

Mötesanteckning

Gemensam styrgrupp nytt hälso- och sjukvårdsavtal

Datum: 2026-01-26

Tid: 13:00 – 16.00

Mötesform: Teams/Regionens hus, lokal Bommen

Kallade: Se lista

Styrgrupp Region	Styrgrupp Kommun
Karin Looström Muth, Västra Götalandsregionen	Kristina Lännergren, VästKom
Björn Kalin, NU-sjukvården	Anna Lärk Ståhlberg, Fyrbodals kommunalförbund
Jessica Bergerheim, Privata vårdgivare	Babbs Edberg, Göteborgs stad (förhindrad)
Katarina Andersson, Sjukhusen i väster	Helen Nordling, Boråsregionens Sjuhäradskommunalförbund
Maria Gjertsen, Regionhälsan	Karin Hallberg, Vänersborg kommun (förhindrad)
Maria Taranger, Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Malin Normann, Uddevalla kommun (förhindrad)
Stellan Ahlström, Skaraborgs sjukhus	Rikard Strömqvist, Tibro kommun (förhindrad)
Susanne Lidén, Närhälsan	Tina Isaksson, Borås stad (förhindrad)
Malin Camper, Södra Älvsborg Sjukhus	Ulrika Strandrot Frid, Lidköping kommun
Sara Magnusson, Västra Götalandsregionen	Victoria Fransson, Götene kommun
	Annica Hemberg, Uddevalla kommun (ersätter Karin Hallberg och Malin Normann)
Övriga deltagare	Monica Bondesson, Göteborgs stad (förhindrad) (ersätter Babbs Edberg)
Ann-Sofie Rundberg, Västra Götalandsregionen	
Jenny Nilsson, Västra Götalandsregionen	
Malin Swärd Davidsson, VästKom	
Åsa Jackson, Västra Götalandsregionen	
Isabelle Alknäs, Västra Götalandsregionen	

1. Förutsättningar för det gemensamma arbetet

Under mötet diskuterades förutsättningarna för det gemensamma arbetet och de strukturella skillnader som finns mellan kommun och region. Skillnader i styrning och beslutsprocesser innebär olika startsträckor: kommunerna har längre förankringsprocesser men möjlighet till bredare beredning, medan regionen är en stor organisation där beslut tar tid att nå ut, trots färre beslutsfattare.

En översikt visades som tydliggjorde respektive parts komplexitet. Kommunerna består av 49 kommuner, fyra kommunalförbund och VästKom, medan regionen omfattar en region, tio hälso- och sjukvårdsförvaltningar samt privata vårdgivare. Det

betonades att det är viktigt att ha rimliga förväntningar på varandra, bättre försöka realistiskt uppskatta resurser och tidsåtgång samt kontinuerligt påminna sig om dessa skillnader.

Ansvar för genomförande ligger hos respektive part på hemmaplan – regionens förvaltningar respektive kommunerna. Samtidigt lyftes vikten av att inte fastna i vem som tar initiativ, utan att det är bättre att något görs än att inget sker. Den gemensamma arbetsgruppen ska inte göra allt, utan varje part behöver ta eget ansvar och driva arbetet vidare.

Samverkan lyftes som avgörande för att komma framåt, med fokus på att vilja mötas och lösa frågor för patientens bästa snarare än att fastna i regelverk eller siffror. Arbetet behöver vara agilt och begripligt för medarbetarna, bland annat genom tydligt utbildningsmaterial.

a. Uppdragshandling för den gemensamma arbetsgruppen

b. Dialog om arbete i den gemensamma styrgruppen

Genomgång av syftet med uppdragshandlingen. Det betonades att den gemensamma arbetsgruppen inte kan bära hela ansvaret för implementeringen. Grundansvaret ligger fortsatt hos parterna, medan arbetsgruppen ska stötta genom att ta fram gemensamt material och skapa förutsättningar för arbetet.

Det lyftes frågor om huruvida arbetsgruppen ska ha ett tydligt länsuppdrag. Förtydligande gavs att arbetet visserligen tas fram på länsnivå, men ska kunna brytas ner och användas lokalt. Samtidigt framkom behov av tydligare ramar och mer konkreta formuleringar i uppdragshandlingen, exempelvis genom att slå ihop vissa punkter och hålla texten mer avskalad för att undvika att uppdraget uppfattas som för stort.

Gruppen konstaterade också att det redan finns en viss otakt mellan parterna och att transparens blir viktig framåt. Ett gemensamt grundmaterial efterfrågades, som kan användas brett men samtidigt lämnar utrymme för lokala anpassningar. Det underströks att implementeringen behöver förberedas gemensamt, men att arbetet inte kan drivas fullt ut innan alla parter formellt har beslutat och signerat.

Flera inspel betonade värdet av att bygga vidare på tidigare erfarenheter och goda exempel, samt att det är framgångsrikt när lokala verksamheter får äga sina frågor. Det framfördes även önskemål om att materialet kan innehålla rekommendationer, men utan att uppfattas som pekpinnar.

Det diskuterades också hur patientperspektivet kan tas med på ett mer aktivt sätt, exempelvis genom att involvera patienter i vad de saknar eller behöver. Detta kan göras lokalt och samordnas inte. Slutligen noterades att tidsåtgången behöver vara flexibel utifrån uppgifterna, men att arbetet planeras pågå till juni 2027 med dialogkonferenser under hösten. Ett medskick var även att tydliggöra kopplingen till patientsäkerhetsfrågor i det fortsatta arbetet.

2. Dialog om identifierade nyckelområden inför implementering

Under punkten om identifierade fokusområden inför implementering diskuterades att listan ska ses som en samlad bild av prioriterade områden, där ordet "nyckel" tas bort och ersätts med fokus- eller prioriterade områden. Områdena är inte rangordnade utan sammanfogade från regionens och kommunernas arbetsgrupper, och gruppen konstaterade att nästa steg blir att sortera och gruppera dem för att göra arbetet rimligt och greppbart. Det betonades också att tanken inte är att arbeta med allt samtidigt, utan att kunna prioritera vad som är viktigast att börja med, och styrgruppen fick frågan om något saknas i listan.

Flera inspel handlade om att listan innehåller olika typer av delar så som mål, aktiviteter, önskemål och processfrågor och att det behöver tydliggöras vad som är vad, samt vem som ansvarar för respektive del. Det lyftes även att vissa områden redan är omhändertagna i vissa delar av länet, men att stödet ändå behöver utformas så att alla delregioner och kommuner kan ta del av det och komma i takt. Samtidigt framkom att det finns kulturella skillnader, särskilt kopplat till in- och utskrivningsprocessen, och att kommunikationen mellan parterna ofta styrs på en högre nivå än verksamhetsnivå.

Gruppen resonerade kring att arbetsgruppen och styrgruppen behöver ta fram ett gemensamt arbetsmaterial som knyter an till fokusområdena, där syftet inte är att leverera färdiga lösningar utan att ge stöd för lokala dialoger och gemensam riktning. Förslag lyftes om att materialet kan byggas som en "verktygslåda" eller checklista med frågor/påståenden, där mottagaren själv kan välja vilka delar som är relevanta utifrån nuläge och behov. Samtidigt betonades vikten av att kunna följa förflyttningen över tid genom indikatorer, kopplade både till implementeringsprocessen och till intentionerna i avtalet, exempelvis inom god och nära vård.

Det fanns också en tydlig diskussion om att vissa områden är mer perspektiv som behöver genomsyra allt arbete, såsom proaktivt arbetssätt och patientsäkerhet. Medicinska vårdplaner lyftes som en särskilt viktig del för att skapa en fungerande helhet, där både omvårdnad och läkarmedverkan behöver stärkas. Vidare lyftes rehabiliteringsprocessen, hjälpmedel, avvikelser i samverkan och eskaleringstrappan som områden där det fortfarande finns utmaningar, och där det behöver bli tydligare hur arbetet ska genomföras i praktiken.

Samtidigt uttrycktes att det är svårt att prioritera eftersom många delar upplevs som lika viktiga, men att det ändå behövs en tydlig tidsaxel med de delar som måste finnas på plats 1 januari 2027, vad som kan komma i ett senare skede och en planering för eventuella dialogkonferenser så att också lokala dialoger och utbildningsinsatser kan planeras. Det framkom olika perspektiv på om man ska börja med enklare områden för att snabbt komma i gång, eller ta tag i de svåraste frågorna direkt för att undvika att fastna senare. Flera betonade att fokus bör ligga på gapet mellan hur man arbetar idag och hur man behöver arbeta framåt, samt på vad som måste vara på plats för att avtalet ska fungera vid ikraftträdande, medan andra delar kan hanteras som långsiktigt utvecklingsarbete.

Avslutningsvis lyftes att inspel från nätverk som MAS och chefläkarnätverket kan vara viktiga att fånga, samt att det är centralt att även lyfta de positiva delarna, att samverkan är kärnan och att de tydligare skrivningarna i det nya avtalet i sig är en stor förbättring som kan underlätta arbetet framåt. Gruppen landade i att arbetsgruppen behöver ta fram ett mer konkret förslag till nästa möte kring hur områdena kan

klustras, paketeras och kopplas till en tidsplan, så att arbetet blir genomförbart och tydligt för både länsnivå och lokal nivå.

3. Nästa möte för gemensam styrgrupp.

Förslag: 20 mars, kl. 13:00-14:30 via Teams.

Nästa möte för den gemensamma styrgruppen fastställdes till den 20 mars kl. 13.00–14.30 via Teams.

a. Planering för implementering fram till juni 2027

Regionen informerade om att ett förberedande implementeringsarbete redan har påbörjats, med planering som sträcker sig fram till juni 2027.

b. Aktuell information om remiss för patientsäkerhet

Aktuell information gavs även om pågående remiss avseende patientsäkerhet, där sista svarsdatum är den 28 februari. En sammanställning av inkomna svar kommer att presenteras vid nästa styrgruppsmöte den 20 mars.

4. Information om genomförda dialoger

Information om genomförda dialoger i Ale, Tjörn, Stenungsund, Kungälv och Alingsås med verksamhetschefer, MAS tillsammans med delar av den politiska referensgruppen. Dialogerna har varit övervägande positiva och präglats av ett gemensamt framåtfokus. I Alingsås deltog även politiker som efterfrågade information om avtalet men upplevdes trygga i innehållet. Behov av material riktat till politiker och välfärdschefer lyftes.

Information om att SU:s styrelse kommer att få information om avtalet kommande vecka. Vikten av att hänvisa till Vårdsamverkans webbplats, där samlad information finns tillgänglig, betonades.

5. Övrigt

Styrgrupperna uppmanas att hänvisa till [Vårdsamverkans webbplats](#), där samlad information finns tillgänglig.

Vid anteckningarna:

Isabelle Alknäs