



Mötesanteckning

Politisk referensgrupp – nytt hälso- och sjukvårdsavtal

Datum: 2025-08-13

Tid: 09:00 – 12:00

Mötesform: Hybrid, Teams och lokal Bangården

Kallade: Se lista.

Politisk referensgrupp

Janette Olsson, (S) ordförande Strategiska Hälso- och sjukvårdsnämnden
Marina Johansson, (S) vice ordförande Göteborgsregionen
Monika Beiring, (M) andre vice ordförande Strategiska Hälso- och sjukvårdsnämnden
Bengt Hilmersson, (C) Boråsregionen
Dan Nyberg, (S) Fyrbodalen
Adam Johansson, (M) Skaraborg

Tjänstepersoner

Malin Swärd Davidsson, Västkom
Kristina Lännergren, direktör Västkom
Jenny Nilsson, Västra Götalandsregionen
Ann-Sofie Rundberg, Västra Götalandsregionen
Åsa Jackson, Västra Götalandsregionen
Henrik Sundgren, jurist Västkom
Anna-Karin Johansson, jurist Västra Götalandsregionen
Isabelle Alknäs, Västra Götalandsregionen

Inledning

Eskaleringar har hanterats. Uppdraget från SRO kom den 23 maj och arbetet startade 1 september. Förslaget skickades på remiss under februari–juni 2025. Under processen tillkom ett tilläggsuppdrag om patientsäkerhet.

Arbetet har omfattat dialogkonferenser med cirka 600 deltagare och en bred organisering med arbetsgrupp, politisk referensgrupp, styrgrupper, jurister, projektadministration och kommunikatör. Många remissvar har inkommit.

Engagemang och tydlig struktur har bidragit till att vi nu har ett förslag på ett modernt avtal som möter intentionerna i färdplanen, förbättrar förutsättningarna för vård i hemmet, tydliggör primärvårdens gemensamma ansvar och stärker det gemensamma arbetet med patientsäkerhet.

Arbetsgruppen har arbetat intensivt och lagt stor vikt vid förankring. Gemensamma möten har hållits för styrgrupperna och den politiska referensgruppen. Det uttrycktes önskemål om att ha träffats oftare, då det bidrar till ökad förståelse.

Tidsplan



- 21 augusti – SRO-sammanträde, underlag skickas ut inför mötet.
- 1 september – SRO-sammanträde, underlag skickas ut 25 augusti.
- Beslutsprocessen innebär att rekommendation ges till kommunalförbunden och SSN.
- 25 september – Förberedelser inför nytt avtal och implementering.

Giltighet

Avtalsbasen utgår från regionbildningsavtalet, inklusive "primärvårdsavtalet". Den kommunala styrgruppen vill behålla ursprunglig formulering där samtliga parter måste besluta att teckna avtalet för att det ska gälla.

Alternativ 1:

*Samtliga parter (49+1) måste besluta att teckna avtal för att det ska gälla
"en för alla, alla för en"*

Alternativ 2:

*Flertalet kommuner beslutar att teckna avtal
Regionen samverkar med de kommuner som vill samverka*

Inspel från den politiska referensgruppen:

Det är kommunernas avtal och viktigt att varje kommun äger sina frågor och sin samverkan. Om en kommun står utanför riskerar den att behöva hitta egen lösning, vilket kan bli kostsamt och opraktiskt, särskilt för regionen som då får hantera olika avtal. Farhåga finns att någon kommun kan säga nej av skäl som inte rör själva avtalet.

Politisk referensgrupp och kommunalförbund är överens om att det nya avtalet är betydligt bättre och utgångsläget är att alla skriver på. Ett enskilt nej skulle dock kunna försämra villkoren för alla och leda till att äldre avtal från 27 år tillbaka åter gäller. Viktigt att tydliggöra vad som står på spel och hur alternativen ser ut, utan att använda hot som argument.

Behov av att ta fram en tydlig kommunikations- och handlingsplan för att minimera risken för avhopp. Politiken måste hållas välinformerad – inga ska kunna hävda att de saknat information. Dialogkonferenser och remissrunda har gett bra genomslag, och liknande politiska möten kan övervägas för att skapa förståelse och förankring. Planering för kontakt med kommunerna bör påbörjas, med fokus på att få med alla frivilligt och i samförstånd.

Vad händer om någon kommun säger upp avtalet?

Avtalet gäller i 4 år och måste sägas upp senast 18 månader före avtalets slut. Om en part säger upp avtalet gäller det formellt för samtliga. Är det beslutat av fullmäktige krävs även beslut där om uppsägning. Konstruktionen bedöms som stabil.



Inspel från den politiska referensgruppen:

- Bästa lösningen är att alla kommuner är med. Tydlig information om konsekvenserna för de som tvekar är avgörande. Förslaget är en tydlig förbättring jämfört med nuvarande avtal, även om inte alla önskemål uppfylls är det ett steg i rätt riktning.
- Frivillighet föredras framför att någon känner sig "in knuffad". Regionsidan har utrett hur man hanterat om någon står utanför.
- Förslag diskuterades om att utgå från principen "en för alla, alla för en" men vid behov kunna övergå till att samarbeta med de kommuner som vill. Oklart om detta är möjligt och risk att det skapar osäkerhet eller avskräcker.
- Viktigt att alla förutsättningar är tydliga innan beslut tas. Kommunalförbundens linje är att alla parter ska ingå i avtalet, vilket även gynnar regionen.
- Patientperspektivet lyftes. Viktigt att identifiera var motstånd finns. Om en kommun tvekar kan det vara säkrare att gå vidare med de som vill, men fokus ska ligga på att få med alla.

Beslut

Huvudalternativ är alternativ 1, se ovan.

Avtalet

Vid genomgången av avtalskonstruktionen konstaterades att nuvarande avtal behöver sägas upp om en kommun inte väljer att skriva på. Om samtliga kommuner skriver på sker uppsägningen i samband med undertecknandet av det nya avtalet. Läget är i dagsläget något oklart och den operativa styrgruppen kommer att utreda frågan vidare tillsammans med juristerna och återkomma med besked.

Eskaleringar

Förhållandet mellan avtalen – Frågan om förhållandet mellan avtalen är nu löst. Eskaleringen är hanterad och de aktuella dokumenten, tillsammans med historik, kommer att publiceras på vårdsamverkans hemsida under nästa vecka.

Definition på profession och kompetens – Frågan är löst.

Kompetens i kommunen – Det finns i dagsläget två olika formuleringar. Regionen vill tydliggöra bakgrunden och vad som har skatteväxlat för. För att skapa klarhet vill man ta bort formuleringen "övriga professioner/kompetens", eftersom "övrigt" kan tolkas som allt, vilket inte stämmer. På styrgruppsmötet den 12 augusti enades man om följande skrivning:

"I den kommunala primärvården har parterna alltid ett gemensamt ansvar, genom att VGR ansvarar för läkare och Kommunen ansvarar för sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Parterna har ansvar för att bemanna med de professioner och den kompetens som krävs för att utföra uppdraget utifrån



ansvarsfördelning i Avtalet.”

Gårdagens diskussion handlade om vad som egentligen avses med ”övriga professioner”, eftersom det inte framgår någonstans vad det innebär. Under mötet nämndes exempel som dietister och logopedier, och man lyfte frågan om vad detta faktiskt betyder för kommunerna. Det konstaterades att dietistkompetensen inte försvinner bara för att den inte uttryckligen nämns i skrivningen, då den fortfarande tillhandahålls på läkarordination och bemannas med den kompetens som krävs för att utföra vården.

Inspel från den politiska referensgruppen:

Diskussionen kretsade kring formuleringen ”övriga professioner” och kommunernas oro om denna skrivning tas bort. Kommunerna betonade vikten av att även framöver inkludera nya professioner, även om detta redan är reglerat i avtalet. Flera ansåg att det blir för tunt om regionens ansvar enbart skrivs som ”läkare” och föreslog istället formuleringar som ”läkare och annan specialistkompetens”, vilket även förekommer i andra delar av avtalen. Samtidigt konstaterades att det inte går att täcka in alla professioner i skrivningen och att kompetensbehov förändras över tid.

Man lyfte exempel som dietister och logopedier och frågade vad ett borttagande av begreppet ”övriga professioner” skulle innebära för kommunerna. Det framhölls att dietistkompetensen inte försvinner för att den inte står i avtalet, då den fortfarande ges på läkarordination och bemannas med nödvändig kompetens. DSSK-frågan togs också upp – om kommunen har ansvar för sjuksköterskekompetens omfattar det även DSSK, medan regionen ansvarar för specialiserad vård.

En återkommande farhåga från kommunerna är att regionen i framtiden kan ändra ansvarsfördelningen och föra över fler professioner till kommunerna, exempelvis dietister.

Flera deltagare lyfte att avtalen alltid kommer behöva ett visst handlingsutrymme för att hantera nya behov och professioner, och att det därför är viktigt att juristerna gör en tydlig genomgång av vad som faktiskt skatteväxlar. Ett möjligt förslag är att behålla en formulering som inkluderar ”annan specialistkompetens” för att lugna kommunerna, men undvika att definiera kompetenser för detaljerat i själva avtalet. Tekniska framsteg och förändrade arbetssätt kan på sikt ersätta eller förändra professionernas roll, vilket talar för att inte låsa skrivningen för hårt.

Regionen uttryckte oro för att en kommun skulle säga nej till att ta emot en viss person på grund av bristande kompetens, men detta kan i så fall hanteras via den befintliga eskaleringstrappan. En idé som kom upp var att ta fram en bilaga som ger bakgrund och förklarar resonemangen, vilket skulle kunna underlätta förståelsen av avtalet.



Slutsatsen blev att frågan behöver tas ett varv till med juristerna, med fokus på tydliggörande av vad som är skatteväxlat och hur ansvarsfördelningen ska uttryckas.

Utökad omfattning av primärvård – Avsnittet tas bort och ersätts med en formulering i den inledande texten.

Frekvens och Långvarigt behov - Efter många överväganden kring antal dagar och veckor har vi kommit fram till att det inte gynnar någon att ange en exakt tidsgräns. Bedömningen behöver istället utgå från det individuella behovet. Man har därför landat i följande:

”Grundprincipen är att regionen 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 insatserna behöver ges mer regelbundet. Om det redan från början kan förutses att behovet är långvarigt, och/eller har en högre frekvens, bör det från start hanteras inom kommunal primärvård.

En helhetsbedömning görs utifrån en kombination av behovets varaktighet, frekvens och en resurseffektiv användning av parternas sammanlagda resurser. Utgångspunkten är alltid personcentrerad hälso- och sjukvård, och vad som är bäst för den enskilda patientens trygghet och kontinuitet.”

Regionens ansvar:

Patienter som utan större svårighet, i form av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning, kan ta sig till regionens 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.

Kommunens ansvar:

Patient som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till regionens mottagningar utan större svårighet, liksom när behov bedöms kvarstå över längre tid, och där det finns ett behov av mer regelbundna insatser i hemmet.

Inspel från den politiska referensgruppen:

Styrgrupperna har gett positiv respons. Förändringen handlar inte om att ge mer tid, utan om att möjliggöra ett mer proaktivt gemensamt arbete framåt. Effekten kan variera mellan olika delar av länet, för vissa innebär det ingen förändring, för andra en tydlig förbättring. Deltagarna ser detta som en förbättring.

Uppföljning – Utifrån avtalsskrivning och överenskommelserna, tagit del av remissvaren, landat på en övergripande beskrivning. Svårt att reglera på indikatorsnivå då det kommer förändras över tid. Måste vara ett ansvar för



länsgemensamt politiskt forum. Medvetet benämnt på ett generellt sätt, utan att namnge denne grupp då den kan komma att ändras över tid. Även lagt in detta i definitionslistan. På konferenserna kommer vi att förklara att det anser SRO som finns i dagsläget.

Överenskommelser – Underavtal

Överenskommelserna fortsätter benämnas som just överenskommelser, men tydliggörs i titel och inledning som underavtal till huvudavtalet. De kan sägas upp separat utan att hela avtalet faller. Påpekades även att vissa språkliga justeringar återstår.

Namnförslag

Endast munhälsa har fått justerad titel:

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

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

Frågan väcktes om överenskommelsen fortsatt ska reglera samarbete kring personer med tvångsvård. I förslaget ingår fyra målgrupper, men flera remissvar ifrågasätter om tvångsvård bör hanteras i ett annat styrdokument. Regionen betonar att målgruppen bör finnas kvar för att säkerställa tydlig styrning och för att undvika tidskrävande omarbetning av hela överenskommelsen. En sådan omarbetning kommer ändå att krävas när samsjuklighetsutredningen är klar.

Det finns starkt politiskt engagemang i regionen för psykisk hälsa och en vilja att arbeta närmare kommunerna i dessa frågor. Samtidigt finns förståelse för att tvångsvård kan upplevas som obekvämt att reglera på kommunnivå.

Inspel från den politiska referensgruppen:

Målgrupperna bedöms hänga ihop och överenskommelsen ses som omfattande, men nödvändig.

Övriga stora frågor

Kommunernas betalningsansvar



Från regionens sida finns en vilja att ta bort överenskommelsen helt, men trots remissvar som pekar i samma riktning har man valt att låta den ligga kvar. Bedömningen är att den behöver utvecklas och förbättras. Flera kommuner uttryckte att det är bra att frågan lyfts, men påpekade samtidigt att många förvaltningar i sina remissvar framfört en önskan om att återgå till det lagstadgade systemet. Kommunerna upplever en press, men det konstaterades att problemen främst varit begränsade till ett fåtal kommuner.

Patientsäkerhet

Ett arbete pågick under våren och det finns nu ett förslag på riktlinje som ska färdigställas i enlighet med justeringarna i avtalet. Förslaget kommer att skickas på remiss och kan komma ut samtidigt som huvudavtalet och överenskommelserna. Här ingår även den nya eskaleringstrappan för hantering av oenighet och tvister.

Eskaleringstrappan

Den senaste versionen av eskaleringstrappan presenterades. De fyra pilarna i modellen ska symbolisera förbättringsarbetet. Vid oenighet som inte kan lösas lokalt tas ärendet vidare till steg 1 i trappan, men patienten ska alltid få en tillfällig lösning utan dröjsmål. Ekonomisk reglering kan ske på samtliga nivåer, men i praktiken är det enbart på högsta politiska nivå som mandat för detta finns. En gemensam organisation för hanteringen ska byggas upp, med målsättningen att hitta enhetliga lösningar för alla parter.

Avslut

Avslutningsvis berördes profession/kompetensfrågan och giltighetstiden för avtalet. Båda alternativ skickas med, men rekommendationen är att välja alternativ 1.

Det framfördes ett önskemål om fortsatt samarbete med den politiska referensgruppen, med förlängt uppdrag till dess att beslut fattats. Ett kort tjänsteutlåtande ska tas fram till SRO i slutet av 2026, vid mandatperiodens slut. Referensgruppen ska nu försöka hitta tider för möten via mejl, med planerings beslut nästa torsdag.

Vidare noterades att nya mallar för avtal och överenskommelser ska tas fram, så att de kan användas som styrdokument framåt. Slutligen informerades om att Martin Sande kommer att leda en utvärdering, följt av en avslutningsmiddag för arbetsgruppen.

Vid anteckningarna:

Isabelle Alknäs