



Mötesanteckning

Gemensamt styrgruppsmöte för VGR styrgrupp och kommunernas styrgrupp

Datum: 2025-06-30

Tid: 13:00 – 16:00

Mötesform: Hybrid, Teams och lokal Bommen

Kallade: Se lista.

Styrgrupp kommun

Kristina Lännergren
Malin Swärd Danielsson
Ulrika Strandrotfrid
Rikard Strömqvist
Babbs Edberg (förhindrad)
Helen Nordling
Tina Isaksson
Victoria Fransson
Helena Lilliebjelke
Anna Lärk Ståhlberg
Henrik Sundgren
Malin Normann
Annika Hemberg
Ebba Gierow

Styrgrupp VGR

Karin Looström Muth
Maria Gjertsen
Maria Taranger
Susanne Lidén
Stellan Ahlström (förhindrad)
Katarina Andersson
Jessica Bergerhein
Ann-Sofie Rundberg
Jenny Nilsson
Isabelle Alknäs
Anna-Karin Jonsson
Åsa Jackson

Inledning

Mötet inleddes med en presentationsrunda. Därefter gick deltagarna gemensamt igenom hela bildspelet. Efter genomgången öppnades materialet upp på nytt för att samla in inspel från styrgrupperna.

Gradering

Under mötet gjordes en genomgång av graderingarna. Vid en första anblick upplevdes kommunens sammanställning som mycket gul, vilket initialt tolkades som ett negativt resultat, särskilt i jämförelse med regionens mer grönmarkerade sammanställning. Vid en djupare analys av remissvaren framkom det dock att kommunen och regionen inte står särskilt långt ifrån varandra i sak, utan att skillnaden snarare handlar om hur graderingsnivåerna har tolkats. Graderingarna presenterades även uppdelat per kommunalförbund, och frågan väcktes om tolkningarna skiljer sig åt mellan olika kommuner. I vissa kommuner verkar inställningen ha varit att grön markering endast ges



när det inte finns några synpunkter alls. Det har även framförts till politiken att arbetet behöver mer tid i framtiden, med förslag om att påbörja processen direkt i början av kommande mandatperiod.

Förhandlingsprocess

Under mötet gjordes en genomgång av förhandlingsprocessen samt planerade möten framöver. Nästa möte för styrgrupperna är planerat till den 12 augusti. SRO sammanträder den 21 augusti, och till dess ska underlagen skickas ut omkring den 14 augusti. Den 1 september förväntas SRO fatta ett slutgiltigt beslut. Utöver detta planeras informationstillfällen den 8 och 10 september, där processen presenteras, inklusive hur arbetet har bedrivits, remissförfarandet och hur synpunkter hanterats.

Eskalerade ärenden

Det råder en samsyn kring behovet av att förtydliga skrivningarna, och generellt finns en god enighet när arbetsgruppen samlas. Det finns en tilltro till att man tillsammans kan ta fram tydligare formuleringar. Det som presenteras nedan är sådant där gruppen önskar ytterligare stöd eller vägledning.

Identifierade eskaleringsärenden

- Avtalens relation till varandra
- Kompetenskrav i kommunal primärvård
- Utökad omfattning av primärvård
- Definitioner
- Uppföljning
- Benämning på nuvarande lagreglerade överenskommelser
- Överenskommelse Samverkan kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende

Tidigare eskalerade frågeställningar

- Ekonomisk reglering vid in- och utskrivning från sjukhus
- Sanktionsmöjlighet vid brott mot hälso- och sjukvårdsavtal eller de lagreglerade överenskommelserna

Avtalets relation till tidigare avtal

- Hur ser förhållandet ut mellan nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal, Regionbildningsavtalet och det första primärvårdsavtalet från 1999, vilka bedöms fortsatt vara gällande?
- Kan det påverka ansvaret och specifikt kompetenskraven hos respektive part?

Både kommunens och regionens förslag presenteras.

Inspel från styrgrupperna:

Det lyfts att det inte är hållbart att hänvisa till äldre dokument, då det skapar otydlighet för medarbetarna. Gruppen konstaterar att det i dagsläget saknas mandat att ogiltigförklara de äldre dokumenten, vilket innebär att de fortsatt kommer att gälla som tidigare. Det föreslås att detta istället lyfts som ett möjligt utvecklingsområde framåt. Frågan bedöms av vissa som en ickefråga, då regionens politiker har tydliggjort att dessa dokument inte kan strykas i nuläget.



Kompetenskrav

En frågeställning har lyfts kring vilka kompetenskrav som ska anges i det nya hälso- och sjukvårdsavtalet för kommunal primärvård. I primärvårdsavtalet från 1999 anges distriktsköterska som kompetenskrav, medan det sedan 2006 i hälso- och sjukvårdsavtalet anges sjuksköterska. Förhoppningen är att lösa ut tidigare frågeställningar, vilket också skulle underlätta hanteringen av denna. Det råder olika tolkningar av avtalen, delvis på grund av att huvudavtalet och regionbildningsavtalet inte är tidsbegränsade och inte tydligt specificerar vad som avses med att kommunen "tar över primärvården". I senare avtal står det "upp till sköterska", vilket öppnar upp för olika slutsatser. Det saknas även ytterligare dokumentation kring detta, vilket gör frågan mer komplex. Därför behöver det föras en diskussion om huruvida DSK återigen ska skrivas in i avtalet eller inte.

Inspel från styrgrupperna:

På vårdcentraler upplevs det som en trygghet att kompetensen, särskilt DSK och SSK, finns samlat där arbetet utförs. Det lyftes att en likartad kompetensnivå behövs i god samverkansanda mellan region och kommun. Kommunerna uttrycker samtidigt behov av bredare kompetens, exempelvis specialistsjuksköterskor inom olika områden. Det är dock svårt att bemanna dessa tjänster eftersom vårdcentraler med kontorstid ofta uppfattas som mer attraktiva arbetsplatser än kommunal verksamhet med dygnet runt-verksamhet. Det konstaterades också att större kommuner har lättare att bemanna med rätt kompetens än mindre.

Båda parter är överens om att kompetens är avgörande, men från kommunalt håll lyfts att det är svårt att binda upp sig till specifika yrkesroller i ett avtal. Samtidigt poängteras vikten av att inkludera formuleringar om kompetens, eftersom det möjliggör rätt bemanning och styrning. Flera kommuner försöker säkra rätt kompetens, men just DSK är inte alltid prioriterat i vidareutbildning. Diskussionen handlade därför delvis om huruvida frågan gäller vad som ska skrivas in i avtalet, eller vem som faktiskt ansvarar för kompetensen.

Det fanns enighet om vad som ska göras, men viss oenighet om vilken titel som bör anges. En deltagare menade att det skulle vara märkligt att låsa sig vid DSK som yrkesbenämning, även om regional primärvård är van vid det, då DSK kan utföra uppgifter andra sjuksköterskor inte gör. Det väcktes frågor kring om det är en viss andel av personalen som ska ha kompetensen, och hur detta i så fall uttrycks.

Formuleringen i remissförslaget, där både grund- och specialistkompetens nämns, ansågs av flera som bra eftersom den inkluderar flera professioner. Det betonades att det viktiga är att kompetensen finns och att verksamheterna lever upp till avtalets krav, det kan ju också tillkomma nya relevanta kompetenser framöver.

Bakgrunden till diskussionen är att remissvaren visar skillnad i synsätt: Regionen vill skriva in DSK, medan flera kommuner vill ta bort begreppet "grund och specialistkompetens" då det upplevs som exkluderande för andra yrkesgrupper. Det påpekades också att tidigare avtal inte specificerat detta så tydligt, och att det blir märkligt att börja göra det nu.

Det föreslogs att inte specificera kompetenskraven för snävt, utan formulera det så att det håller över tid. Diskussion uppstod även kring begreppen "specialistutbildad" och "vidareutbildad", där vissa ansåg att "vidareutbildad" kunde tolkas som mindre kvalificerat, t.ex. handledarkurser, och därför inte bär samma tyngd.



En MAS lyfte avslutningsvis att när man betonar kompetens bör man vara försiktig med begreppet "specialist", eftersom det är en viktig fråga för kommunerna. Det är avgörande att ha tilltro till varandras verksamheter. Fyrbodals uttryckte att de inte kan ställa sig bakom ett krav på DSK, men kan stödja en formulering som fokuserar på kompetens.

Sammanfattningsvis var gruppen överens om målsättningen och valde att parkera begreppsfrågan för att gå vidare i arbetet.

Utökad omfattning av primärvård

Ett kapitel i avtalet rör den utökade omfattningen av primärvård. Styrgruppen ombeds ta ställning till om detta kapitel kan tas bort och i stället hanteras på annat sätt.

Kommunens uppfattning är att kapitlet kan strykas, då det enligt flera respondenter inte hör hemma i avtalet. Istället föreslås att inledningen till kapitel 2, som handlar om hälso- och sjukvård i hemmet, kompletteras med en mening om permission.

Regionen föreslår även de att hela kapitlet tas bort. I stället föreslår de att två meningar läggs in i inledningen till kapitel 2: en om permission, och en om att kommunen, efter överenskommelse i enskilda fall, kan utföra planerade hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, natt och helg.

Inspel från styrgrupperna:

Det lyftes från regionens sida att frågan är mycket viktig, med exempel som "katetergubbarna", där man historiskt sett hjälpts åt. Om detta inte finns kvar i avtalet kan det leda till att vissa kommuner inte längre vill använda sig av tjänsteköp, vilket riskerar att skapa mycket diskussion och osäkerhet. Framför allt är frågan om samverkan under kvällar, helger och nätter (som utgör cirka 70 % av veckans tid) central. Det konstaterades att mycket av diskussionen ofta rör planerad vård, medan kommunen ofta står ensam med ansvaret under tid som inte är kontorstid.

Större kommuner har särskilda utmaningar med tjänsteköp, det är svårt att planera och kräver ibland en annan typ av överenskommelse. Som det ser ut nu lämnas mycket åt slumpen. Det fanns enighet om att frågan behöver lyftas till en större och mer strukturerad nivå.

När det finns flera vårdcentraler inom ett område, bör man enligt förslaget göra upp detta lokalt. Samtidigt påpekades att den nuvarande formuleringen, "kan efter överenskommelse", är otydlig. Flera deltagare beskrev att det ofta landar i olika ad hoc-lösningar, och att detta skapar osäkerhet snarare än motstånd. Det handlar inte om att säga nej till samverkan, utan om behovet av ett tydligare gemensamt grepp och en lösning som fungerar för båda parter.

Från regional primärvård uttrycktes öppenhet för dialog och att hitta lösningar som fungerar i praktiken. Sjukhusen, som också är verksamma dygnet runt, har lyft att man vill se en mer övergripande skrivning där parterna visar förståelse och hänsyn till varandras ekonomiska och personella resurser. Förslaget är att lägga in en formulering i avtalet som tydligt uttrycker denna ömsesidiga hänsyn.

Även om det inte är möjligt att lösa frågan fullt ut här och nu, är det viktigt att få till någon form av samverkan med regional primärvård även på kvällar och helger. Det skulle göra stor



skillnad och bidra till omställningen. Både sjukhusförvaltningar och primärvård hjälper kommunerna i dagsläget, och det finns många vinster i att fortsatt stötta varandra.

En juridisk aspekt lyftes också. Om tjänsteköp sker regelbundet omfattas det av lagen om offentlig upphandling. Detta innebär att man måste annonsera tjänsten formellt, vilket komplicerar återkommande, informella överenskommelser. Det är viktigt att ha detta i åtanke när man formulerar skrivningar.

Slutsatsen var att det behövs ett par tydliga meningar i avtalet som skapar förutsättningar för samverkan och anger en gemensam vilja. Formuleringen bör möjliggöra flexibilitet, men samtidigt spegla skillnaderna i förutsättningar inom länet.

Dokumentation diskuterades också, det finns alternativ såsom SAMSA, eller att skriva in i avtalet att kommunen kan läsa informationen i NPÖ.

Slutligen nämndes att det kan behövas särskilda arbetsgrupper med olika kompetenser för att jobba vidare med frågan i mer detaljerad form.

Definitioner

- Långvarigt behov
- Frekvens
- Utan större svårighet

Gemensamt förslag på "utan större svårighet", men inte de andra två begreppen. Från kommunen föreslår man att "långvarigt behov" är när behovet bedöms kvarstå minst 3 veckor och "frekvens" är när insatserna kräver minst en kontakt per vecka. Regionen anser att "frekvens" är patienter som har ett behov av max två hembesök/vecka under max 2 veckor.

Inspel från styrgrupperna (gällande långvarigt behov och frekvens):

Det framhölls att det viktigaste är tydlighet, gemene man måste förstå vad som gäller. I praktiken tar det ofta mycket tid att tolka och diskutera otydliga definitioner, vilket skapar osäkerhet i vardagen. Ett exempel är hur kommunen har valt att dela upp vissa definitioner i två delar för att skapa tydlighet, medan regionen har slagit ihop dem.

Frekvensdiskussionen lyftes och ett förslag var att ta bort frekvens helt och istället skriva något i stil med "mindre än två veckor oavsett frekvens" som primärvårdens ansvar, medan behov över två veckor blir kommunens ansvar.

Samtidigt påpekades att det finns exempel, som injektioner som ges var tredje månad men som pågår i flera år, där frekvensen faktiskt spelar roll. Om inte frekvens regleras utan enbart långvarigt behov så kommer dessa patienter ingå i kommunens ansvar och skrivs in i kommunal primärvård trots att insatsen sker väldigt sällan. Det är därför viktigt att både reglera "långvarigt behov" och "frekvens".

Det lyftes att personer som skrivs in på korttidsboende sällan är där under en verkligt kort period, ofta blir det längre, vilket får konsekvenser beroende på hur ansvaret fördelas. Därför är det avgörande att komma fram till en gemensam syn på vad ett "långvarigt



behov” innebär. En gemensam definition skulle minska gränsdragningsproblem och återkommande diskussioner mellan kommun och region om ansvarsfördelning.

Det diskuterades också att i framtiden kommer vi att möta både svårare sjuka och äldre patienter, vilket ställer ännu högre krav på tydlighet och samordning.

Avslutningsvis föreslogs att definitionerna inte ska skrivas in direkt i det formella avtalet, utan istället samlas i en länsgemensam riktlinje, som kan följas upp och revideras efter två år. Det skapar större flexibilitet och möjlighet till gemensam vidareutveckling.

Uppföljning

Frågeställning om uppföljning i hälso- och sjukvårdsavtal och i lagreglerade överenskommelser ska koncentreras till uppföljning av avtal och överenskommelser och därmed exkludera detaljerad uppföljning inom specifika områden?

Gemensamt förslag:

Uppföljning av hälso- och sjukvårdsavtal samt lagreglerade överenskommelser, med fokus på att säkerställa att avtalen efterlevs och att uppföljning utförs på ett systematiskt sätt. Uppföljning av specifika områden bör hanteras utanför avtalet för att kunna anpassas efter förändrade behov över tid, vilket kräver ett gemensamt arbete mellan parterna.

Regionen vill ha kvar några indikatorer i ÖK munhälsa, då det inte finns någon annan överenskommelse kring detta.

Inspel från styrgrupperna:

Inga inspel.

Benämning

Hur ska de lagreglerade överenskommelserna benämnas fortsättningsvis? Kommunsidan tycker att det ska kallas ”överenskommelse”, medans regionen tycker det ska kallas ”underavtal”. Juristerna anser att ”lagreglerade” är onödigt och missvisande.

Inspel från styrgrupperna:

Det konstaterades att det i nuläget är svårt att ta ställning till vilken benämning som är mest lämplig, då det kräver en helhetsöversyn av samtliga termer och begrepp som används. Gruppen enades därför om att se över detta till augusti och ta fram ett samlat förslag då.

Ök psykisk funktionsnedsättning

Frågeställning om en avgränsad och tillfällig överenskommelse kan tas fram utifrån lagstyrda krav om överenskommelse?

Ett förslag är att SRO får i uppdrag att initiera ett fördjupat arbete för att parallellt ta fram en mer långsiktig hållbar lösning. I detta ingår även att ta fram en länsgemensam riktlinje kring tvångsvård. Det betonas att vi inte kan stå utan en överenskommelse, men att en tillfällig lösning kan användas under tiden ett mer omfattande arbete genomförs tillsammans med personer som har rätt kompetens och expertis inom området.

Inspel från styrgrupperna:

Eftersom samsjuklighetsutredningen ännu inte är klar upplevs det som svårt att fullt ut förhålla sig till innehållet, även om viljan att göra det finns. Det lyftes som viktigt att det är tydligt vad som konkret ska arbetas vidare med, så att alla parter vet vad de skriver under



på. Det påminnes även om att även om det finns ett huvudavtal, kan överenskommelserna uppdateras och justeras separat.

Ekonomisk reglering

En utgångspunkt har varit att behålla den ekonomiska regleringen, men inom VGR upplevs detta som ett bekymmer. Flera aktörer har uttryckt önskemål om att säga upp regleringen, då det finns en upplevelse av att många patienter blir kvar i systemet längre än de borde. Det finns ett behov av att arbeta vidare med själva sakfrågan.

Det framkommer att man kan få fram olika nyckeltal beroende på vilket perspektiv man tittar ifrån och på vissa håll fungerar modellen mycket väl, medan den på andra håll upplevs fungera sämre. Lokalt och delregionalt har det redan gjorts ett arbete på chefsnivå för att tydliggöra hur man ska hantera detta. Nästa steg är att implementera det i den operativa verksamheten.

Övriga informationsärenden

- Hälso- och sjukvård i hemmet – synpunkterna pekar åt samma håll från region och kommun.
- Flytta om avsnitt – påtalas för att ingen ska uppfatta att det blir ett nytt/annat avtal, utan att man enbart flyttar om för att få en bättre följd i avtalet.
- Dela upp patientsäkerhet – ett för oeninghet och tvist och ett som handlar om enbart patientsäkerhet.

Dialog - Om inte alla ställer sig bakom nytt Hälso- och sjukvårdsavtal

Det lyfts att om en part säger upp avtalet, slutar det att gälla för samtliga parter. Det finns en tydlig vilja från politiskt håll, både från regionen och kommunerna, att inte behöva gå igenom remissprocessen på nytt – man vill istället landa i ett nytt avtal som fungerar. En viktig fråga blir därför vad det finns för lösningar om någon kommun väljer att inte skriva på, så att man undviker att behöva börja om från början. Det behöver ses över vilka alternativ som finns för att hantera ett sådant scenario och hur man kan inkludera kommuner som inte ansluter sig direkt.

Inspel från styrgruppen:

Det betonades att det är viktigt att alla förstår vad som gäller om någon part väljer att inte skriva på det nya avtalet. Ett förslag är att skriva in att målet är att kommunerna får möjlighet att tillämpa 2017 års avtal, även om det kan upplevas som något rörigt, finns det inga juridiska hinder för det. Samtidigt framkom det att vissa inte är beredda att behålla 2017 års avtal, utan istället kommer att förhålla sig direkt till lagen.

Förklaring från jurist, Henrik Sundgren:

”Regionbildningsavtalet innebar ju att hemsjukvården överfördes till kommunerna genom skatteväxling. Det är ett avtal enligt nuvarande 14 kap. 1 § HSL. Regionbildningsavtalet innefattar ett huvudavtal och primärvårdsavtal. Det är tveksamt att huvudavtalet ensamt kan anses vara ett sådant avtal som avses i nuvarande 14 kap. 1 § HSL.

Ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende åvilar primärt regionen och hemsjukvården är i kommunalrättslig bemärkelse inte en kompetenslig uppgift för kommunen utan särskilt lagstöd. I 14 kap. 1 § HSL ges en laglig möjlighet för kommunen att på frivillig väg efter avtal med regionen erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet. Följden av att ett sådant avtal ingås blir att kommunen och inte längre regionen bär ansvaret för den hemsjukvård som omfattas av avtalet.



Något som talar för tolkningen att se även primärvårdsavtalet från -98 som ett slags grundavtal är att inte varje revidering av primärvårdsavtalen/hälso- och sjukvårdsavtalen verkar ha hanterats som att det innebär en ny överenskommelse om att kommunen ska överta ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt boende från regionen enligt 14 kap. 1 § HSL. Utan att detta får anses följa av de avtal som ingicks vid regionbildningen. Det finns också vissa skrivningar i efterföljande avtal som ger stöd för en sådan tolkning. Dessutom så har primärvårdsavtalet ingen tidsbegränsning.

Min bedömning är därför att regionbildningsavtalet innefattar både huvudavtalet och primärvårdsavtalet.

Om man säger upp nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal, så gäller ju alltså regionbildningsavtalet.

I ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal så behöver man hänvisa till regionbildningsavtalet, eftersom det krävs att regionen och kommunerna ingår ett avtal för att överförandet av hemsjukvården ska ske (jfr. 14 kap. 1 § HSL)."

Avslut

Karin och Kristina tackar och avslutar mötet.

Vid anteckningarna:

Isabelle Alknäs