

Mötesanteckning

Arbetsgrupp nytt hälso- och sjukvårdsavtal

Datum: 2025-08-06

Tid: 09:00 – 17:00

Mötesform: Fysiskt, Lokal Bommen

Kallade: Se lista.

Region

Jenny Nilsson, Västra Götalandsregionen

Isabelle Alknäs, Västra Götalandsregionen

Jeanette Rehn, Regionhälsan

Markus Jonebrant, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Christina Nyström, Sjukhusen i Väster

Karolina Wedne Lindberg, Närhälsan

Snezana Hadziselimovic, Medtanken Group

Kommun

Malin Swärd Davidsson, Västkom

Marie Elm, Borås kommunalförbund

Eva-Maria Persdotter, Fyrbodals kommunalförbund

Mona Månsson, Göteborgs Stad (*förhindrad*)

Elisabeth Lindholm, Skaraborgs kommunalförbund

Maria Ljung, Göteborgs Stad

Inledning

Mötet inleddes med en påminnelse om vikten av att knyta an till de frågor som parkerades under gårdagens diskussion. Det lyftes att varje avsnitt behöver beskrivas tydligare, men utan att gå till överdrift, målet är att hitta en balans mellan det mest akuta och det övergripande, och att inte formulera texterna utifrån "värsta fall", utan snarare utifrån en rimlig nivå för lösningar framåt.

Det betonades att vi ska undvika att skriva in för mycket detaljer i form av siffror, tidsangivelser eller liknande, då det riskerar att leda till olika tolkningar. Det går inte att lösa allt i detta skede, och det är viktigt att komma ihåg att avtalet ska vara framåtblickande, inte enbart spegla nuläget. Diskussionerna tenderar att landa i hur det fungerar idag, men vi behöver påminna oss om vad våra politiker har uttryckt, och vad som lyftes på dialogkonferenserna, som grund för det fortsatta arbetet.

ÖK Betalningsansvar – Malin har tagit fram ett förslag på ny text, med fokus på att tydligt betona vikten av en trygg och säker vård utanför slutenvården. I den tidigare versionen framgår redan att det är läkaren som gör bedömningen, och förslaget är därför att ta bort de aktuella styckena helt.

Det lyftes dock att meningen eventuellt behöver vara kvar med hänvisning till återkommande problem med obetalda fakturor. Samtidigt påpekades det att vi inte bör skriva in texter som enbart syftar till att hantera nuvarande problematik, avtalet ska vara framåtsyftande. Det är viktigt att återkoppla till vad som kommit in via remissvaren i den här frågan. Därför är det möjligt att ta bort meningen ur avtalstexten, men inte ur dialogen.

Man uppmärksammade även att begreppen dygn och dagar blandas i texterna, vilket behöver ses över. Malin och Jenny ansvarar för att gå igenom avsnittet om uppföljning och jämföra nuvarande text med remissutgåvan.

Munhälsa – Diskussion fördes särskilt kring målformuleringarna och syftet med dokumentet. Formuleringen ”uppsökande och nödvändig tandvård” behålls, då den är hämtad direkt från lagstiftningen.

Det föreslogs att meningen som beskriver vilka personer överenskommelsen omfattar, exempelvis ”enskilde” eller ”brukare”, ska användas konsekvent i samtliga ÖK.

Flera redaktionella justeringar gjordes under mötets gång. Gruppen enades om att behålla formuleringen ”vid behov” när det gäller deltagande i utbildningar, eftersom det inte är ett formellt krav.

Begreppet ”omvårdnadspersonal” ändras till ”berörd personal inom vård och omsorg” för att säkerställa ett enhetligt språkbruk genom hela dokumentet.

Läkaransvar – I inledningen hänvisas det till två avtal, medan det på andra ställen endast finns en hänvisning. Diskussion fördes kring om båda hänvisningarna ska behållas eller om de ska tas bort helt för att skapa konsekvens. Juristerna förespråkar att behålla flera hänvisningar. Flera ord och begrepp justerades till sina grundformer för tydligare och mer enhetligt språk. Det ansågs också vara bra att formulera om begreppet kring medicinsk vårdplan. Remissvaren visar på synpunkter på avsnittet om brytpunktssamtal, vilket noterades för vidare bearbetning.

Avtalet

Under mötet gjordes ett antal redaktionella ändringar, bland annat genom att lägga till ”VGR” på flera ställen. Det betonades att hela namn först bör skrivas ut innan förkortningar används, samt att vissa ordningar i meningar justerades för ökad tydlighet. Gruppen diskuterade även om vissa länkar i dokumentet bör placeras i fotnoter i stället för löpande text. Det är viktigt att se till att alla delar hänger ihop inför den läsversion som ska tas fram.

Det lyftes att texten i vissa delar upplevs som överflödigt, och att det behöver klargöras vad som faktiskt ska förmedlas.

En särskild diskussion fördes kring den förklarande texten om vad som sker om en kommun säger upp avtalet. Gruppen var enig om att detta stycke bör tas bort från själva avtalet och eventuellt hanteras i en bilaga. Gruppen beslutade även att stryka stycket om tillämpningar.

Det påpekades att det finns många andra avtal som inte specificerar tillämpning eller målgrupp, och att detta inte har lyfts som problem i andra sammanhang. Regionen vill utifrån remissvar ändra formuleringarna kring målgruppen, medan kommunen anser att förändringar i detta skede är för omfattande. Ett förslag är att skriva ”ska tillämpas av...” som en mildare formulering. Gruppen betonade vikten av att inte ändra för mycket i detta skede.

Det diskuterades att det bör finnas en nedre gräns för hur många som behöver skriva på avtalet, med ett riktmärke satt till 40–44 kommuner. Vad som sker om färre än detta antal ansluter bör formuleras, men nödvändigtvis inte i själva avtalet. Detta är en fråga som behöver lyftas till en högre beslutsnivå.

Text om förskrivning ifrågasattes, en ansåg att den inte stämmer, och föreslog att man återgår till formuleringen i remissutgåvan. Det noterades också att begreppet "funktionsnedsättning" återkommit som synpunkt i flera remissvar och därför kan behöva justeras.

Diskussion fördes kring begreppet "gränsdragning", om det är bättre att i stället tala om att gränsen är dynamisk. Många remissinstanser har haft synpunkter på detta. Att ändra till ny formulering vore en stor omställning. Det har föreslagits att en instans eller ett forum behöver fatta beslut från fall till fall, men arbetsgruppen har inte mandat att besluta om detta. Konsensus var att en mer övergripande skrivning är att föredra. Förändringarna inom medicin, teknik och kompetens är snarare en utveckling än en skarp gränsdragning, och därför bör det framgå att det krävs en kontinuerlig dialog snarare än reglering.

Begrepp

Gruppen beslutade att det genomgående begreppet ska vara "överenskommelse" – inte "underavtal" eller andra benämningar.

Långvarigt behov och ansvarsfördelning - Det konstaterades att ingen region i Sverige har satt någon exakt tidsgräns, men det finns behov av att ändå ge en riktning. Enighet nåddes om att om ett långvarigt behov kan förutses redan från början, bör det räknas som ett kommunalt ansvar direkt.

Diskussionen kretsade kring två-treveckorsgränsen och hur den kan relateras till patientens behov:

- Upp till 2 veckor, oavsett frekvens = regionens ansvar
- Över 2 veckor, med minst ett besök per vecka = kommunens ansvar

Man var också överens om att kontinuitet är viktigare än frekvens, att regelbundna kontakter väger tyngre än antalet besök per vecka.

Förslaget som diskuterades var att sätta en riktlinje om att det kan handla om max 5 hembesök under en 3-veckorsperiod, vilket tydligare kopplar frekvens till ansvarsfördelningen.

Vid bedömning av ansvar ska både förväntad längd på insats och besöksfrekvens vägas in. Det lyftes att detta skulle innebära en stor förändring för vårdcentralerna, som i dagsläget inte genomför hembesök i denna omfattning.

Det noterades även att det bör finnas ett minimikrav: minst ett hembesök per vecka, inte mer sällan.

Vid kortvarigt behov - Vid utskrivning från slutenvården, när det handlar om enstaka insatser i hemmet, ligger ansvaret hos regional primärvård. Detta tydliggörs genom att den regionala primärvården ansvarar för enstaka hembesök i dessa situationer.

Vid anteckningarna:

Isabelle Alknäs