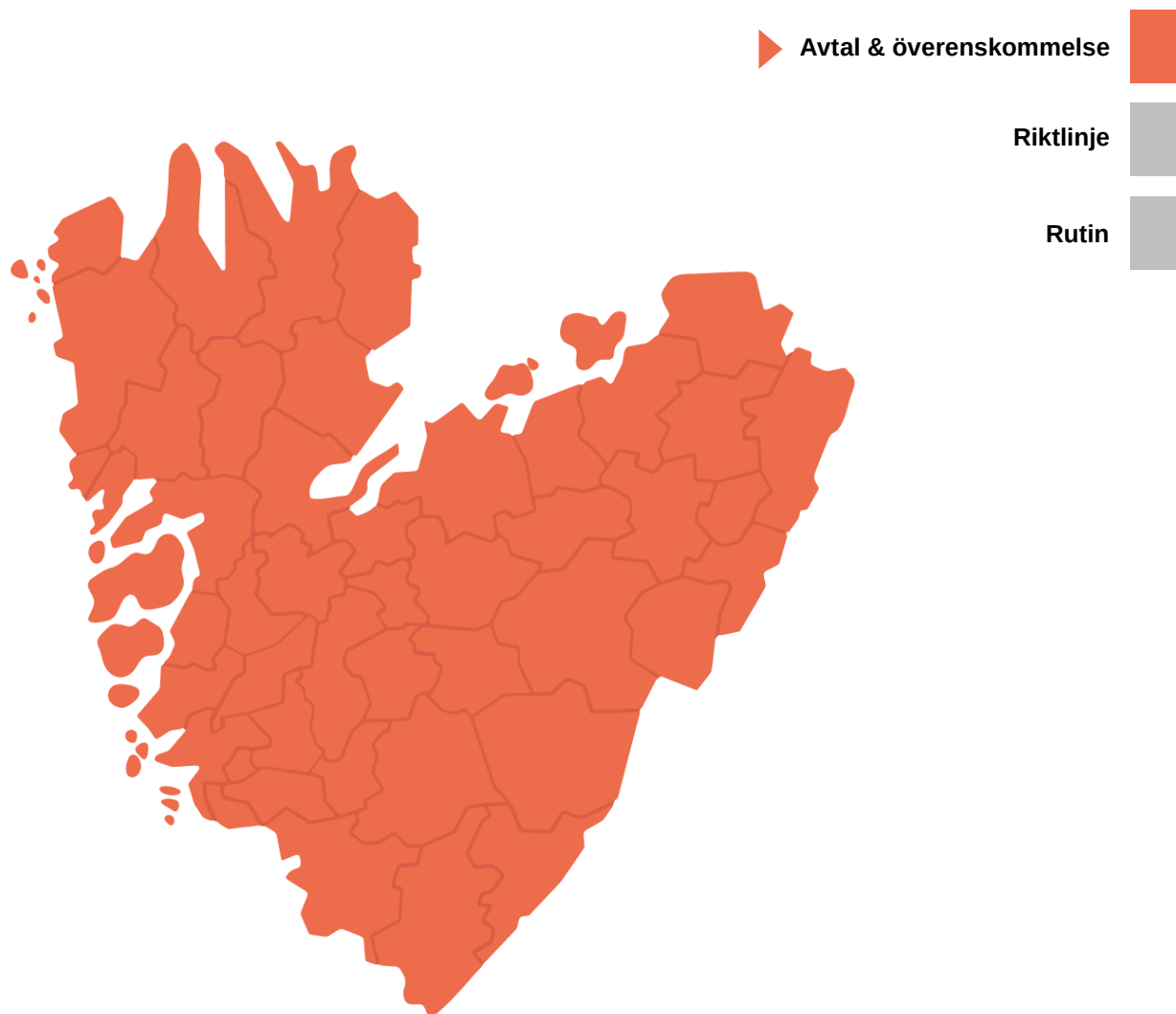
Genom rätt utbildning ges förutsättning för ett gott omhändertagande av daglig munvård. Kommunen ansvarar för att berörd personal deltar i de utbildningar i allmän munhälsovård som VGR genom tandvårdsleverantör erbjuder.

9. Uppföljning

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

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

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



Överenskommelse

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

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

Innehåll

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

1. Inledning

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

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

Överenskommelsen reglerar även samarbete kring personer med tvångsvård. Huvudsakliga rättsregler återfinns i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och i lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

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

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

2. Parter

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

3. Avtalstid

Överenskommelsen gäller under förutsättning att den godkänns av regionfullmäktige och kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland, genom beslut som vinner laga kraft.

Överenskommelsen gäller under perioden 2027-01-01 – 2030-12-31. Senast arton (18) månader innan giltighetstiden löper ut har Parterna

möjlighet att säga upp överenskommelsen. Om ingen Part skriftligen sagt upp överenskommelsen förlängs den med tre år i taget med arton (18) månaders uppsägningstid.

Vid uppsägning av överenskommelsen upphör den att gälla när den aktuella perioden om fyra år löper ut alternativt när förlängningstiden om tre år löper ut. Det räcker att en Part säger upp överenskommelsen för att den ska upphöra att gälla för samtliga Parter enligt ovan. En uppsägning av denna överenskommelse påverkar inte Avtalet eller övriga överenskommelser.

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

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

4. Syfte

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

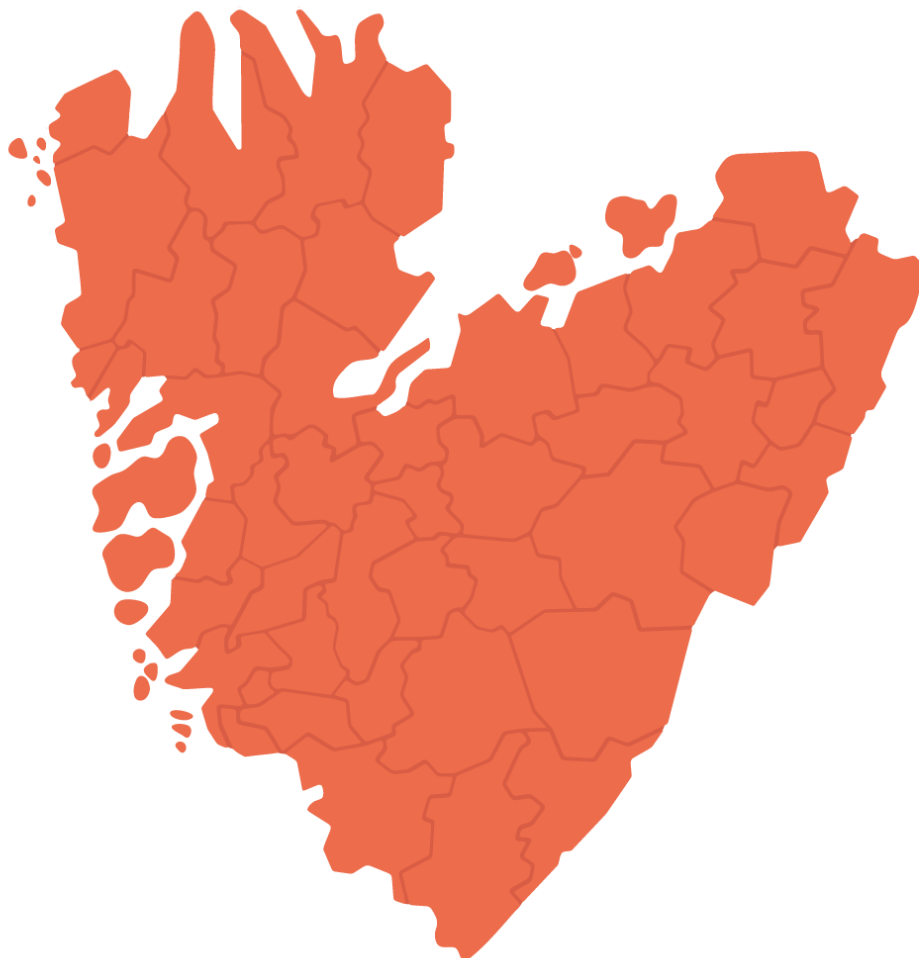
Kommunens ansvar är att:

- 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.



Hälso- och sjukvårdsavtal

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

Innehåll

1. Inledning	3
1.1 Syfte och mål	3
1.2 Läsanvisning	4
1.3 Målgrupp	4
1.4 Omfattning	4
1.5 Avtalsparter	4
1.6 Avtalstid	5
2. Ansvar	6
2.1 Gemensamt ansvar	6
2.2 Västra Götalandsregionens ansvar	7
2.3 Kommunens ansvar	8
2.4 Läkemedel	8
2.5 Personliga hjälpmedel inklusive förbruknings-artiklar och nutritionsprodukter samt andra medicintekniska produkter	9
3. Hälso- och sjukvård i hemmet.....	11
3.3 Egenvård.....	12
3.4 Förutsättningar för samverkan	12
4. Samverkan utanför avtalet	14
5. Patientsäkerhet	15
5.1 Avvikelser mellan vårdgivare.....	15
6. Oenighet och tvist.....	16
7. Grundläggande förutsättningar	18
7.1 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan	18
7.2 Informationsskyldighet vid förändring	18
7.3 Vårdsamverkan – vår gemensamma stödstruktur.....	18
7.4 Länsgemensamma styrdokument.....	19
7.5 Lagstiftning.....	19
7.6 Överenskommelser	20
8. Uppföljning	21
9. Definitioner	22

1. Inledning

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

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

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

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

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

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

1.1 Syfte och mål

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

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

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

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

1.2 Läsanvisning

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

1.3 Målgrupp

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

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

1.4 Omfattning

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

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

1.5 Avtalsparter

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

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

1.6 Avtalstid

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

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

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

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

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

Förutsättning för samverkan utan Avtal

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

2. Ansvar

2.1 Gemensamt ansvar

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

I den kommunala primärvården har Parterna ansvar för olika grundkompetenser:

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

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

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

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

Grundprincipen är att VGR ansvarar för tillfälliga behov av hembesök under kortare perioder, eller sällan förekommande behov över längre tid. Kommunen ansvarar för hembesök när behovet bedöms kvarstå över längre tid, och/eller när insatserna behöver ges mer regelbundet. Om behovet från början bedöms bli långvarigt, och/eller har en högre frekvens, bör det redan från start hanteras inom kommunal primärvård.

Utgångspunkten är alltid personcentrerad hälso- och sjukvård, och vad som är bäst för den enskilda patientens trygghet och kontinuitet. En helhetsbedömning ska göras utifrån en kombination av behovets varaktighet, frekvens och en resurseffektiv användning av Parternas

sammanlagda resurser.

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

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

2.2 Västra Götalandsregionens ansvar

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

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

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

VGR:s hälso- och sjukvårdsansvar på primärvårdsnivå:

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

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

2.3 Kommunens ansvar

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

Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar på primärvårdsnivå:

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

2.4 Läkemedel

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

Läkemedelsgenomgång ska utföras enligt Socialstyrelsens föreskrifter

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

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

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

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

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

2.5 Personliga hjälpmedel inklusive förbrukningsartiklar och nutritionsprodukter samt andra medicintekniska produkter

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

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

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

Generellt gäller att den vårdgivare som har hälso- och sjukvårdsansvar för aktuellt behov är kostnadsansvarig för förskrivna hjälpmedel.

Det finns undantag då kostnadsansvaret för hjälpmedel inte följer hälso- och sjukvårdsansvaret, vilket framgår i aktuell handbok för personliga hjälpmedel. VGR har kostnadsansvar för personliga hjälpmedel för barn och ungdomar fram till artonårsdagen.

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

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

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

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

3. Hälso- och sjukvård i hemmet

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

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

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

3.1 Primärvård

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

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

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

3.2 Specialiserad vård i hemmet

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

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

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

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

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

3.3 Egenvård

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

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

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

3.4 Förutsättningar för samverkan

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

3.4.1 Informationsöverföring

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

3.4.2 Teambaserat arbetssätt mellan regional och kommunal primärvård

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

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

3.4.3 Samordnad individuell plan, SIP

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

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

4. Samverkan utanför avtalet

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

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

5. Patientsäkerhet

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

5.1 Avvikelser mellan vårdgivare

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

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

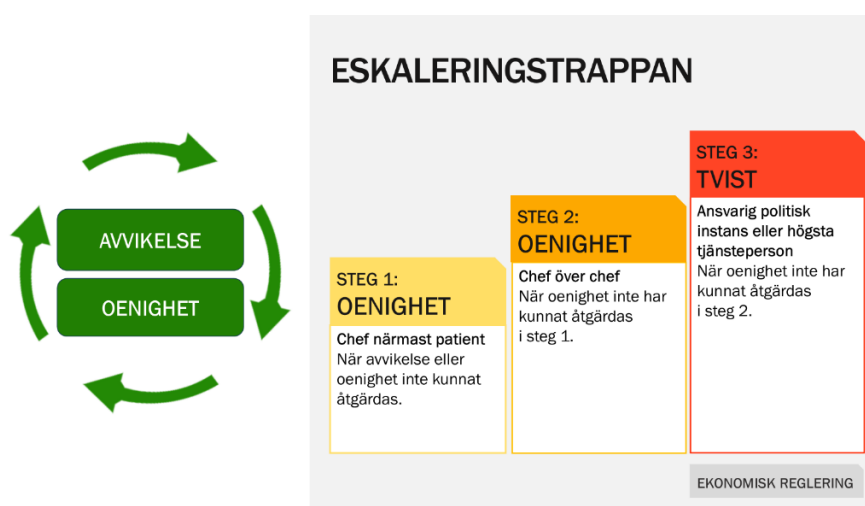
Parterna ansvarar för analys, åtgärder och uppföljning samt för att regelbundet sammanställa registrerade avvikelser mellan vårdgivare. Resultatet används för ett systematiskt förbättringsarbete. Det bidrar till att i samverkan öka patientsäkerhet, kunskapsutveckling och lärande på alla nivåer. Avvikelser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

6. Oenighet och tvist

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

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

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



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

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

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

Steg 1 – Oenighet

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

Steg 2 – Oenighet

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

Steg 3 – Tvist

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

Ansvar vid oenighet och tvist

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

Ekonomisk reglering och allmän domstol

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

Uppföljning av oenighet och tvist

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

7. Grundläggande förutsättningar

7.1 Kunskapsstyrning och kompetensutveckling i samverkan

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

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

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

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

7.2 Informationsskyldighet vid förändring

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

7.3 Vårdssamverkan – vår gemensamma stödstruktur

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

7.4 Länsgemensamma styrdokument

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

7.5 Lagstiftning

Följande lagstiftning ska särskilt beaktas:

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

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

Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens, 2 kap 6 § HSL.

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

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

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

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

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

avses i 26 kap. 1 § första stycket punkt 2 socialtjänstlagen (2025:400)

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

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

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

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

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

7.6 Överenskommelser

Till Avtalet finns fyra överenskommelser som är underavtal till Avtalet:

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

8. Uppföljning

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

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

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

9. Definitioner

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

Barn och unga

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

Bedömning av patientsäkerhet

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

Egenvård

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

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

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

Fast läkarkontakt

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

Fast vårdkontakt

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

Regional fast vårdkontakt ska alltid utses vid utskrivning från slutna 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 vacciner, ordination, och registrering inklusive överföring till Nationellt vaccinationsregister för vaccinationer som säsongsinfluensa och Covid-19 för patienter med kommunal primärvård. Kommunen ansvarar för administrering till patienter i kommunal hälso- och sjukvård.

Samsjuklighet

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

SIP

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

Skadligt bruk

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

Tillbud

Händelse som hade kunnat medföra något önskat.

Twist

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

Utan större svårighet

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

Vårdgivare

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

Vårdskada

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

Öppenvårdsdos

Öppenvårdsdos är ett hjälpmedel för patienter som behöver stöd i sin läkemedelshantering. Systemet innebär att patienten får sina läkemedel uppdelade i små påsar, en för varje dosstillfälle, 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.



Göteborg 2025-09-04

Bilaga till styrelseprotokoll VästKom 2025 09 04

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

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

Kommunstyrelsen föreslår att kommunfullmäktige beslutar följande:

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

Ansvarig chef

Kristina Lännergren
Direktör VästKom

Handläggare

Malin Swärd Davidsson
Strateg hälso- och sjukvård, VästKom

Västsvenska kommunalförbundens samorganisation

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

Besök: Anders Personsgatan 8 GÖTEBORG
www.vastkom.se





Göteborg 2025-08-15

Tjänsteutlåtande

Förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Mottagare

VästKoms styrelse

Förslag till ställningstagande

1. VästKoms styrelse rekommenderar de fyra kommunalförbunden att rekommendera sina respektive medlemskommuner att för sig besluta om att anta förslag till nytt hälso- och sjukvårdsavtal, med tillhörande överenskommelser i form av underavtal, att gälla från och med 1 januari 2027.
 - Hälso- och sjukvårdsavtal, SRO 2025-09-01
 - Överenskommelse - Kommunernas betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. SRO 2025-09-01
 - Överenskommelse - Regionens läkaransvar i kommunal primärvård, SRO 2025-09-01
 - Överenskommelse - Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende, SRO 2025-09-01
 - Överenskommelse - Ansvar för samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård SRO 2025-09-01
2. Ställer sig bakom läns gemensamt missiv för utskick tillsammans med förslaget på hälso- och sjukvårdsavtal och tillhörande överenskommelser.

Ärendet

VästKoms styrelse föreslår att kommunalförbunden rekommenderar medlemskommunerna att anta ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal (Avtal) med tillhörande överenskommelser, giltigt från 1 januari 2027. Avtalet syftar till att skapa en modern och hållbar samverkan mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna, med fokus på primärvårdens gemensamma ansvar och patientsäkerhet.

- Avtalets innehåll och fokus: Avtalet förtydligar ansvarsfördelningen, betonar primärvårdens gemensamma ansvar och stärker patientsäkerhetsarbetet inklusive hantering av oenighet och tvister.
- Process och bakgrund: Ett politiskt samråd och arbetsgrupper har arbetat sedan 2024 med att ta fram avtalet, med remissrunda och dialogkonferenser under våren 2025 där samtliga 49 kommuner deltagit.

Västsvenska kommunalförbundens samorganisation

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

Besök: Anders Personsgatan 8 GÖTEBORG
www.vastkom.se



- Relation till tidigare avtal: Det nya avtalet bygger på tidigare Regionbildningsavtal och Primärvårdsavtal från 1998 och ersätter det nuvarande avtalet som gäller till slutet av 2026.
- Modern och hållbar samverkan: Avtalet stödjer läns gemensam strategi för god och nära vård, förbättrar förutsättningar för vård i hemmet och tar höjd för framtida behov.
- Villkor för avtalets giltighet: Uppsägning av avtalet påverkar även underavtalen, som kan sägas upp eller revideras individuellt utan att huvudavtalet påverkas.
- Struktur och läsning: Huvudavtalet innehåller nio avsnitt och ska läsas tillsammans med fyra underavtal som är beroende av huvudavtalets giltighet.
- Remissynpunkter och förändringar: Remissvaren visade behov av förtydliganden, särskilt kring ansvarsfördelning, samverkan och patientsäkerhet, vilket lett till justeringar i avtalet och kommer att föranleda fortsatt arbete efter att avtalsförslagen gått för beslut.

Viktiga förändringar jämfört med remissförslagen

- Avtalets förhållande till regionbildningsavtalet och det första primärvårdsavtalet, liksom gällande hälso- och sjukvårdsavtal har förtydligats
- Avtalet tydliggör det gemensamma ansvaret för primärvården
- Förtydligande kring ansvar för kompetens inom kommunal primärvård
- Kortvarigt och långvarigt behov har kompletterats med grundprincip för regionen och kommunens ansvar med utgångspunkt personcentrerad vård och vad som är bäst för den enskilda patientens trygghet och kontinuitet.
- Texter om samverkan som inte regleras i avtalet har begränsats i avtalstexten
- Större fokus på gemensamt patientsäkerhetsarbete
- Hantering av oenighet och tvist är reglerat i avtalet

Bakgrund

Process för nytt avtal

Det politiska samrådsorganet (SRO) tog den 23 maj 2024 ställning till att ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal ska tas fram mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och de 49 kommunerna i regionen. Ställningstagandet avsåg även de fyra tillhörande så kallade lagreglerade överenskommelserna:

- Ramavtal om läkarinsatser inom kommunernas hälso- och sjukvård
- Överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Överenskommelse kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk av alkohol, droger och spel om pengar.
- Överenskommelse om samverkan Munhälsa

SRO tog även ställning till att en arbetsgrupp skulle bemannas som på uppdrag av parterna skulle ta fram förslag på nytt avtal. En partsgemensam politisk referensgrupp tillsattes under hösten 2024, med det övergripande syftet att skapa så goda förutsättningar som möjligt att nå ambitionen att samtliga parter ska kunna fatta beslut om nytt hälso- och sjukvårdsavtal under mandatperioden. Vardera huvudmannasida har också haft varsin styrgrupp.

Syftet har varit att få ett avtal som är modernt och framtidsinriktat. Avtal och överenskommelser ska vara hållbara över tid, och ta höjd för intentionerna i Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård.

SRO ställde sig den 30 januari 2025 bakom att VGR och VästKom gavs i uppdrag att inleda ett partsgemensamt utvecklingsarbete med fokus på patientsäkerhet. Uppdraget syftar till att förstärka det läns gemensamma arbetet kring avvikelser i samverkan, tvistehantering, samt relaterad ekonomisk reglering, i linje med remissförslaget till nytt hälso- och sjukvårdsavtal.

Den 31 januari 2025 sändes framtagna förslag på hälso- och sjukvårdsavtal och överenskommelser på remiss till länets 49 kommuner. Avtalsparter, liksom remissinstanser, var samtliga 49 kommuner i Västra Götaland och VGR.

Fem välbesökta dialogkonferenser hölls under februari 2025 för såväl politiker som tjänstepersoner, för att ge en god förståelse för avtalet och de ingångna överenskommelserna, samt stimulera till samtal och diskussioner inför remisshanteringen.

Remissen hade sista svarsdatum 19 juni kl. 12.00. Samtliga 49 kommuner i länet har inkommit med remissvar.

Under sommaren har såväl arbetsgrupp, tjänstemannaorganisationernas respektive styrgrupper samt den politiska referensgruppen arbetat vidare med att bearbeta och jämkä samman samtliga inkomna remissvar.

Mest utmanande har varit att nå samsyn i frågan om kompetensnivåer hos respektive huvudman. Nu liggande förslag innebär att avtalet öppnar upp för dialog och samverkan kring kompetenser som ligger utanför kommunens ansvar för grundkompetenserna sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Parterna har ett gemensamt ansvar att komma överens om att tillhandahålla övriga kompetenser.

Det nu framtagna förslaget kommer att presenteras för SRO den 21/8 2025 för slutligt ställningstagande den 1/9 2025.

Avtalets relation och förutsättningar

Ansvarsfördelningen gällande hälso- och sjukvård mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och de 49 kommunerna i Västra Götaland (Kommunerna) nedtecknades ursprungligen i Huvudavtal om reglering av ansvar och finansiellt gränssnitt mellan landsting och kommuner i Västra Götalandsregionen, daterat 3 september 1998, samt däri reglerad skatteväxling (Regionbildningsavtalet) och Avtal med anledning av förslag till gränsdragning mellan kommunerna och regionen i Västra Götaland avseende primärvård, daterat 1 september 1998 (Primärvårdsavtalet).

Primärvårdsavtalet utgör en del av Regionbildningsavtalet. Kommunerna har genom Regionbildningsavtalet med tillhörande Primärvårdsavtal övertagit ansvaret för hälso- och sjukvård, utöver läkaransvaret, i ordinärt boende efter skatteväxling.

Som tillägg till Regionbildningsavtalet med tillhörande Primärvårdsavtal har parterna sedan dess också reglerat samverkan i avtal sedermera även överenskommelser, i de delar där VGR och Kommunerna har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar enligt bland annat hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Avtalet och tillhörande överenskommelser beskriver även i viss mån samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Det senast överenskomna och ingångna hälso- och sjukvårdsavtalet har gällt sedan 2017, och gäller för närvarande till och med 31 december 2026. Det kan sägas upp före december månads utgång 2025. Annars blir det automatiskt förlängt till och med 31 december 2028, med möjlighet att sägas upp före december månads utgång 2027.

Det nu framtagna förslaget om Hälso- och sjukvårdsavtal (Avtal) och tillhörande överenskommelser utgår således från Regionbildningsavtalet inklusive Primärvårdsavtalet.

Ett modernt och framtidsinriktat avtal

De förslag på Avtal och överenskommelser som har tagits fram ska vara hållbara över tid, och tar höjd för intentionerna i Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård.

Avtal och överenskommelser bedöms ge goda förutsättningar för den nära vården, och förbättrade förutsättningar för vård i hemmet. Avtalet tydliggör primärvårdens gemensamma ansvar, samt sätter större fokus på gemensamt patientsäkerhetsarbete. Särskilt viktigt har varit att ta fram en modell för att vid behov

kunna eskalera ärenden där avvikelser och oenighet inte har kunnat lösas. Detta har också lett till ett parallellt uppdrag om att ta fram en riktlinje avseende patientsäkerhet och eskalering av ärenden (Eskaleringstrappan).

Villkor för avtalets ingående och fortsatta giltighet

I avtalsförslaget framgår att vid uppsägning av avtalet upphör avtalet att gälla när den aktuella perioden på fyra år löper ut alternativt när förlängningstiden på tre år löper ut. Det räcker att en part säger upp avtalet för att det ska upphöra att gälla för samtliga avtalsparter.

En uppsägning av Avtalet får till följd att även överenskommelserna sägs upp, eftersom de i egenskap av underavtal är direkt kopplade till Avtalets giltighet.

Överenskommelserna kan var och en för sig sägas upp eller revideras, utan att huvudavtalet påverkas. Sägs avtalet upp sägs även överenskommelserna upp.

Uppbyggnad av avtal och överenskommelser

Remissversionen av hälso- och sjukvårdsavtalet innehåller nio avsnitt. Hälso- och sjukvårdsavtalet ska läsas i sin helhet.

De fyra underavtalen – i form av överenskommelser – ska vart och ett läsas tillsammans med hälso- och sjukvårdsavtalet. Varje överenskommelse är beroende av ett gällande hälso- och sjukvårdsavtal.

Inkomna synpunkter och gjorda förändringar

Graderingar

I remissvaren skulle respondenterna ange hur de graderade avsnitten utifrån om de uppfattas stämma helt, delvis eller inte alls.

Analysen för Kommunernas del visade att de till övervägande del valt graderingen stämmer delvis, graderingen stämmer inte alls har valts i mindre än 8 procent. De avsnitt där flest synpunkter finns och där valet stämmer inte alls valts i större utsträckning är hälso- och sjukvård i hemmet, och då främst specialiserad hälso- och sjukvård i hemmet, utökad omfattning av primärvård samt överenskommelsen Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende.

Remissvar och graderingar har grupperats, vilket lett till att vissa områden identifierats som särskilt utmanande och därmed särskilt viktiga att omhänderta tidigt. I remissbearbetningen under sommaren har arbetsgrupper, tjänstemannaorganisationernas styrgrupper och den politiska referensgruppen arbetat med att jämföra samman remissvaren. Detta har lett till flera förtydliganden i avtalet, bland annat:

- Tydligare ansvarsfördelning
- Begränsning av texter om samverkan som inte regleras av avtalet
- Större fokus på patientsäkerhet, oenighet och tvist

Övergripande synpunkter

Enighet har funnits mellan VGR och kommunerna i flera delar. Strukturen i avtal och överenskommelser behöver vara liknande sinsemellan. Uppföljningarna ska i mesta möjliga mån vara lika mellan de olika överenskommelserna. Avsnittet om utökad primärvård behövde arbetas om, och stora delar behövde dras bort. Avsnittet om hälso- och sjukvård i hemmet behövde bearbetas och förtydligas.



Avtalens förhållande till varandra behövde också klargöras. Denna del har juristerna granskat, och samstämmt kommit fram till att Regionbildningsavtalet med skatteväxlingen gäller, tillsammans med det så kallade Primärvårdsavtalet.

En del synpunkter har handlat om att värdegrund och resonemang om omställningen borde finnas med. Eftersom detta beskrivs i Färdplan – läns-gemensam strategi för god och nära vård, som ger inramningen och intentionen för avtalet, så ska detta inte också stå i Avtalet.

De fyra överenskommelser som är underordnade Avtalet utgör underavtal till detsamma. Synpunkter har framförts att överenskommelserna hellre skulle benämnas just underavtal. Arbetsgruppen har kommit fram till att de fortsatt ska benämnas överenskommelser, men att det ska tydliggöras genom underrubrik och även i övriga skrivningar att de är underavtal till Avtalet.

I Avtalet används generiska begrepp i stället för gruppsnamn, för att det inte ska upplevas föråldrat om en struktur eller grupp skulle ändras. Därför används begreppet läns-gemensamt politiskt forum i stället för SRO, medan partsgemensamt forum används i stället för Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG) och för exempelvis olika delregionala forum.

När det gäller uppföljning anges inga specifika uppföljningsområden eller indikatorer i avtal och överenskommelser. Däremot hänvisas till parternas eget och gemensamma ansvar för årlig uppföljning samt för att följa relevanta indikatorer. Vårdsamverkan ges ingen roll i uppföljningen då vårdsamverkan är en stödstruktur, med uppdrag att förvalta och utveckla intentionerna med det gemensamma Avtalet.

Frågan om vilken kompetensnivå som ingår i kommunernas ansvar har varit en viktig fråga för parterna. Frågan eskalerades redan i tidigt skede till den politiska referensgruppen. Formulering har omarbetats och beskriver nu parternas ansvar för olika grundkompetenser men även ansvaret att identifiera behov och komma överens om att tillhandahålla övrig kompetens och förmåga som krävs för att utföra uppdraget utifrån ansvarsfördelning i Avtalet.

Konsekvenser

- Modernt avtal – förutsättningar för den nära vården
- Möter intentionen i Färdplanen
- Bättre förutsättningar för vård i hemmet
- Tydliggör primärvårdens gemensamma ansvar
- Större fokus på gemensamt patientsäkerhetsarbete,
- Framtagande av ny riktlinje kring patientsäkerhet
- Tydlig reglering av oenighet och tvist med stöd av en eskaleringstrappa

Ansvarig chef

Kristina Lännergren
Direktör VästKom

Handläggare

Malin Swärd Davidsson
Befattning, VästKom

Slutförslag

Hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

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

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

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

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

Slutförslag

- Hälso- och sjukvårdsavtal – avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvar mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland
- Överenskommelse Kommunens betalningsansvar vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Överenskommelse Regionens läkaransvar i kommunal primärvård
- Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende
- Överenskommelse Samverkan om munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Sammanfattning av ärendet

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

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

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

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

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

- **Avtalets innehåll och fokus:**
Avtalet förtydligar ansvarsfördelningen, betonar primärvårdens gemensamma ansvar och stärker patientsäkerhetsarbetet, inklusive hantering av oenighet och tvister.
- **Villkor för avtalets ingående och giltighet:**
Avtalet gäller under förutsättning att det godkänns av regionfullmäktige och av kommunfullmäktige i samtliga kommuner i Västra Götaland, genom beslut som vinner laga kraft. Det räcker att en Part säger upp Avtalet för att det ska upphöra att gälla för samtliga Parter. Uppsägning av Avtalet medför att även överenskommelserna i form av underavtal sägs upp. Överenskommelserna kan sägas upp eller revideras individuellt, utan att Avtalet påverkas.
- **Struktur och läsning:**
Avtalet innehåller nio avsnitt och ska läsas tillsammans med de fyra överenskommelser som är beroende av Avtalets giltighet.

Viktiga förändringar efter remissbearbetning

- Avtalets förhållande till Regionbildningsavtalet och det tillhörande Primärvårdsavtalet, liksom nu gällande hälso- och sjukvårdsavtal, har förtydligats.
- Avtalet tydliggör det gemensamma ansvaret för primärvården.
- VGR och Kommun har ansvar för olika grundkompetenser, vilket har förtydligats i Avtalet.
- Ett förtydligande har lagts till om att Parterna har ett gemensamt ansvar för att komma överens om, och följa tillgången till, övriga kompetenser.
- Begreppen frekvens, samt kortvarigt och långvarigt behov har kompletterats med en grundprincip för VGR:s och Kommunens ansvar, med utgångspunkt i personcentrerad vård.
- Texter om sådan samverkan som inte regleras i Avtalet har begränsats.
- Större fokus på gemensamt patientsäkerhetsarbete.
- Hantering av oenighet och tvist regleras i Avtalet.
- Förtydligande kring att hälso- och sjukvård i hemmet är en arena där både VGR och Kommun har ansvar.

Villkor för avtalets ingående och fortsatta giltighet

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

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

Vid uppsägning av Avtalet upphör Avtalet att gälla när den aktuella perioden på fyra år löper ut, alternativt när förlängningstiden på tre år löper ut. Det räcker att en Part säger upp Avtalet för att det ska upphöra att gälla för samtliga Parter.

En uppsägning av Avtalet får till följd att även överenskommelserna sägs upp, eftersom de i egenskap av underavtal är direkt kopplade till Avtalets giltighet. Avtalet och övriga överenskommelser kvarstår om någon av överenskommelserna sägs upp.

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

Förutsättning för samverkan utan Avtal

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

Fortsatt beslutsång

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

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

VGR, diarienummer RS 2025-04142:

regionstyrelsen@vgregion.se

Missivbrev

SRO, 2025-09-01

VästKom, diarienummer 2025_017:

info@vastkom.se

Helen Eliasson

Marina Olsson

Ordförande SRO

Vice ordförande SRO





**KUNGÄLV
KOMMUN**

Sid 1 (3)

Tjänsteutlåtande

Handläggarens namn
Anna Mårtén

20260210

Remiss - Synpunkter på förslag på läns gemensam riktlinje Samtycke till informationsdelning (Dnr KS2026/0240-2)

Sammanfattning

Vårdsamverkan Västra Götaland har tagit fram ett förslag till läns gemensam riktlinje för samtycke till informationsdelning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Arbetet har genomförts av en arbetsgrupp med representanter från både region och kommun, i nära dialog med juridisk expertis, för att säkerställa en rättsligt hållbar och enhetlig utgångspunkt.

Kungälv kommun är inbjuden att lämna synpunkter på den läns gemensamma riktlinjen senast den 8 april 2026. Samtliga berörda parter och delregional Vårdsamverkan har möjlighet att lämna synpunkter. Därefter kommer arbetsgruppen att genomföra en slutlig bearbetning innan Vårdsamverkan Götaland tar ställning till fastställande av riktlinjen.

Riktlinjen baseras på gällande lagstiftning och syftar till att skapa en likvärdig, rättssäker och integritetsskyddad hantering av personuppgifter. Den tydliggör hur samtycke ska inhämtas, dokumenteras och hanteras, och den beskriver förutsättningarna för giltigt samtycke, sekretessens betydelse, barns möjlighet att själva lämna samtycke samt regler kring elektronisk direktåtkomst. Riktlinjen behandlar även återkallelse av samtycke, dokumentationskrav, situationer med nedsatt beslutsförmåga, menprövning och förutsättningar för nödåtkomst.

När riktlinjen fastställts kommer den att gälla för samtliga kommuner och berörda vårdgivare i Västra Götaland. Varje huvudman ansvarar för lokal implementering och uppföljning, medan Vårdsamverkan Västra Götaland ansvarar för den övergripande uppföljningen av följsamhet och avvikelser. Implementeringen syftar till att säkerställa en enhetlig tillämpning och stärka förutsättningarna för en sammanhållen och trygg vård- och omsorgsprocess.

Förvaltningen välkomnar förslag på läns gemensam riktlinje Samtycke till informationsdelning och lämnar enbart textuella synpunkter enligt bilaga.

Juridisk bedömning

Riktlinjen säkerställer att förvaltningen arbetar gällande lagstiftning som exempelvis offentlighets- och sekretesslagen, patientdatalagen och dataskyddsförordningen.

Förvaltningens bedömning

Vårdsamverkan Västra Götaland har tagit fram en läns gemensam riktlinje för samtycke till informationsdelning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Kungälv kommun har blivit inbjuden till att lämna synpunkter på förslaget och lämna synpunkter senast den 8 april 2026. Efter synpunktsrundan och den avslutande bearbetningen kommer VVG att ta ställning till styrdokumentet.

En fastställd läns gemensam riktlinje eller rutin kommer därefter att gälla för samtliga kommuner i Västra Götaland och för hälso- och sjukvårdsförvaltningarna inom Västra Götalandsregionen (VGR), samt för de vårdgivare som respektive part har avtal med.

Riktlinjen grundar sig på gällande lagstiftning, däribland offentlighets- och sekretesslagen, och syftar till att säkerställa en rättssäker, likvärdig och enhetlig hantering av personuppgifter i samband

med samverkan mellan region och kommun. Den omfattar samtliga kommuner i Västra Götaland, hälso- och sjukvårdsförvaltningarna inom Västra Götalandsregionen samt privata utförare som bedriver verksamhet på uppdrag av dessa.

Riktlinjens övergripande syfte är att stärka den enskildes möjligheter att få en sammanhållen och trygg vård- och omsorgsprocess, där informationsdelning sker i enlighet med lagstiftning och utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Genom riktlinjen tydliggörs hur samtycke ska inhämtas, dokumenteras och hanteras, och att endast den information som är nödvändig för ändamålet får delas. Vidare betonas vikten av att den enskildes integritet skyddas och att medarbetare ges ett tydligt stöd i sitt arbete.

Riktlinjen behandlar sekretessens funktion och fastslår att uppgifter inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst som huvudregel omfattas av sekretess, och att samtycke därför krävs för informationsdelning utanför den egna verksamheten. Den beskriver även de förutsättningar som måste vara uppfyllda för att ett samtycke ska vara giltigt, där det framgår att samtycket ska vara frivilligt, specifikt och förstått av den enskilde, samt att det avser verksamheten och inte enskilda medarbetare. Samtycke kan lämnas skriftligt, muntligt eller genom annat godtagbart uttryck.

Vidare behandlas barns möjligheter att själva lämna samtycke, vilket kan ske när barnet bedöms ha tillräcklig mognad för att förstå innebörden. Vårdnadshavare behöver endast tillfrågas när elektronisk direktåtkomst inte kan genomföras. I fråga om informationsdelning via NPÖ och SVOD framgår att elektronisk direktåtkomst alltid förutsätter samtycke och att vårdnadshavare inte kan motsätta sig att information görs tillgänglig när det gäller barn.

Riktlinjen behandlar även situationer där samtycke nekas eller återkallas, och tydliggör att samtycke kan återkallas när som helst, men att information som redan delats inte kan återtas från mottagande myndighet. Dokumentationskravet innebär att samtycke alltid ska dokumenteras i relevanta system, och att tidsbegränsning kan tillämpas vid behov även om det inte finns något lagstadgat krav på detta.

I de fall den enskilde har nedsatt beslutsförmåga ska stöd ges för att möjliggöra samtycke. Om detta inte är möjligt ska en menprövning genomföras. Riktlinjen beskriver även förutsättningarna för nödåtkomst, vilken endast får tillämpas i akuta situationer där samtycke inte kan inhämtas. Slutligen anges att respektive huvudman ansvarar för lokal uppföljning av riktlinjens tillämpning, medan Vårdsamverkan Västra Götaland ansvarar för övergripande uppföljning av följsamhet och avvikelser.

Förvaltningen välkomnar förslag på länsgemensam riktlinje Samtycke till informationsdelning och lämnar enbart textuella synpunkter enligt bilaga.

Ärendenivåer – bedömning utifrån kommunfullmäktiges strategiska mål eller kommunstyrelsens resultatmål

Ärendet är i linje med kommunstyrelsens resultatmål om en trygg omsorg med valmöjligheter genom livet.

Bedömning utifrån miljö, hållbarhet och mål i Agenda 2030

Ärendet har viss koppling till mål 3 som handlar om att säkerställa god hälsa och välbefinnande.

Bedömning utifrån politiska styrdokument

Ärendet har viss koppling till policy och riktlinjer för informationssäkerhet samt kommunens anvisning för behandling av personuppgifter.

Bedömning utifrån ett medborgar- och brukarperspektiv

Ett tydliggörande av hur samtycke ska inhämtas och med fokus på den enskildes integritet bedöms som positivt ur ett medborgar- och brukarperspektiv.

Bedömning utifrån ett medarbetarperspektiv

Riktlinjen kan vara ett bra stöd för medarbetarna i det dagliga arbetet.

Ekonomisk bedömning

Ingen ekonomisk påverkan.

Förslag till beslut

Kungälv kommun lämnar synpunkter enligt bilaga.

Lena Arnfelt
Sektorchef

Anna Mårtén
Verksamhetschef

Expedieras till:

För kännedom till:

From: GR
Sent: Thu, 18 Dec 2025 08:24:55 +0000
To: kommun@kungsbacka.se; Stenungsunds kommun; Tjörns kommun; kommun@ockero.se; kundcenter@partille.se; Stadsledningskontoret | Stadsledningskontoret; Kontakt Mölndals stad; kommun@lerum.se; kommunstyrelsen@alingsas.se; kommunen@lillaedet.se; kommun@ale.se; kommun@harryda.se; Kungälv's Kommun
Cc: Maria Ljung
Subject: VB: Utskick för synpunktsrunda – Länsgemensam riktlinje Samtycke till informationsdelning
Categories: Maria

Varsam: Detta är ett meddelande från en extern avsändare. Öppna inte länkar eller bilagor om du är osäker på avsändaren eller innehållet.

Hej,
Se nedan information från VästKom. Observera att synpunkter ska lämnas direkt i formuläret.

Hälsningar
Registrator



**GÖTEBORGS
REGIONEN**

Registrator
Göteborgsregionen (GR)
Anders Personsgatan 8 * Box 5073 * 402 22 Göteborg
Tel: 031-335 50 00

Till samtliga kommuner i Västra Götaland.

På uppdrag av Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG) har ett förslag på *Länsgemensam riktlinje Samtycke till informationsdelning* tagits fram av en arbetsgrupp med representanter från region och kommun, i samråd med jurister.

Synpunkter gällande förslaget inhämtas från såväl parterna som delregional Vårdsamverkan och synpunkter lämnas i [DETTA FORMULÄR](#).

Synpunkter ska lämnas *senast 8 april 2026* via formuläret. Varje tillskriven instans avgör på eget ansvar om man har synpunkter att lämna. Finns inga synpunkter alls så går det att ange under *Övriga synpunkter*.

Ett svar lämnas från respektive kommun.

Ett svar lämnas från respektive förvaltning eller nämnd ansvarig, samt från respektive samordningsråd inom Västra Götalandsregionen.

Ett svar lämnas från respektive delregionalt vårdsamverkansområde.

Information och frågor från formuläret ligger också med som bilaga i mejlet för att vid behov underlätta dialog, överblick och insamling av era svar inom respektive kommun och VGR-förvaltning.

Efter synpunktsrunda och slutbearbetning kommer VVG att ta ställning till styrdokumentet. En fastställd läns gemensam riktlinje eller rutin gäller för samtliga kommuner i Västra Götaland och hälso- och sjukvårdsförvaltningarna i Västra Götalands Regionen, VGR, samt för de vårdgivare som respektive part har avtal med. Parterna ansvarar för att styrdokument fastställs i respektive huvudmans ledningssystem.

Underlag:

- Länk till [Synpunktsversion Läns gemensam riktlinje Samtycke till informationsdelning, VVG 2025-10-22](#)
- Bilaga, worddokument med kopia på de frågor som ingår i formuläret: [Wordversion av Formsenkät Läns gemensam riktlinje Samtycke till informationsdelning.pdf](#)

Tidsplan:

1. Möjlighet att lämna synpunkter till och med 8 april 2026.
2. Bearbetning av inkomna synpunkter och revidering av underlag under våren 2026.
3. Riktlinjen lämnas för ställningstagande till VVG i juni 2026, och börjar gälla i enlighet med det ställningstagande som görs.

För frågor om processen kontakta beredningsansvariga för Vårdsamverkan Västra Götaland, VVG:

Åsa Jackson, asa.jackson@vgregion.se

Tobias Hellström, tobias.hellstrom@vastkom.se

Synpunktsinhämtning - Länsgemensam riktlinje Samtycke till informationsdelning

Ett svar lämnas från respektive kommun. Ett svar lämnas från respektive förvaltning eller omnämnd ansvarig, samt från respektive samordningsråd inom Västra Götalandsregionen. Ett svar lämnas från respektive delregionalt vårdssamverkansområde.

Fråga 1–3 avser obligatorisk information. Formuläret är därefter uppdelat utifrån de rubriker som återfinns i styrdokumentet. I slutet finns också möjlighet att lämna övriga synpunkter, exempelvis medskick inför implementering. Om ni inte har några synpunkter – ange detta under övriga synpunkter.

Svar lämnas senast den 8 april 2026 via formsenkäten.

1. Ange kommun/förvaltning/SOR/delregionalt samverkansområde/ansvarsområde
Svar: Kungälv kommun
2. Namn och mailadress till kontaktperson
Svar: Anna Mårtén anna.marten@kungalv.se
3. Svarsdatum
Svar: 20260211
4. Inledning
Svar: Inga synpunkter
5. Syfte
Svar: Inga synpunkter
6. Om sekretess
Svar: Inga synpunkter
7. Förutsättningar för samtycke
Svar: Kungälv kommun upplever att det är oklart vad som menas med sista meningen. Jämför med länsgemensamma styrdokument för in- och utskrivning ur slutna hälso- och sjukvård. Är det en uppmaning? Det behöver förtydligas.
8. Inhämta samtycke till informationsdelning
Svar: Inga synpunkter
9. Informationsdelning genom NPÖ och SVOD
Svar: Inga synpunkter
10. Nekat eller återkallat samtycke
Svar: Inga synpunkter
11. Dokumentation och giltighetstid
Svar: Kungälv kommun önskar att texten omarbetas. Texten kan läsas som att det finns motsättningar i texten. Att man ska ange hur länge ett samtycke gäller men det finns inga lagkrav. Det skapar en otydlighet.
12. Vid remiss
Svar: Inga synpunkter
13. Omfattning av samtycke
Svar: Inga synpunkter
14. Vid nedsatt beslutsförmåga
Svar: Inga synpunkter
15. Nödåtkomst till medicinsk information
Svar: Inga synpunkter
16. Uppföljning
Svar: Inga synpunkter
17. Regelverk
Svar: Inga synpunkter

18. Vidare läsning
Svar: Inga synpunkter
19. Övriga synpunkter
Svar: Inga synpunkter



**KUNGÄLV
KOMMUN**

Sid 1 (3)

Tjänsteskrivelse

Handläggarens namn
Jenny Engkvist

2026-01-26

Avgift för kylda matportioner - 2026 (Dnr KS2025/2665-1)

Kungälv kommun har tecknat ett nytt ramavtal för kylda matportioner 2025-04-01. Nuvarande avgifter till brukarna baseras på tidigare avtal och uppgick år 2025 till 55 kronor per matportion, 18 kronor per dessert samt en leveransavgift på 90 kronor per månad för 1–15 portioner och 180 kronor per månad för 16–31 portioner. I det nya avtalet är priset till leverantören 60,90 kronor per matportion och 13,60 kronor per dessert. Leverans av matportionerna ingår i dessa priser. Kommunen betalar även en fast kostnad för matsedelshantering om 2 500 kronor per månad till leverantören.

	Avgift till brukaren 2025		Pris till leverantör enl nytt ramavtal 2025
Pris matportion	55	Pris matportion	60,9
Pris dessert	18	Pris dessert	13,6
Leverans 1-15 portioner	90	Leverans 1-15 portioner	0
Leverans 16-31 portioner	180	Leverans 16-31 portioner	0
Matsedelshantering		Matsedelshantering	2500 kr/månad

För att brukarnas avgifter ska överensstämma med kommunens kostnader i det nya leverantörsavtalet, behöver avgiftsmodellen ses över. Mot den bakgrunden föreslår förvaltningen att avgiften för kylda matportioner från och med 1 mars 2026 fastställs till 64 kronor per matportion och 15 kronor per dessert. De tidigare leveransavgifterna 90 respektive 180 kronor per månad tas samtidigt bort då kostnaden för mattransport är i det nya avtalet inkluderad i portionspriset.

Juridisk bedömning

De föreslagna kostavgifterna om 64 kronor per kyld matportion och 15 kronor per dessert utgår från kommunens kostnader enligt det nya ramavtalet med leverantör av kylda matportioner, inklusive den fasta kostnaden för matsedelshantering.

Avgiftsnivåerna bedöms därmed rymmas inom kommunens självkostnader och vara förenliga med 2 kap. 6 § kommunallagen.

De nya avgifterna föreslås gälla från och med den 1 mars 2026.

Förvaltningens bedömning

Förvaltningen bedömer sammantaget att en avgift på 64 kronor per matportion och 15 kronor per dessert ger en transparent och självkostnadsnära avgiftsmodell, där brukaren betalar per måltid

och leveranskostnaden ingår i portionens pris. Brukare som tidigare betalade särskild avgift för mattransport kommer med denna modell inte längre att göra det, utan endast betala avgift för matportioner och eventuella desserter.

Ärendenivåer – bedömning utifrån kommunfullmäktiges strategiska mål eller kommunstyrelsens resultatmål

Ärendets grund regleras i Kommunallagen och har inte någon omedelbar koppling till kommunfullmäktiges strategiska mål och kommunstyrelsens resultatmål.

Bedömning utifrån miljö, hållbarhet och mål i Agenda 2030

Ärendet bedöms ha begränsad direkt påverkan på klimat och miljö. Den huvudsakliga miljöpåverkan är kopplad till produktion och distribution av kylda matportioner och hanteras inom ramen för kommunens upphandling och uppföljning av leverantören.

Bedömning utifrån politiska styrdokument

I linje med kommunallagen att kommunen tar ut avgifter för kylda matportioner av brukarna, som motsvarar kommunens självkostnader relaterade till ramavtal med leverantör.

Bedömning utifrån ett medborgar- och brukarperspektiv

För brukare som beställer kylda matportioner innebär förslaget att avgiften per matportion höjs till 64 kronor, medan avgiften per dessert sänks till 15 kronor och den separata leveransavgiften tas bort. Effekten på den enskildes totala kostnad beror på antal portioner och desserter per månad. Med de nya avgifterna tas inte längre någon separat leveransavgift ut.

En tydlig informationstext, som anger att avgiften för kylda matportioner ändras from 1 mars 2026 till följd av förändrat leverantörsavtal, kommer att sändas ut till berörda brukare efter beslut. Detta bedöms bidra till ökad transparens och förtroende hos brukare och anhöriga.

Bedömning utifrån ett medarbetarperspektiv

Ett avgiftssystem som tydligt följer ramavtalets prisnivåer och självkostnadsprincipen bedöms kunna underlätta den löpande administrationen, minska behovet av manuella undantag och bidra till en mer rättssäker hantering.

Ekonomisk bedömning

Utifrån ett indexuppräknat pris till leverantören 2026 bedömer förvaltningen att en kostavgift för brukaren på 64 kr per matportion samt 15 kr per dessert motsvarar kommunens kostnader för kost, matleveranser och matsedelshantering.

Brukarnas avgift för matleveranser tas from 1 mars 2026 bort, då kommunens egenkostnad för leveranserna är inkluderade i portionspriserna.

Förslag till beslut

1. Avgift för kylda matportioner och dessert från och med den 1 maj 2026

Avgiften för kylda matportioner inom Trygghet och stöd fastställs till 64 kronor per matportion och 15 kronor per dessert, att gälla från och med den 1 mars 2026.

2. Avskaffande av leveransavgift

Särskild avgift för leverans av kylda matportioner om 90 kronor per månad för 1–15 portioner respektive 180 kronor per månad för 16–31 portioner tas bort från och med den 1 maj 2026. Leveranskostnaden ska ingå i matavgiften i enlighet med gällande leverantörsavtal.

Jenny Engkvist
Handläggare

Lena Arnfelt
Sektorschef

Expedieras till:

För kännedom till: Ann Bengtsson