



# Mötesanteckning

## Arbetsgrupp nytt hälso- och sjukvårdsavtal

Datum: 2024-09-16

Tid: 09:00-15:00

Mötesform: Fysiskt möte, Göteborg

### Region

Jenny Nilsson, Västra Götalandsregionen, del av dagen

Jeanette Rehn, Regionhälsan, del av dagen

Markus Jonebrant, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Christina Nyström, Sjukhusen i Väster

Karolina Wedne Lindberg, Närhälsan

Snezana Hadziselimovic, Medtanken Group  
citysjukhuset

### Kommun

Malin Swärd Danielsson, VästKom

Marie Elm, Borås kommunalförbund

Maria Ljung, Göteborgs Stad

Mona Månsson, Göteborgs Stad

### Dagordning

#### 1. Incheckning

Positivt att träffas igen, ser fram emot de dialoger vi har framför oss kring bland annat ansvar. Hur förhåller vi oss till färdplanen då vi har en kommun som inte ställt sig bakom den.

Viktiga huvudprinciper; personcentrering, egenvård se människors styrkor.

Viktigt att få tillgång till uppdragshandlingen då den är vägledande för vårt arbete.

Svårighet att vara övergripande men även se detaljer. Viktigt att komma igång med det konkreta arbetet.

Ta hjälp av juristerna för att begränsa tolkningsutrymme.

Behöver landa innan det skrivs ner. Bearbetning i tanken.

#### 2. Spelregler och målbild

- Transparens, vi kommer tycka olika i frågor behöver finnas en öppenhet i gruppen
- Tillit och förståelse för varandras åsikter
- **Det som sägs i rummet stannar i rummet**



- Kunna tänka högt i rummet
- Närvarande – lägger vi en incheckning i början av varje möte
- Processledare ansvarar för att fördela ordet och sammanfattar
- Öppenhet
- Vilja hitta nya lösningar, våga tänka nytt
- Inga ämnen är förbjudna att prata om
- Våga tänka högt
- Överens om att vi alla vill ha patientens bästa för ögonen
- Styrkan är att vi har olika glasögon - ser olika på avtalet – utnyttja det.

Påminna oss om ovanstående bland annat genom att lägga högst på agendan varje gång

### 3. Målbild – dialogen utgår från en bild som visas

Vilka signaler ger bilden: våga hoppa, mod, ta fart framåt, segertecken,

Vad kan det innebära vid framtagandet av nytt hälso- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser?

- **sömlös vård** – det beror på betraktarens ögon, är det en bra benämning kan det finnas patientfall
- **kontinuitet, samverkande hälso- och sjukvård, samordnad vård**

Målbilden för hälso- och sjukvårdsavtalet behöver hänga samman med målbilden för färdplanen, så de inte ger olika budskap.

#### *En god och nära vård*

- *utgår från individuella förutsättningar och behov.*
- *bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.*
- *bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit.*

#### Gruppens målbild med avtalet

Avtalet skall vara ett **stödjande avtal**

Skall innehålla **att:et och vad:et** men inte hur:et.

**Samordnad vård - samverkande** Hälso och sjukvård som stödjer våra prioriteringar

Vi har pratat om en sömlös vård! - vad betyder det för den enskilde - är det verkligen rätt begrepp att använda, hellre använda samordnande och samverkande.



Patientens eget ansvar behöver komma fram tydligare

Hur lyfter man fram individens egen förmåga och ansvar - **Egenvården**

Förändra beteendet hos befolkningen – hur kommunicerar vi ut tex egenvård att det är basen till invånarna, behöver styra resurserna och göra rätt saker i vården.

Alla parter har ett ansvar att utbilda, utreda och bedöma den enskildes förmåga.

Innan vården tar över – vi måste få invånarna att ta ansvar. I tex SIP kan man utreda vad den enskilde själv kan göra. I stället för att hänvisa till PV från Specialiserad vård så bör man i första hand utbilda patienten och lämna information om vart de vänder sig om de får behov. Struktur och tydlighet behövs

Patient kontrakt kan vara ett verktyg.

SIP – utgå från vad patienten kan göra själv i planeringen

Viktigt att vara toleranta och acceptera om det inte blir helt enligt regelboken

Millennium: nya begrepp så som "Min plan", "bakgrundsinformation"

Parkerat: olika begrepp, kommer nya ibland annat i och med Millennium

Hamnar vi i "resursträsket" hur ska vi se på behoven, prioriteringarna, nivåer

Hur ser vi på vården? Vi i rummet ser det som en cirkel med patienten i mitten, en ständig rörelse in och ut i olika system/behov,

Man kan se det som en Trappa, pyramid, cirkel ...

**Vårdnivåer** – gemensam primärvårdsnivå - viktigt med vårdnivåer

Ansvar

Saknar en gemensam prioriteringsmodell på primärvårdsnivå

Kompetens och patientsäkerhet

Hur leva upp till ansvaret på primärvårdsnivå då det samtidigt innebär mer och mer komplexa patienter

Pat. Fall:

Trakpatienter – sällanpatienter, rekommenderar stödja möjligheter i avtalet. Men läns-gemensam styrning i separat arbete/dokument.

Ekonomiska regleringar

- Asylsökande
- Utlandssvenskar
- Sanktionsmöjligheter – om man inte tar sitt ansvar, förutsätter att man varit informerad



- (Förtroendeförskrivning)

Hålla varandra informerade, bjuda in innan färdiga koncept.

Köpa vård av varandra

Vi kommer få fler patienter med många olika behov.

”Det nya normala”

Hur kommunicerar vi med varandra för att upprätthålla patientsäkerheten även när vi är många involverade.

Kommunikation är en nyckelfaktor – både att man kommunicerar, men också hur (fax eller inte)

Definiera det vi inte får med i ett avtal samt vart skall det finnas i förhållande till HoS avtalet? Såsom RMR:er, ansvarfördelningar...

Det finns tex en styrning via regionens RMR

#### 4. Vad behöver Kommunen och regionen för att känna sig trygga med ett avtal?

*Vad behöver kommunen och vad behöver regionen*

Vad är ett modernt avtal

- Spännvidd större än tidigare från de allra svåraste patienterna till de som klarar sig själva
- Viktigt att det framgår att vi tillsammans agerar och har ansvar på primärvårdsnivå
- Gemensamt primärvårdsansvar, KPV och RPV
- ansvarsgränsen mellan primärvård och specialiserad vård är viktigt i ett avtal
- ansvar och utförare behöver inte vara samma part
- beskriva ansvaret
- HSV ssk känner sig ensamma
- olika ansvarsnivåer kring patienten
- Att hitta sätt att arbeta gemensamt
- Viktigt att ha ett ordnat införande i övertagande av nya uppgifter, t ex när kommunen tog över zoledronsyra behandling
- klargöra förutsättningar – tillgänglighet
- vem är fast läkarkontakt, vilket ansvar har var och en i teamet, plan
- kontinuitet
- Hur:et ska inte stå i ett avtal
- kompetens – hur säkerställs den över tid? varje parts ansvar att kompetens höjas, vid utskrivning av patienter – sker utbildningsinsats – man ser att det blir ett problem när man efter ett tag bytt ut personalen – tappat kompetens.



- Uppmuntra till gemensam kompetensutveckling
- Utvecklingsområden: Föreslå målgrupper eller att man bör identifiera målgrupper där gemensamma utbildnings insaster behövs
- i ett nytt avtal: koncentrera det på Vad och Att
- pågår ett arbete att tydliggöra vårdens processer och hur kan det stödja "vårt arbete" - **viktigt att komma ihåg** att vi skriver ett avtal och att vi inte fastnar i att anpassa till övriga processer som är på gång - de får anpassa sig efter avtalet
- Vi identifierar att det arbetas på väldigt många olika sätt i länet
- Kontinuitet
- Kontinuerlighet
- Sanktioner – att detta känns jobbigt och att det inte främjar samverkan

### **Vad är det som gör att vi känner oss trygga!**

Viktigt att vi vågar lyfta det i arbetsgruppen samt att återkomma till detta om vi upplever att det är nya saker som vi funderar på, upp med sakerna på bordet

#### 5. Gemensam bild av nytt avtal och överenskommelser

- Tydligt, möjliggöra, modernt avtal, hållbart över tid, övergripande
- Rubriker att förhålla oss till t.ex. vård i hemmet, kompetens/handledning/utbildning, förändrade arbetssätt
- Utgå från primärvårdsnivå
- Kommunicera gemensamma frågor
- Implementering och Uppföljning, egenkontroller.
- Förväntan för de vi är till för
- Omhänderta det svåraste frågorna på länsnivå
- Länsgemensamma styrdokument kring vissa specifika områden: trak, palliativ vård m.m.
- Förutom definitioner även beskriva olika typer av styrdokument och förhållande till varandra, tex i en bild
- Hur gör man avtalet mer levande
- Ska utveckling ligga i färdplanen?
- Delregionala möjligheter/tillämpning av länsgemensamma riktlinjer och rutiner
- n- och utskrivning, även beskriva inskrivning
- Samma språk i avtal och samtliga ÖK
- "hur gör vi när tiden inte räcker", hur komplex är "en patient" – stöd för prioritering. Vi kan behöva beskriva prioritering av svårt sjuka för att tydliggöra problematiken. Tiden för hela arbetet behöver prioriteras.
- Avtal och ÖK behöver peka på vikten av egenvård, digitalisering först.
- Tydliga i vadet, i det individuella ärendet kan man gå "över ansvarsgränser"



- Ev. lista områden av vikt i avtalet, men undvika texter som finns i andra dokument
- Lagtext och möjlighet att avtala om "hemsjukvård"

## 6. Ansvar – dialog

[Hälso- och sjukvårdslagen](#), HSL, är den lag som reglerar grundläggande skyldigheter för Västra Götalandsregion, VGR och för kommunerna i Västra Götaland. Hälso- och sjukvårdsansvaret för VGR och kommunen regleras i 8 kap. 6 § och 12 kap. 1-3 § samt 14 kap. 1 § HSL (2017:30), och ansvaret omfattar även rehabilitering, habilitering och hjälpmedel samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. För tandvård finns särskilda bestämmelser. Lag (1992:567).

### **Patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 12 kap. 1 § HSL (2017:30):**

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service (5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL).
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Sedan regionbildningen 1999 har kommunen även ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende enligt 12 kap. 2 § HSL (2017:30)

### **Gemensamt ansvar**

"För patienter med kommunal primärvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan VGR ansvarar för läkare och övriga kompetenser"

- Ansvarsfördelning och samverkan ska alltid grundas i patientsäkerhet
- Patienten ska uppleva trygghet, säkerhet, kontinuitet och värdighet

### **Dialog:**

- Otydligt kring andra professioner än läkare, som tex dietist, logoped
- Otydligt kring vart ansvar för logoped finns
- Hur kan vi få en gemensam primärvård "på riktigt"
- Tolkning primärvård i förhållande till specialistnivå
- Allas ansvar behöver tydliggöras i ett avtal
- Är det individer som inte sköter sig eller krävs andra typer av formulering

## 7. Vårdnivå – dialog

Exempel från Skåne, insats från socialtjänst ligger på samma nivå som innan den specialiserade vården tog över hälso- och sjukvårdsansvar i samband med "sjukhusvård i hemmet". Det vill säga ingen utökad tid för socialtjänstens under pågående "sjukhusvård i hemmet".



## 8. Vård i hemmet – dialog

## 9. Att lyfta till juristerna

Malin och Jenny stämmer av rubriker av vikt i avtal och överenskommelser

## 10. Inför nästa möte

- Omvärldsbevakning både utifrån avtalsform och ansvar, vårdnivå och vård i hemmet. Ett underlag med länkar till andra hälso- och sjukvårdsavtal kommer läggas upp på vår samarbetsyta samt mailas ut då behörigheterna till ytan ännu inte är klara
- Fundera på och ta med exempel på komplicerade fall där ansvarsfrågan är/Kan bli otydlig
- Uppdragshandling för arbetsgruppen – Jenny och Malin
- Säkerställa åtkomst till samarbetsytan för arbetsgruppen - Isabelle
- Upprätta dokument för "Begrepp av betydelse" på samarbetsytan, alla tar ansvar för att fylla på
- Ett gemensamt dokument för frågeställningar är upprättat på samarbetsytan.
- Dagens parkerade frågor lyfts in till dokumentet. Alla tar ansvar för att fylla på med frågeställningar som uppstår vid och mellan möten i arbetsgruppen
- Malin och Jenny tar fram förslag på bild som redogör för olika styrdokument och dess inbördes ordning
- 

## 11. Skriftlig information

- **Gemensam operativ styrgrupp 13 september**  
Förbereder för att samla politiker i januari/februari för gemensam dialog.  
I styrgruppen pågår dialog och framtagande av tidsplan inför planerat ställningstagande vid SRO i november  
Ekonom inte aktuellt att koppla till arbetsgruppen i nuläget men behovet bevakas
- **Vårdsamverkan Västra Götaland 12 september**  
VVG är informerade om att arbetet är uppstartat och frågan är lyft till VVG om delaktighet under processen. Hälso- och sjukvårdsavtalet kommer finnas som en stående punkt på agendan.  
Delregional vårdsamverkan är efter VVG kontaktade för att träffa processledarna och ge inspel av vikt för arbetsgruppens fortsatta arbete.

*Vid anteckningarna: Malin Swärd Davidsson*