

Remiss Hälso- och sjukvårdsavtal tillhörande överenskommelser

Den här arbetsmallen kan användas i insamlandet av synpunkter och ska alltså inte skickas in som remissvar. När svaren ska skickas in ska de överföras till webbformuläret som finns på webbsidan www.vardsamverkan.se/remisshosavtalet. Detta för att du inte kan pausa ifyllandet i webbformuläret utan måste skicka in allt vid ett och samma tillfälle.

Tänk på

- Svara på remissen senast den 31 december 2021, därefter är formuläret stängt.
- Lämna synpunkterna via webbformuläret.
- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Innehåll

Remiss Hälso- och sjukvårdsavtal tillhörande överenskommelser.....	1
Del A, Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser	2
Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet	8
Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland.....	15
Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård	18
Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende	20

Del A, Hälso- och sjukvårdsavtalet och tillhörande överenskommelser

Lämna remissvar på Del A, Gemensam avtalstext för Hälso- och sjukvårdsavtalet här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitten A.1-A.6

A.1 Inledning

A.2 Syfte

A.3 Värdegrund

A.4 Personcentrerat förhållningssätt

A.5 Samordnad individuell plan (SIP)

A.6 Bästa tillgängliga kunskap.

A1-A2

I den inledande texten och i syftet bör ett förtydligande göras att avtalet även har som syfte att reglera ansvarsförhållandena.

A3 Värdegrund

Alingsås kommun ser positivt på att avtalet tar med avsnittet om värdegrund och vad som kännetecknar parternas samarbete. Det upplevs dock som tveksamt till om underrubriken *"Parternas gemensamma åtagande innebär att..."* samt tillhörande punkter tillför något till avsnittet värdegrund eftersom punkterna snarare berör det gemensamma ansvaret och egenkontroll av huvudmännens vårdgivare. Avsnittet om gemensam värdegrund bör fokusera på grunden för samarbete mellan jämlika avtalsparter.

En värdegrund ska präglas av en tillitsfull dialog och vara framtidssyftande. En värdegrund ska även belysa att det innebär ett samarbete för invånarens bästa. Förslagsvis stryks samtliga punkter under parternas gemensamma åtagande och detta flyttas till andra delar av avtalet.

Alingsås kommun efterfrågar även ett förtydligande eller omformulering av meningen kring LOV och LOU då den är tämligen svårbegriplig:

"ställa krav på att överenskommelser som VGR och kommunen har träffat enligt detta avtal även gäller i avtal med upphandlade entreprenörer enligt lagen om offentlig upphandling, LOU, samt enligt lagen om valfrihetssystem, LOV."

A5 Samordnad Individuell Plan, SIP

Det är positivt att SIP tas med som en punkt i huvudavtalet. Det hade dock varit önskvärt om det framgick tydligare att planering av den medicinska vården bör genomföras, även om patienten tackar nej till SIP. Precis som det är formulerat under *Del C. Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende* under rubriken *"6.3 Placering utanför hemmet (Hem för vård och boende, familjehem och hem för viss annan"*

haldygnsvård) och underrubriken *Gemensam planering*” bör det framgå att i de fall den enskilde inte vill delta i en SIP kan hen ändå lämna samtycke till samverkan mellan huvudmännen. I dessa fall ska en plan upprättas för hur ansvar fördelas mellan huvudmännen, enligt mallen för SIP.

I avsnitt gällande SIP beskrivs vem som bedömer behovet av SIP. Utifrån nuvarande formulering kan det uppfattas som att region och kommun har företräde till att besluta behovet av SIP. Den enskildes rätt kan uppfattas som ett undantag. Förslagsvis formuleras meningen: *”Planen ska upprättas om kommunen, VGR eller den enskilde/närstående bedömer att den behövs för att...”*

Alingsås Kommun saknar en inledande text som beskriver SIP utifrån Lagen om in- och utskrivningsklara från slutna hälso- och sjukvård.

Enligt remissförslagets struktur ska Del A läsas tillsammans med del B alternativt del C. Utifrån avtalets helhetsperspektiv anser Alingsås kommun att SIP endast bör beskrivas i del A och hänvisning ske från del B och C. Vidare bör avsnittet placeras efter A11 bland de punkter i Del A som handlar om samverkan.

Synpunkter på avsnitten A.7-A.10

A.7 Avtalsparter

A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad

A.9 Avtalstid

A.10 Ändringar och tillägg till avtalet

A.8 Avtalets omfattning och uppbyggnad

Det bör framgå i avtalet att kommunens hälso- och sjukvårdsansvar är på primärvårdsnivå och regionens hälso- och sjukvårdsansvar är på både specialist- och primärvårdsnivå. För att avtalet ska omfatta mer än det *gemensamma* hälso- och sjukvårdsansvaret behövs därav ett förtydligande att det även reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret *mellan* Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland, vilket också står i del B.

Det framgår att Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar ansvarsfördelning och samverkan inom de områden där kommunen och Västra Götalandsregionen har *ett gemensamt hälso- och sjukvårdsansvar* enligt 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 §§, 14 kap. 1 § samt 16 kap. 2 § HSL. Här begränsas alltså avtalet till att omfatta den vården som kommunen och Västra Götalandsregionen enligt lagstiftningen har ett gemensamt ansvar. Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård är idag på primärvårdsnivå enligt HSL. En formulering som utgår ifrån att det gemensamma ansvaret enligt lag, begränsar därmed avtalet till hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.

Regionens specialistvård kan samverka med kommunens hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Under rubrikerna B.3 och B.8 reglerar avtalsförslaget vård som inte omfattas av parternas gemensamma hälso- och sjukvårdsansvar.

Begränsningen av avtalets omfattning enligt HSL uppfattas inte som helt konsekvent och fortsättningsvis verkar det inte råda full konsensus om vad den gemensamma vården innefattar.

Avtalet innehåller flertalet termer och begrepp som behöver tydliggöras för att underlätta läsförståelsen. Av den anledningen föreslås att avtalet hänvisar till [Socialstyrelsens termbank](#) för definitioner och begrepp som används i avtalet. Vidare kan det vara av värde att tydliggöra begreppet primärvård och ändra till att det handlar om regionalt finansierad primärvård (vårdcentraler) och

kommunalt finansierad primärvård (hemsjukvård/kommunal Hälso- och sjukvård).

A.9 Avtalstid

Avtalet gäller fram till 2026-12-31 med möjlighet till förlängning. I grunden ser Alingsås kommun positivt på en lång avtalstid vilket ger goda förutsättningar för samarbete utifrån överenskommet avtal. Som kommun ser vi det som viktigt att stärka arbetet med efterlevnad och implementering samt föreslår att det finns en möjlighet att säga upp avtalet under hela avtalstiden.

Hälso- och sjukvård är ett område som diskuteras flitigt i samhällsdebatten i dagsläget. Det är även en snabbutvecklingstakt, både vad gäller medicinteknisk utveckling och på lagstiftningsområdet. Det är förståeligt att en revidering av avtalet kan ta tid och att det bör vara berättigat med en lång uppsägningstid så att ett nytt avtal kommer hinna komma till stånd vid en uppsägning.

Dock kan 18 månader anses vara lite väl lång tid med hänvisning till att avtalet inte kan avslutas innan utgången av 2026. Det borde ligga i samtliga parter intresse att arbeta med uppföljningsarbete och utvärdera avtalet regelbundet. Inte minst då många parter troligtvis har beslutat om återslagrapportering av avtalets konsekvenser från sina förvaltningar. Begrepp som vårdnivåer, den regionfinansierade primärvården och innebörden av en avtalsuppföljning bör tydliggöras.

A.10 Ändringar och tillägg i avtalet

En möjlighet till att göra tillägg och ändringar bedöms av Alingsås kommun som en nödvändighet och en bra punkt i avtalet. "Vid väsentliga förändringar av förutsättningarna för avtalet" kan dock komma att behöva bli tydligare. Väsentliga förändringar av förutsättningarna är ett aningen diffust ställt krav med tanke på utvecklingstakten på lagstiftningsens område, där parterna idag behöver räkna med att mycket kommer att kunna förändras fram till utgången av 2026. Viktigt att belysa att båda parter har samma rätt att bedöma om det blivit väsentliga förändringar hos en av parterna.

Synpunkter på avsnittet A.11-A.15

A.11 Gemensam samverkansstruktur

A.12 Digitalisering och e-hälsa

A.13 Uppföljning

A.14 Avvikelser

A.15 Oenighet om tolkning av avtal

A.11 och A.12 Gemensam samverkansstruktur och digitalisering och E-hälsa

Samverkan i Västra Götaland har en lång historik och präglas av ett gott samarbete och tillit, vilket även bör präglade texten i Hälso- och sjukvårdsavtalet. Ord som "ställa krav" och "måste" kan uppfattas i texten som negativt laddade.

I remissversionen står: *"Respektive huvudman ska ställa krav på sina vårdgivare att delta i den gemensamma samverkansstrukturen"* vilket tydliggör att huvudmän förväntas delta. En god samverkan innebär utöver deltagande att varje huvudman förväntas medverka aktivt i den gemensamma samverkansstrukturen.

Alingsås kommun anser att följande formulering skulle tydliggöra: *"Respektive huvudman ska säkerställa att samtliga vårdgivare medverkar aktivt i den gemensamma stödstrukturen och följer överenskommelser på lokal, delregional och regional nivå"*

I avsnittet om digitalisering står att "Samverkan om FVM regleras i avtal". Alingsås kommun önskar att avsnittet kompletteras med länk till det avtal som avses.

A.13 Uppföljning

Det är bra att parterna har ett gemensamt ansvar för att avtalet följs upp och att det ska finnas en löpande uppföljning. En avtalad större halvtidsuppföljning där frågorna är fastställda skulle understödja efterlevnad och implementering samt ge riktning för utvecklingsarbete under den fortsatta avtalstiden.

Det hade varit önskvärt om det var tydligt huruvida en avtalspart kunde delge sitt uppföljningsarbete och synpunkter under avtalets fortlöpande. I avtalsförslaget kan inte heller parterna själva initiera en ändring eller tillägg utifrån det egna ansvarsområdet.

"VVG ansvarar för en uppföljningsplan". Alingsås kommun ser ett behov av att komplettera och vidga avsnittet för att understödja efterlevnad och reglera vad som ska följas upp. Förslagsvis kompletteras avsnittet med följande uppföljningsområden:

Patient-/brukarperspektiv, anhörig-/närståendeperspektiv, barn och unga, verksamhetsperspektiv, medarbetarperspektiv samt ekonomiperspektiv. Ytterligare områden som bör följas upp läkarmedverkan samt SIP.

Övergripande synpunkter och övrigt på Del A

Alingsås kommun anser att vårdnivåer behöver tydliggöras i avtalet. I det ingår en definition av regional primärvård och kommunal primärvård samt vård på specialistnivå.

Regionens specialistvård kan samverka med kommunens hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå. Under rubrikerna B.3 och B.8 reglerar avtalsförslaget vård som inte omfattas av parternas gemensamma hälso- och sjukvårdsansvar.

Begränsningen av avtalets omfattning enligt HSL uppfattas inte som helt konsekvent och fortsättningsvis verkar det inte råda full konsensus om vad den gemensamma vården innefattar.

Avtalet innehåller flertalet termer och begrepp som behöver tydliggöras för att underlätta läsförståelsen. Av den anledningen föreslås att avtalet hänvisar till Socialstyrelsens termbank för definitioner och begrepp som används i avtalet.

Begreppet "den enskilde" blir svårt att tolka då det ibland kan handla om minderåriga. Begreppet bör förtydligas så att det kan inkludera minderåriga och dess vårdnadshavare.

Övergripande synpunkt på förlängning av avtal:

Det pågår idag en omställning av dagens hälso- och sjukvårdssystem, från en vård som av tradition är uppbyggd på akutsjukvård, till en hälso- och sjukvård som har primärvården som nav och där alltmer vård ska ske i den enskildes hem.

Kommunal hälso- och sjukvård, dvs hemsjukvård är en del av primärvården och är en av två huvudmän som har ansvaret för att ge vård i hemmet. Omställning till en nära vård påverkar i hög utsträckning samverkan och lyfter vikten av en likvärdig primärvård i kommun och region. Den synliggör även behovet av att tydliggöra vad respektive huvudman har för ansvar vid vård i hemmet, vilka insatser som är på primärvårdsnivå, innebörd av dygnet runt verksamhet och läkaransvar.

Nära vård påverkar även elevhälsan i skola vilken idag är ett område där samverkan inte är tydligt reglerat mellan huvudmännen och därmed bör finnas med i ett HoS-avtal.

Flertalet nationella utredningar har sedan beslutet om att revidera HoS-avtalet initierats och slutrapporterats så som exempelvis huvudbetänkandet i samordnad god och nära vård, en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, utredning om en ny socialtjänstlag, samsjuklighetsutredningen, äldreomsorgslag samt stärkt rätt till personlig assistans med mera. En del av dessa har lett till lagförändringar, bland annat en ny skrivning i HSL om primärvård och primärvårdsuppdraget. Andra lagförslag ligger under utredning och det råder en osäkerhet i nuläget vad och hur dessa kan komma att påverka framtida arbete inom kommun och samverkan mellan kommun och region.

Flertalet gemensamma processer som påverkar samverkan mellan region-kommun pågår. Framtagandet av en läns-gemensam strategi-Färdplan för en god och nära vård, översyn av en lednings- och samverkansstruktur på läns-gemensam samt delregional vård-samverkansnivå samt framtagande av modell för uppföljning och analys och gemensamt arbete med en framtida vårdinformativsmiljö är några exempel.

Sammantaget ser Alingsås kommun att förutsättningarna för att ge ett väl grundat svar på remissversion av hälso- och sjukvårdsavtalet är idag för osäkra.

Alingsås kommun anser att Hälso- och sjukvårdsavtalet behöver ge förutsättningar för omställningen till en god och nära vård. Revideringen tydliggör inte samverkan/ansvarsgränser i önskad utsträckning. En osäkerhet finns kring jämlikt ansvar på primärvårdsnivå, resurser och samverkan. Vidare råder oklarhet kring

hur regionen tänker verka på arenan "vård i hemmet" vilket skapar en osäkerhet kring samverkan och patientsäkerheten i hemmet.

Alingsås kommun anser att föreslagna revideringar inte är tillräckliga gällande exempelvis:

- Att i *ÖK psykiatri...* del C, är bra skriven, stämmer med nationella riktlinjer men tar inte höjd för de förändringar som lyfts i t ex samsjuklighetsutredningen och texten harmoniserar inte med de övriga texterna i avtalet.
- Läkaransvar och samordningsansvar är inte tillräckligt tydligt i nuvarande skrivningar. En ökad samverkan mellan MAS kommun och MAL i region bör finnas med i ett avtal utifrån äldreomsorgslagens förslag.
- Det bör vara tydligare att fast läkarkontakt/fast vårdkontakt ska ingå i teamet kring de patienter som är inskrivna i den kommunala hälso-och sjukvården.
- Barnperspektivet är inte tydligt i del A och B i remissförslaget. Det är svårt att tyda kommunens hälso- och sjukvårdsansvar i ordinärt boende för barn. Dessa insatser är ofta kopplade till den specialiserade vården.

Sammanfattningsvis avstyrker Alingsås kommun remissförslaget och föreslår i första hand en förlängning av nuvarande avtal för att skapa mer tid att utreda de frågetecken som kvarstår. Synpunkter lämnas i andra hand på remissen för att säkerställa att de kommer vårdssamverkan tillhanda om revideringen ska bli underlag till ett nytt avtal.

Vidare föreslås ett utvecklat arbete med ett HoS-avtal som står i samklang och som är tidsenlig med omställningen till en god och nära vård. Inför ett nytt HoS-avtal behövs ett ställningstagande till vilka vårdnivåer avtalet ska reglera.

Ska avtalet reglera primärvårdsnivån eller alla vårdnivåer? I ett avtal som reglerar alla vårdnivåer bör ansvarsfördelning mellan vårdnivåerna och samverkan tydliggöras.

Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet

Lämna remissvar på Del B, Hälso- och sjukvårdsavtalet här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitten B.1-B.3:

B.1 Lagstiftning

B.2 Gemensamt ansvar och samverkan

B.3 Parternas ansvar

B1-B3. inledande text

Alingsås kommun anser att det behövs ett förtydligande gällande det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret. Alingsås kommun anser att det ska framgå att kommunen har ansvar endast efter att en vårdbegäran inkommit och bedömts.

Det behöver också klargöras att bedömning av patientsäkerheten ska ske.

Det behövs ett tydliggörande att det avser insatser på kommunal primärvårdsnivå.

B1 eller B3. Barn och unga

Hälso- och sjukvårdsavtalet omfattar alla åldrar. Alingsås kommun önskar tydliggörande gällande åldrar som inkluderas i avtalet och då särskilt lyfta barnperspektivet. I samband med egenvård vid korttidsvistelse för barn behövs tydlighet kring samverkan mellan regionens HSV och kommunens SOL.

Nära vård påverkar elevhälsans medicinska insatser i skola som idag, och i förslaget, inte omfattas av Hälso- och sjukvårdsavtal. Elevhälsan medicinska insatser är ett område där samverkan inte är tydligt reglerad och bör därmed finnas med i ett gemensamt HoS-avtal.

B1. Lagstiftning om SIP

Under avsnittet B1 så lyfts de lagar som reglerar samverkan i del B.

Alingsås kommun ser det som viktigt att det i detta avsnitt förtydligas vad som är en plan och vad som är ett möte för planering. I HSL så kallas planen för individuell plan inte samordnad individuell plan. Det är av vikt att veta att detta är samma sak. Det som står om SIP i avsnitt B ska också hänvisas till Del A.

B 2. Gemensamt ansvar och samverkan

I det inledande stycket i avsnittet anges kvalitet och kompetens som ett krav för att respektive huvudman ska fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

Alingsås kommun anser att det är av betydelse **att benämna patientsäkerhetsperspektivet**. För att god kvalitet ska kunna uppnås krävs också att hälso- och sjukvården är patientsäker. Kvalitet och patientsäkerhet hänger

ihop för att beskriva de krav som ställs på hälso- och sjukvården i HSL och patientsäkerhetslagen. Båda parter har därav ett gemensamt ansvar att säkerställa att den vård som utförs i hemmet är patientsäker, av god kvalitet samt erbjuder den kompetens som krävs för att fullgöra sitt hälso- och sjukvårdsansvar.

Under punkten som beskriver det gemensamma ansvaret och **tydliggör vilka kompetenser det handlar om** lyfts insatserna utifrån olika professioner. Vad gäller regionens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser så gäller det läkare och övriga kompetenser. Begreppet "övriga kompetenser" kan skapa förvirring kring vilka dessa innebär. Förslagsvis kan meningen formuleras:

"För patienter inom kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för insatser utförda eller ordinerade/delegerade av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut och VGR ansvarar för läkarinsatser samt insatser från andra professioner inom regionen vid behov."

Alingsås kommun ser ett behov av att **förtydliga beskrivningen av den fasta vårdkontakten**, dess uppdrag, att det kan finnas flera och både inom kommun och region. Undantaget är vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård då, enligt LUS, den fasta vårdkontakten ska utses inom regionens primärvård. Vidare bör ett förtydligande göras kring samverkan mellan fasta vårdkontakter och fast läkarkontakt. Hänvisning bör ske till Hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen om fast vårdkontakt behövs (7 kap. 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821) och 3 kap. 2 § 1 patientlagen).

Socialstyrelsens meddelandeblad nr 4 2021 skriver att: *"Då vissa patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården, olika vårdgivare och vårdenheter samt olika huvudmän inom vården i form av både kommunal och regional hälso- och sjukvård, kan de patienterna få mer än en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt kan även utses i en annan region än patientens hemregion. De fasta vårdkontakterna ska samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient. Samordning av insatser och förmedling av information med exempelvis andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt beaktas. Det är verksamhetschefen som har ansvaret för den fasta vårdkontakten, vilket innebär att vårdkontaktens ansvarsområde begränsas av verksamhetschefens."*

Enligt Alingsås kommun tolkas detta som att den fasta vårdkontakten som utses i kommunen har ett samordningsansvar för specifik omvårdnad och rehabilitering samt utförande av vård och behandling på primärvårdsnivå.

Samverkansbestämmelsen (Prop. 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre) omfattar även vård och omsorg som ges till enskilda personer som behöver integrerade insatser från regionens specialistsjukvård och primärvård samt kommunens primärvård och omsorg. För de patienter som har insatser från både specialistvård och kommunens primärvård dvs hemsjukvård är detta extra viktigt. Flera fasta vårdkontakter bör/kan då utses och i HoS-avtalet bör det förtydligas att det ska finnas ett samspel och samverkan mellan de fasta vårdkontakterna i region och kommun.

Samverkan underlättas om samma personer är involverade runt patienten. För patienter i behov av vård i hemmet är detta särskilt viktigt, eftersom patienten ofta behöver vård flera gånger per dygn vilket innebär att många personer blir

involverade. Det är viktigt att patienten vet vem som är fast vårdkontakt i kommunen och/eller i region samt läkarkontakt i primärvården. Kontinuitet mellan dessa bidrar till interprofessionellt teamarbete, vilket gagnar patienten.

B2. Fast läkarkontakt

Alingsås kommun ser det som positivt att ett förtydligande skett angående den fasta läkarkontakten men önskar ett förtydligande om den fasta läkarkontaktens ansvar i avsnitt B2.

Vidare kan det för personer med komplexa behov, såsom multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar, finnas ett extra stort behov av kontinuitet vilket en fast läkarkontakt främjar.

Till avsnittet B2 behövs en länk/hänvisning till del C, överenskommelsen för läkarmedverkan.

Denna text bör läggas till och gäller både fast läkarkontakt och fast vårdkontakt:

Samverkan underlättas om samma personer är involverade runt patienten. För patienter i behov av vård i hemmet är detta särskilt viktigt, eftersom patienten ofta behöver vård flera gånger per dygn vilket innebär att många personer blir involverade. Det är viktigt att patienten vet vem som är fast vårdkontakt i kommunen och/eller i region samt läkarkontakt i primärvården. Kontinuitet mellan dessa bidrar till interprofessionellt teamarbete, vilket gagnar patienten. Det bör vara tydligare att fast läkarkontakt/fast vårdkontakt ska ingå i teamet kring de patienter som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården.

B3. Rehabilitering/Habilitering hos region och kommun

Under rubriken "Regionens ansvar", tredje punkten, framgår det att Västra Götalandsregionen ansvarar för rehabiliterings- och habiliteringsinsatser inom specialist- samt primärvård. Rehabiliterings- och habiliteringsinsatser står också som punkt under kommunernas ansvar fast utan hänvisningen till specialist- samt primärvård vilket skapar en del frågetecken kring ansvaret för insatserna. Alingsås kommun ser det som viktigt att det även under kommunernas ansvarsområde benämns rehabilitering och habilitering på primärvårdsnivå. Insatserna har dessutom ett eget stycke under punkten B.5.

Rehabilitering och habilitering är idag en del av vård och omsorg, inget utöver. Samtidigt är det insatser som erbjuds dagtid må-fre inom kommunen. Under punkten om "*att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och nattetid för patienter som normalt besöker Västra Götalandsregionens vårdcentraler*" kan frågan uppkomma huruvida re-/habilitering ingår? Ett förtydligande behövs att det inte gäller re-/habilitering inom kommunens primärvård.

Den 1 juli i år kompletterades hälso- och sjukvårdslagen med att förtydliga primärvårdens grunduppdrag. Under den tredje punkten i lagen står att primärvården ska "tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar". Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar både det gemensamma och parternas ansvar. Alingsås kommun ser ett behov av förtydligande vad det innebär i det gemensamma ansvaret samt parternas ansvar gällande förebyggande insatser för patienter inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen har även de

legitimerade professionerna i både region och kommun ett förebyggande ansvar. För att gynna en god samverkan i praktiken behövs tydlighet angående förebyggande habilitering och rehabilitering i avtalet och fördjupade dialoger kan förslagsvis ske på delregional/lokal nivå.

B3. Parternas ansvar

Överlag är parternas ansvar formulerade på ett sätt som öppnar upp för en del godtyckliga bedömningar. Beroende på hur kommunerna organiserar inskrivningsprocessen till den kommunala hemsjukvården kan det medföra olika bedömningar bland de 49 kommunerna. Ytterst kanske det medför en problematik för regionen om de 49 kommunerna gör olika bedömningar av vad till exempel "utan större svårigheter" och "över tid" innebär.

"Över tid" är en svårtolkad formulering då det inte står att punkten ovan "utan större svårighet" samtidigt ska vara uppfylld. Det behöver förtydligas att samtliga punkter ska uppfyllas och inte gälla var för sig.

Alingsås kommun vill uttrycka en oro för konsekvenserna av att regionen förväntar sig ett ökat ansvarstagande från kommunens sida vad gäller att utföra primärvårdsinsatser som egentligen är regionens ansvar. En lyckad omställning till den Nära vården enligt Färdplanen kan inte bygga på att kommunernas basverksamhet tar ett större ansvar.

Den Nära vården behöver en regionsfinansierad primärvård med förtydligat uppdrag även utanför kontorstid.

B3.Handledning och kunskapsöverföring

Under regionens ansvar, står att:

"Handledning och kunskapsöverföring till kommunens personal i vård, omsorg, rehabilitering samt i hantering av medicintekniska produkter." Alingsås kommun upplever att det i praktiken finns tolkningsutrymme kring innebörd så som hur stödet ska ges, hur ofta och i vilka situationer kommunen kan hänvisa till avtalet för att få till stånd kunskapsöverföring.

En tydlighet behövs att det är ordinarie inom regionen som har utbildning- och handledningsansvar samt att det handlar om när kommunen utför insatser som är komplexa eller inte vanligt förekommande på primärvårdsnivå. Patientsäkerheten ska vara vägledande i omfattning av Handledning och kunskapsöverföring.

För att förtydliga att det gäller kommunens alla verksamheter bör det ske en hänvisning till del C om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård nr 5:1 Regionens ansvar, vårdcentralens särskilda ansvar punkt tre där vårdcentralens *"samordningsansvar enligt särskilt uppdrag innebär..."*

B3. Patientgrupp, definition av överenskommelse, permission

Under rubriken "Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar även:" framgår nedanstående punkter som Alingsås kommun anser bör tas bort ur avtalet alternativt förtydligas.

- Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och nattetid för patienter som normalt besöker Västra Götalandsregionens vårdcentraler.
- Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutna vård som inte kan ta sig till mottagning. Det gäller endast under

förutsättning att en dialog skett i samförstånd och nödvändig informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna.

Innefattar överenskommelsen ett köp av kommunens resurser eller ska kommunen endast tillskriva sig ett ansvar för att i enskilda fall komma överens med regionen om att ta över kväll, helg och natt utan ersättning? Det bör förtydligas hur en sådan överenskommelse kan komma tillstånd och vilka som kan företräda parterna att ingå en sådan överenskommelse. Det bör även tydliggöras att det är en möjlighet och inte en skyldighet. (fortsätter på nästa sida)

Om det ska ske efter en ersättning måste det beaktas att kommunens tillhandahållande av tjänster till regionen måste vara förenlig med kommunallagen. Om en kommun på avtalsrättslig grund åtar sig en uppgift gäller reglerna i 2 kap. 1 § KL, som anger den kommunala kompetensens gränser. En förutsättning för att en kommun ska kunna sälja hemsjukvård till regionen är bl.a. att kommunen har personella resurser för ändamålet.

Befogenheten i 14 kap. § HSL som kommunerna har, att bedriva hemsjukvård i ordinärt boende, torde inte medföra en vidgning av den kommunala kompetensen till att även omfatta tillhandahållandet av hemsjukvård på regionens uppdrag. Av förarbetena till kommunallagen framgår att bestämmelserna om kommunens frivilliga kompetens snarast torde avse särskilda situationer där kommunen själv gör bedömningen att det är mest ändamålsenligt att de erbjuder hemsjukvård, t.ex. i en sådan situation där den enskilde endast tillfälligt vistas i det egna hemmet. Att bibehålla eller tillskapa resurser för att kunna sälja tjänster som regionen är skyldig att tillhandahålla kan diskuteras huruvida det anses vara en sådan angelägenhet av allmänt intresse som en kommun har rätt att engagera sig i.

Vad gäller den andra punkten så avser den patienter på permission från slutenvård som inte kan ta sig till mottagning. Enligt Hälso- och sjukvårdsavtalets omfattning ovan, under rubriken "A.8" ingår inte den patientgruppen i avtalets omfattning. Om punkten ska kvarstå bör det förtydligas vad gäller "dialog skett i samförstånd". Precis som ovan bör det förtydligas hur en dialog kan ske och av vilka företrädare samt om avsikten är att ansvaret ska övergå till kommunen med eller utan ersättning. På samma sätt som ovan är det osäkert huruvida en kommun har befogenheten enligt kommunallagen att bibehålla eller tillskapa resurser för att kunna sälja tjänster som regionen är skyldig att tillhandahålla.

Fortsättningsvis måste det även vara tydligt vilka hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet som avses. Hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen har befogenhet att utföra är de som ingår i definitionen av hemsjukvård, vilket enligt förarbetena bör ligga på primärvårdens vårdnivå. Om patienter på permission från slutenvård kräver insatser på en annan vårdnivå än den som kommunen har lagligt stöd för att utföra, kan inte kommunerna ta över ansvaret för insatserna.

Synpunkter på avsnitten B.4-B.9

B.4 Informationsöverföring, planering och SIP

B.5 Rehabilitering och habilitering

B.6 Bedömning om hälso- och sjukvårdsinsats kan utföras som egenvård

B.7 Vårdhygien

B.8 Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

B.9 Förvaring och transport av avliden

B4. om Info. överföring, planering och SIP

Det tredje stycket under denna punkt handlar om SIP.

SIP beskrivs i sin helhet i en annan del av avtalet.

Detta avsnitt handlar mer om att förtydliga hur vi ska arbeta och att SIP är viktigt att använda.

Alingsås kommun anser att stycket bör flyttas till A och en hänvisning kan ske från detta avsnitt i B4.

B8. Asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

På samma grunder som angivits ovan så bör definitionen

av överenskommelse förtydligas. Innefattar överenskommelsen ett köp av kommunens resurser eller ska kommunen endast tillskriva sig ett ansvar för att i enskilda fall komma överens med regionen om att ta över möjligheten att erbjuda kommunal hälso- och sjukvård för en patientgrupp som ingår i regionens ansvarsområde utan ersättning?

Som redogjorts tidigare så måste kommunens tillhandahållande av tjänster till regionen vara förenlig med kommunallagen.

Att utföra den typen av hälso- och sjukvård och/eller bibehålla eller tillskapa resurser för att kunna sälja tjänster som regionen är skyldig att tillhandahålla kan diskuteras huruvida det anses vara en sådan angelägenhet som en kommun har rätt att engagera sig i. Det är svårt att lämna fler synpunkter då rutinen inte är klar.

Synpunkter på avsnitten B.10-B.14

B.10 Läkemedel

B.11 Personligt förskrivna hjälpmedel och läkemedelsnära produkter i vardagsmiljö

B.12 Personligt förskrivna hjälpmedel

B.13 Personligt förskrivna läkemedelsnära produkter

B.14 Oreglerade medicintekniska produkter

B10- B14. ordnatören kopplat till ett ekonomiskt ansvar

I avsnittet B2 står det att "ordnatören har vård och behandlingsansvar där också uppföljnings och ekonomiskt ansvar ingår." Under punkterna B10-B14 beskrivs en annan uppdelning av ekonomiskt ansvar som inte alltid följer ordnatören.

Är det så att ordnatören alltid har ett ekonomiskt ansvar eller är det som står under B10-14, där texten beskriver undantag från B2, rätt?

Sjuksköterskor med särskild förskrivningsrätt inom kommun kan ordinera vissa läkemedel där VGR har ett ekonomiskt ansvar (förtroendeförskrivning). Alingsås kommun föreslår att meningen i B2 omformuleras eller tas bort.

Synpunkter på avsnitten B.15-B.16

B.15 Tjänsteköp

B.16 Gemensamma utvecklingsområden

B15. Tjänsteköp

Utöver lagstiftningen kring offentlig upphandling så måste kommunens tillhandahållande av tjänster till regionen därutöver vara förenlig med kommunallagen. Om en kommun på avtalsrättslig grund åtar sig en uppgift gäller reglerna i 2 kap. 1 § KL, som anger den kommunala kompetensens gränser.

En förutsättning för att en kommun ska kunna sälja hemsjukvård till regionen är bl.a. att kommunen har personella resurser för ändamålet. Befogenheten i 14 kap. § HSL som kommunerna har, att bedriva hemsjukvård i ordinärt boende, torde inte medföra en vidgning av den kommunala kompetensen till att även omfatta tillhandahållandet av hemsjukvård på regionens uppdrag. Av förarbetena till kommunallagen framgår att bestämmelserna om kommunens frivilliga kompetens snarast torde avse särskilda situationer där kommunen själv gör bedömningen att det är mest ändamålsenligt att de erbjuder hemsjukvård, t.ex. i en sådan situation där den enskilde endast tillfälligt vistas i det egna hemmet.

Att bibehålla eller tillskapa resurser för att kunna sälja tjänster (tjänsteköp) som regionen är skyldig att tillhandahålla kan diskuteras huruvida det anses vara en sådan angelägenhet av allmänt intresse som en kommun har rätt att engagera sig i. Det är således inte entydigt om det är förenligt med kommunallagen huruvida kommunerna kan ingå avtal om tjänsteköp. Därav är det positivt att avtalsförslaget lyfter att det i så fall får ske i lokala avtal, dock är det viktigt att parterna är ense om att det inte finns någon skyldighet att ingå något lokalt avtal om tjänsteköp.

14. Övergripande synpunkter och övrigt för Del B

Länkar behövs till flertalet av rubrikerna för att skapa en tydlighet.

Del C, Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Lämna remissvar på Överenskommelse Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i Västra Götaland här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitt

4. Gemensamt ansvar

Synpunkter på avsnitt

5. Parternas ansvar

Alingsås kommun anser att det är bra att fast läkarkontakt tydliggörs i överenskommelsen.

Av 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821) framgår det att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Alingsås kommun tolkar detta som att fast läkarkontakt ska finnas på primärvårdsnivå, vilket också bör tydliggöras i överenskommelsen. Utifrån att en fast läkarkontakt ska finnas i primärvården är formuleringen om fast läkarkontakt oavsett organisatorisk tillhörighet är inte möjlig. Ta bort "erbjuda" och förtydliga hur patienten kan välja.

Det behöver framgå att läkaren är en del i den kommunala hälso- och sjukvården. För att arbeta personcentrerat krävs ett team runt patienten där läkaren har en central roll. Skrivningen att läkaren ska ge medicinsk konsultation till kommunens legitimerade personal leder inte tankarna till ett teambaserat arbete runt patienten. Det är också viktigt att det framgår att läkaren avsätter tid efter patienternas behov. I dagsläget är det inte ovanligt att tiden är för kort och att kommunens sjuksköterskor får i uppdrag att prioritera.

Under vårdcentralens särskilda ansvar bör det framgå att de vid behov ska kunna göra hembesök dygnet runt.

Alingsås kommun anser att utifrån personcentrerad vård ska alla samverka runt och med patienten. Primärvården utgör basen för den nära vården i VG. Alingsås kommun anser att det bör tydliggöras i överenskommelsen att:

- Läkaren på primärvårdsnivå är en del av teamet i den kommunala primärvården.

- Läkaren har ett medicinskt samordningsansvar (läkare-läkare) oavsett organisatorisk tillhörighet. Det framgår av Prop. 2019/20:164 s. 83. att utgångspunkten bör vara att om en patient har en fast läkarkontakt i primärvården bör denne ansvara för samordning av de medicinska åtgärderna men att det i vissa fall kan vara lämpligare att samordningsansvaret i stället fullgörs av en fast vårdkontakt. Denna fasta vårdkontakt kan finnas någon annanstans inom hälso- och sjukvården än i primärvården, oavsett om primärvården på ett eller annat sätt också är delaktig i patientens vård.
- Kommunen ska arbeta med all specialistvård på samma sätt, vilket betyder att teamet (kommun-region) är på primärvårdsnivå. Det bör vara tydligare att fast läkarkontakt/fast vårdkontakt ska ingå i teamet kring de patienter som är inskrivna i den kommunala hälso-och sjukvården.
- Det medicinska samordningsansvaret mellan läkarna ska inte tillfalla kommunens fasta vårdkontakt. Kommunens fasta vårdkontakt har ett samordningsansvar för specifik omvårdnad och rehabilitering samt utförande av vård och behandling på primärvårdsnivå.
- MAS kommun (medicinsk ansvarig sjuksköterska) och medicinsk ansvarig läkare (MAL) på vårdcentralen ska samverka.

Synpunkter på avsnitt

6. Uppföljning

Parterna har ett eget samt ett gemensamt uppföljningsansvar och det är av vikt att säkerställa kvalitet och efterlevnad av överenskommelsen. Alingsås kommun är angelägna om en mer ändamålsenlig uppföljning av läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

Alingsås kommun önskar att gemensamma indikatorer för uppföljning tas fram. Läkarmedverkan är en resursfråga men också en tillgänglighets- och jämlikhetsfråga för de invånare i Alingsås kommun som omfattas av den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården

Förslag på indikatorer är: tillgänglighet utifrån tid per patient, fast läkarkontakt, hembesök, brytpunktssamtal och läkemedelsgenomgång, väntetid till kontakt, medverkan vid SIP etc.

Övergripande synpunkter och övrigt

Alingsås kommun önskar ett tydliggörande under syfte. Syftet är att reglera samverkan utifrån parternas lagstadgade ansvar.

Överenskommelsen bygger på en lagstadgad skyldighet att samverka, som gäller både kring målgrupper och på individnivå. Överenskommelsen baseras på 16 kap. 1 § och 2 § HSL (2017:30), som reglerar samverkansformerna och omfattningen mellan kommun och region. Alingsås kommun föreslår att inledningen formuleras "som reglerar omfattning av och former för läkarmedverkan" så som det står i lagen.

De patienter som avses i denna överenskommelse är personer med stora vård- och omsorgsbehov. För att de ska få sina behov tillgodosedda krävs en god

samverkan mellan kommun och region. God tillgänglighet och tillräcklig tid är viktiga komponenter. Det behövs en mer ändamålsenlig uppföljning av läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

Alingsås kommun önskar ett förtydligande om vilka möjligheter parterna har att driva frågan vidare om någon motpart inte uppfyller sina åtagande.

Del C, Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Lämna remissvar på Överenskommelse Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitt

4. Gemensamt ansvar och samverkan

Målsättning bör vara att patienter ska få vård på rätt vårdnivå.

Alingsås kommun anser att det gemensamma ansvaret regleras bäst i lagstiftning och anser därför punkten 4. Gemensamt ansvar bör följa formuleringarna som framgår av 1 kap. 2 § lag (2017:612) om samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, där lagens syfte har definierats.

Förslagsvis bör ordet "omgående" tas bort i meningen "Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland är överens om att den enskilde som inte längre har behov av slutenvårdens resurser omgående ska kunna skrivas ut därifrån, på ett tryggt och säkert sätt".

I meningen "Antalet dagar som den enskilda är kvar.... som utskrivningsklar ska minska." Alingsås kommun anser att denna mening är svår att tolka då det inte framgår från vilken nivå det ska minska.

Alingsås kommun föreslår följande skrivning: "Antalet dagar som den enskilda är kvar.... som utskrivningsklar ska minimeras för den enskilde."

Synpunkter på avsnitt

5. Kommunens betalningsansvar

--

Synpunkter på avsnitt

6. Uppföljning

Det är av vikt att säkerställa kvalitet och efterlevnad av överenskommelsen och varje part har ett eget samt ett gemensamt uppföljningsansvar.

Alingsås kommun föreslår en mer ändamålsenlig uppföljning av in & utskrivning som följer upp tryggheten för patienten så som exempelvis om fast vårdkontakt på vårdcentralen erbjudits samt om möjlighet till SIP erbjudits. För detta krävs nya sätt att mäta som idag inte uppfylls av SAMSA.

Övergripande synpunkter och övrigt

Alingsås kommun kan konstatera att den regionfinansierade primärvården inte är delaktiga i processen såsom lagstiftaren avsåg.

Detta är ingen fråga enbart för VG, utan erfarenheten är nationell.

Alingsås kommun anser att det är en angelägen fråga att arbeta vidare med för att skapa en god och nära vård som blir trygg för patienterna.

Del C, Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende

Lämna remissvar på Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk och beroende här.

Tänk på

- Alla fält behöver inte fyllas i, om du inte har synpunkter på avsnitten kan du lämna fälten tomma.
- Det finns ett separat fält för övergripande synpunkter.
- Undvik klistra in text från avtal och överenskommelser.

Synpunkter på avsnitt

5. Gemensamt ansvar och samverkan

Alingsås kommun anser att överenskommelsen enbart ska reglera SAMVERKAN mellan kommunens SOL och regionens HSV. Det som sedermera rör samverkan inom hälso- och sjukvård ska regleras i del B och därmed ska en hänvisning ske från del C till A+B.

I del A bör en komplettering om att del C reglerar samverkan mellan SOL och regional HSL gällande psykiatri.

Ingången till psykiatrin kan idag vara svårbegriplig för kommunen och den bör jämföras i hälso- och sjukvårdsavtalet precis som det gjorts vid in & utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. I del B bör det även vara omnämnt att psykiatri är en del av hälso- och sjukvården inom öppen och slutenvården och ett förtydligande bör ske om den regionala primärvårdens ansvar kring psykiatrin.

Synpunkter på avsnitt

6. Parternas ansvar

Under rubriken "Kommunens ansvar" sista punkten- "medverka vid läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk" förefaller en svårighet att som kommun tolka innebörden av "att medverka". Kommunens verksamheter inom SOL och HSL ses som densamma och det blir otydligt vad som avses.

- Ska någon verksamhet vid kommunens socialtjänst eller kommunens hälso- och sjukvård medverka i behandlingen?

- Handlar det om att stötta brukaren/patienten utifrån ett uppdrag inom SOL eller dela läkemedel utifrån ett uppdrag inom HSL?

Alingsås kommun anser därav att formuleringen är juridiskt omöjlig.

Om individen själv ansvarar för sin medicinering kan stöd behövas, till exempel genom att skapa struktur och rutiner för hur och när medicinerna ska tas. Om en läkare har bedömt att en individ inte själv kan ta ansvar för sin medicinering

planeras stödet gemensamt med kommunal hälso- och sjukvård och delegering krävs för läkemedelshantering, [enligt Nationella vård och insatsprogrammet](#).

För en tydlighet i överenskommelsen önskar Alingsås kommun att det framgår att det är socialtjänsten som i överenskommelsen avses att medverka vid opiatbehandling och att om behov av kommunal hälso- och sjukvård (kommunal primärvård) behövs ska en hänvisning ske till del B. Det ska också tydligt framgå vem/vilken verksamhet i kommunen som ska ta emot delegering av den regionala hälso- och sjukvården.

Under rubrik 6.4 avser psykiatrisk tvångsvård och är inte mer utvecklat än att kommunens ansvar är kommunal hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL. Det är en förenkling i sin stora ambition som kan leda till motsättningar mellan huvudmän.

Om stycket ska stå kvar så behövs förtydligande om att vårdbegäran behövs för personer som har behov av kommunal primärvård i hemmet.

Synpunkter på avsnitt

7. Uppföljning

Det är av vikt att säkerställa kvalitet och efterlevnad av överenskommelsen och varje part har ett eget samt ett gemensamt uppföljningsansvar.

Alingsås kommun föreslår en mer ändamålsenlig uppföljning av överenskommelsen så att den följs upp årligen och att indikatorer som följer intensionerna tas fram.

Övergripande synpunkter och övrigt

Avsnittet tydliggör att överenskommelsen reglerar vård och insatser brett, inte bara enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Överenskommelsen har en större ansats och blir därför "större än huvudavtalet". Psykiatri är en del av hälso- och sjukvård och finns på två vårdnivåer primärvård och specialiserad (öppen- och slutenvård) och ska då följa samma struktur som i del A+B. Kopplingen mellan samtliga ÖK i del C och del A+B måste bli tydligare. I dagsläget står denna överenskommelse för sig själv gällande formuleringar och upplägg.

Alingsås kommun anser att överenskommelsen är välskriven och stämmer med nationella riktlinjer men tar inte höjd för de förändringar som lyfts i till exempel samsjuklighetsutredningen och texten harmoniserar inte med de övriga texterna i avtalet. Nya termer/begrepp så som "riskbruk eller skadligt bruk" lyfts i tex samsjuklighetsutredningen vilket är något som bör beaktas i överenskommelsen.

Att överenskommelsen benämner kommunen ibland som kommunens socialtjänst och kommunens hälso- och sjukvård, och ibland enbart som kommunen, kan skapa förvirring. Alingsås kommun önskar att det tydligt framgår i överenskommelsen vad/vilken del av kommunens verksamhet som avses alternativ är att som tidigare

nämnts flytta all text som handlar om kommunens hälso- och sjukvård till del B samt göra hänvisningar till den. Det ska tydligt framgå att SIP är verktyget för samplanering samt att en vårdbegäran ska ske för de patienter som normalt sett inte ingår i kommunens hälso- och sjukvårdsansvar.