

Datum: 2022-08-16
Handläggare: Ingela Oscarsson/ Anita Hedström

Beteckning: 2022.081 VON

Bilaga till tjänsteskrivelse Hälsa- och sjukvårdsavtal med tillhörande överenskommelser

Sammanfattning

Kommunen har erhållit förslag på ett reviderat hälso- och sjukvårdsavtal som reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvården mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen (VGR).

Det finns flera delar i avtalet som gör att vård- och omsorgsförvaltningens bedömning är att kommunen inte bör skriva under avtalet.

Vård och omsorgsförvaltningen gör bedömningen att avtalet inte ger önskad tydlighet kring kommunens respektive VGR primärvårdsansvar. I avtalsförslaget finns ett antal skrivningar som innebär en förskjutning av arbetsuppgifter och ansvar, vilket troligtvis medför både kostnadsökningar och utmaningar när det gäller bemanning och kompetens för kommunen. Otydligheten avser både det materiella innehållet och det ekonomiska ansvaret. Det bedöms dessutom oklart/tveksamt om skrivningarna är förenliga med gällande lagstiftning

Vård- och omsorgsförvaltningen anser att samverkan mellan olika huvudmän och aktörer är en förutsättning för att kunna leverera välfärdstjänster som utgår från invånarnas behov även i framtiden. Den samverkan som sker mellan kommunen och VGR i dag är inte helt problemfri när uppfattningen gällande ansvarsgränser skiljer sig åt. Patienter som har behov av både primärvård och specialiserad vård i hemmet ska få en personcentrerad och samordnad vård där både kommun och VGR är sjukvårdshuvudmän. Eftersom avtalet inte tydliggör formkrav och ansvarsfördelning ser vård- och omsorgsförvaltningen det som en risk för framtida konflikter vilka kan innebära att enskilda medarbetare kommer i kläm, såväl som patienter. Det saknas också beskrivningar på hur samordning och samverkan ska ske.

Vad som ska ingå i den kommunala primärvården bör bestämmas gemensamt mellan de 49 kommunerna och VGR, inte genom lokala överenskommelser i enskilda fall. Det öppnar upp för ojämlig vård, inte bara mellan kommunerna men även mellan enskilda kommuninvånare.

Göteborgsregionen och VästKom har beslutat att rekommendera kommunerna att skriva under avtalet. Vård- och omsorgsförvaltningen har efterfrågat vilka konsekvenser som ett eventuellt nej till avtalet skulle innebära. Något tydligt svar har inte kunnat erhållas. Det har hänvisats till att det i nuläget inte är möjligt att beskriva samtliga juridiska konsekvenser av att vissa kommuner tecknar avtal och andra inte.

Inledning

Kommunen har erhållit förslag på ett reviderat hälso- och sjukvårdsavtal som reglerar samverkan och ansvar för hälso- och sjukvården mellan länets 49 kommuner och Västra Götalandsregionen (VGR). Västra Götalands 49 kommuner och VGR har sedan 1999 reglerat samverkan och ansvarsfördelning för hälso- och sjukvårdsansvar i ett Hälso- och sjukvårdsavtal. I revidering inför ny avtalsperiod omfattar avtalet även fyra överenskommelser som berör områden som huvudmännen enligt lag är skyldiga att samverka/ komma överens om. Dessa överenskommelser ligger med som bilagor till avtalet.

Avtalet har tidigare varit på remiss och kommunen valde då att säga nej till avtalet om inte lämnade synpunkter beaktades, se Dnr 2021.230VON § 82. Vissa förändringar har gjorts i förslaget, men det ser till största delen ut som i remissversionen. Barn- och ungdomsförvaltningen och Socialförvaltningen var delaktiga i arbetet kring remissen tillsammans med vård- och omsorgsförvaltningen. Beslut om remissen fattades endast i vård- och omsorgsnämnden

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland ska ligga till grund för en god och säker vård för de personer som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från både kommunerna och VGR. Bakgrunden till att kommunen i samband med ädelreformen 1992 blev en sjukvårdshuvudman beskrivs i prop. 1990/91:14. Syftet var att säkerställa en sammanhållen vård och omsorg för äldre personer och personer med funktionsnedsättning på särskilda boenden.

VGR är den huvudman som är primärt ansvarig för hemsjukvården. VGR och kommunerna inom regionen har sedan regionbildningen 1999 en överenskommelse om att ta över ansvaret för hemsjukvård enligt möjligheten i 14 kap. 1 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Genom möjligheten att överlåta ansvaret för hemsjukvården utvidgas kommunens kommunala befogenhet, det vill säga uppgifter som ankommer på kommunen enligt kommunallagen (2017:725), KL eller annan speciallagstiftning. Samverkan mellan kommunen och VGR kan endast ske kring kommunala uppgifter när det finns stöd genom bestämmelser i lag eller författning. Exempelvis finns det bestämmelser kring samverkan mellan kommuner och regioner kring utskrivningsklara patienter från den slutna vården i lagen (2017:612).

Ansvar för primärvård

VGR och kommunen har ett gemensamt huvudmannaskap för primärvården.

Det finns lagstöd för VGR att lämna över ansvaret för hemsjukvård. Var gränsen går mellan den hälso- och sjukvård som kommunen enligt lagstiftning ska eller får bedriva och den hälso- och sjukvård det åligger VGR att ansvara för är i vissa delar oklart. I förarbetena till nuvarande lagstiftning har den hälso- och sjukvård som kommunen har befogenhet att bedriva beskrivits som upp till "primärvårdsnivå". Definitionen av primärvård i lagtexten återfinnes i 2 kap. 6 § HSL och primärvårdens grunduppdrag

redogörs för i det nya kapitlet 13 a i HSL. Primärvården är ingen statisk vårdnivå utan vilka hälso- och sjukuppgifter som ingår i primärvården kan och kommer troligtvis att förändras över tid.

Ett hälso-och sjukvårdsavtal mellan VGR och kommunen bör alltså endast reglera det gemensamma kompetensområdet, det vill säga primärvården. Vård- och omsorgsförvaltningen ser det därför som positivt att det, efter remissversionen, har tydliggjorts att kommunens huvudmannaskap är på primärvårdsnivå.

Avtalssamverkan endast kan avse sådant som faller inom den kommunala befogenheten. En kommun eller en region får alltså inte genom avtalssamverkan uppdra åt en annan kommun eller en annan region att utföra uppgifter som den inte får utföra själv (se prop. 2017/18:151 s 33).

Specialiserad vård

Avtalet uppfattas inte som helt konsekvent och förvaltningen tolkar avtalet som att det fortfarande saknas en distinktion i ansvarsfrågan. I avtalets inledande stycke står det att *"Regionen har ansvar för specialiserad vård som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens även om insatsen utförs av primärvården"*.

Om VGR bedömer att den regionfinansierade primärvården även kan utföra specialiserad vård som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens behöver det inte regleras i ett avtal med kommunen. Avtalet bör således inte insinuera att någon annan part än VGR ska utföra specialistvårdsinsatser.

I "Hälso- och sjukvård – gränsdragningsfrågor mellan VGR och kommun" daterad 2019-11-20 skriver Ellinor Englund och Anna Åberg, SKR Avdelningen för juridik, att ett formellt hinder för delegering torde vara kommunallagen samt hälso- och sjukvårdslagen varav det framgår att det inte är möjligt för en kommun eller en region att ta hand om sådana angelägenheter som enbart ska handhas av staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan. Sådan hälso- och sjukvård som enbart regionen ska ha hand om kan därmed inte kommunen ansvara för. Att ansvarsgränsen inte är möjlig att ändra genom kommunala beslut eller avtal framgår av RÅ 1997 ref. 9.

Englund och Åberg beskriver även regleringen för medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) 11 kap. 4 § HSL, som bland annat ska ansvara för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde samt att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten, 4 kap. 6 § 1 och 4 hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80] och att även denna reglering torde påverka möjligheten att delegera över huvudmannaskapsgränsen mellan region och kommun.

I en vårdåtgärd inom ramen för specialiserad vård, förekommer det att vissa arbetsuppgifter ryms inom primärvårdsnivån. Som en del av ett samordnat personcentrerat arbetssätt kan den kommunala primärvården medverka i den specialiserade vården genom att utföra arbetsuppgifter som faller inom primärvård. Det

bedöms dock inte möjligt med nuvarande lagstiftning att medarbetare inom den kommunala hälso- och sjukvården utför arbetsuppgifter som ingår i den specialiserade vården.

Vård- och omsorgsförvaltningen ställer sig frågande till hur MAS ska kunna ansvara för bedömning av att delegeringsbeslut som avser utförandet av specialiserad vård är patientsäker, eftersom det inte ligger i kommunens uppdrag att tillhanda hålla de resurser som kan komma att krävas för utförandet.

Av uppdragshandlingen avseende revidering av hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götalands län, från SRO daterad 2020-09-02 framgår bland annat "att till hälso- och sjukvårdsavtalet beskriva, definiera samt ta fram förslag för kommunens respektive regionens ansvar och åtagande för specialiserad hälso- och sjukvård, samordning och samverkan för personer som vårdas i hemmet; till exempel samverkan vid specialiserad palliativ vård, närsjukvårdsteam, dialys och syrgasbehandling i hemmet eller annan specialiserad/avancerad hälso- och sjukvård" samt "beskriva behovet av resursförändringar hos huvudmännen; t ex kompetens och bemanning."

Samverkan

Kännedomen kring problematiken med samverkan mellan regioner och kommuner gällande hur hälso- och sjukvårdsinsatser kan ges i den enskildes hem är inget nytt. Ett antal remissinstanser för den statliga utredningen *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)* tog upp problematiken, där även VGR och SKR, se remissyttrande av Regionstyrelsen, VGR daterat 2020-09-08, RS 2020-02766. SKR lämnade även genom sektionschef Emma Spak ett särskilt yttrande som bland annat tog upp följande;

"Tyvärr riskerar utredningens förslag på detta område att inte vara tillräckliga för att lösa den problematik som nu finns kring samverkan mellan regioner och kommuner gällande hur hälso- och sjukvårdsinsatser kan ges i den enskildes hem."

Vård- och omsorgsförvaltningen anser att ansvarsfrågorna måste förtydligas för att avtalet ska kunna ge de förutsättningar som behövs för samverkan och personcentrerad vård över huvudmannagränserna när den medicinska utvecklingen skapar nya möjligheter.

Vidare saknas beskrivningar på hur denna samordning och samverkan ska ske. Som avtalet är utformat överläts ansvar för utförande av vård, men det borde regleras hur parterna kan utföra det gemensamma ansvaret kring individen. Exempelvis genom att regleras hur parterna kan mötas i individens hem och befogenheten att utföra olika delar av vården.

Vad som ska ingå i den kommunala primärvården bör bestämmas gemensamt mellan de 49 kommunerna och VGR, inte genom lokala överenskommelser i enskilda fall. Det öppnar upp för ojämlig vård, inte bara mellan kommunerna men även mellan enskilda kommuninvånare. Visserligen förtydligas det att det krävs en överenskommelse innan

något kontraktuellt ansvar inträffar men vård- och omsorgsförvaltningen uppmärksammar ändå en problematik med efterföljande punkter.

Arbetsgivaransvar

SKR har belyst kompetensfrågan för kommunen kring vård i hemmet, se remissyttrande till Socialdepartementet daterat 2021-10-15, dnr. 21/00855 avseende SOU 2021:37, Stärkt rätt till personlig assistans samt remissyttrande till Socialdepartementet daterat 2019-04-12, dnr. 19/00343, gällande promemorian "Behov av hjälp med andning och sondmatning".

I det sist nämnda remissyttrandet tar SKR även upp ansvarsfrågans arbetsrättsliga aspekter. Diskussionen förs främst utifrån hantering av egenvård men resonemangen är ändå i viss del tillämpliga på kommunen som arbetsgivare på vård utöver primärvård.

"Kompetensfördelningen mellan regioner och kommuner behöver hanteras, så att verksamheten kan bedrivas på ett säkert sätt både för patienter/brukare och anställd personal."

"SKL vill slutligen understryka att arbetsmiljöriskerna och riskerna för att patienten/brukaren skadas måste tas på allvar. De arbetsuppgifter som utförs av kommunerna måste ligga inom kommunernas kompetensram. Utförs arbetsuppgifter som är så avancerade att stöd inte kan ges av arbetsgivaren och arbetsgivaren inte kan avgöra om de utförs på ett korrekt sätt, kan personalen och deras närmaste chefer hamna i en svår eller omöjlig situation som t.ex. kan leda till arbetsrättsliga frågor om arbetsskyldighet."

Det är arbetsgivaren som har huvudansvaret för arbetsmiljön (3 kap. 2 § arbetsmiljölagen [1977:1160], AML) och som ska göra riskbedömningar, vidta åtgärder och göra uppföljningar. Riskbedömningar ska göras så att arbetstagare inte utsätts för risker i den fysiska miljön eller risker för att arbetstagarna utsätts för alltför hög arbetsbelastning, stress, bristande arbetsledning och kommunikation. Inträffar en olycka och risker har kunnat förutses och förebyggas, kan arbetsgivaren (chefer – beroende på hur arbetsmiljöuppgifterna fördelats) ställas till svars för arbetsmiljöbrott."

"Arbetstagare som inte har tillräcklig kunskap för att utföra avancerade hälso- och sjukvårdsåtgärder riskerar att skada både brukare och sig själva. Ansvar för skada vid egenvård bedöms enligt allmänna skadestånds- och straffrättsliga principer. Vållande till kroppsskada eller sjukdom och/eller arbetsmiljöbrott kan aktualiseras. Även andra arbetsrättsliga frågor kan aktualiseras, av enskilda eller av fackliga organisationer."

När det gäller ansvar för skador i hälso- och sjukvårdssammanhang regleras det särskilt. Hur hälso- och sjukvårdsavtalet ställer sig till kommunens problematik att kunna planera, arbetsleda och ansvara för vård som ligger utanför dess kommunala befogenhet är obesvarat.

Det uppfattas av vård- och omsorgsförvaltningen som att det finns en diskrepans kring synen mellan utförandet och ansvaret för viss hälso- och sjukvård.

Hemsjukvård

Av prop.1990/91:14 framgår att kommunen inte får utföra all hemsjukvård utan endast hemsjukvård som är kopplad till primärvården. Hemsjukvård är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Insatser av tillfällig karaktär som hälso- och sjukvårdspersonal utför i hemmet räknas inte som hemsjukvård utan som öppen hälso- och sjukvård.

Incitamentet för den regionfinansierade primärvården att se över sin organisation och tillgänglighet minskar om den kan lösa bemanningssvårigheter för kväll, helg och natt genom att låta utförandet av vården genomföras av kommunen. Det finns inget som talar för att patientgruppen som berörs av överenskommelsen nödvändigtvis har någon kontakt med hemtjänsten eller den kommunala hemsjukvården sedan tidigare.

Gränsdragning på detaljnivå för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser är en förutsättning för konkreta riskanalyser utifrån patientsäkerhetsperspektivet. Detta är grunden för att det praktiska samarbetet ska kunna genomföras på individnivå och för att hitta åtgärder för att förhindra eller begränsa risker i patientsäkerheten. Kommunen lämnade synpunkter på parternas ansvarsfördelning i remissvaret, se Dnr 2021.230VON § 82. Synpunkterna har dock inte beaktats eftersom det kvarstår formuleringar som öppnar upp för en del godtyckliga bedömningar.

Under rubriken *"Efter överenskommelse kan Kommunal primärvård även omfatta"* på s.11 i avtalet stadgas det två punkter som enligt vård- och omsorgsförvaltningens bedömning endast bör åligga VGR. Kommunen lämnade vid remisstillfället synpunkter på att dessa skulle strykas från avtalet alternativt förtydligas. Några förtydligande formkrav har inte tillkommit. Dock har rubriken ändrats från *"Kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar även"* till *"Efter överenskommelse kan Kommunal primärvård även omfatta"*.

- "Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kväll, helg och nattetid för patienter som normalt besöker Västra Götalandsregionens vårdcentraler."*
- *"Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från slutenvård som inte kan ta sig till mottagning. Det gäller endast under förutsättning att en dialog skett i samförstånd och nödvändig informationsöverföring skett som stöd för de kommunala insatserna."*

Patientgruppen som har permission från slutenvård innefattar med sannolikhet patienter i behov av specialistvård. Hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen har befogenhet att utföra är de som ingår i definitionen av hemsjukvård, vilket enligt förarbetena ligger på primärvårdens vårdnivå. Bedömningen som vård- och omsorgsförvaltningen gör är att kommunen riskerar att överskrida sin kommunala

befogenhet genom att avtala om utförandet av insatser på en annan nivå än primärvårdsnivån.

Godkännande av avtal

Göteborgsregionen och VästKom har beslutat att rekommendera kommunerna att skriva under avtalet. Vård- och omsorgsförvaltningen har efterfrågat vilka konsekvenser som ett eventuellt nej till avtalet skulle innebära. Något tydligt svar har inte kunnat erhållas. Det har hänvisats till att det i nuläget inte är möjligt att beskriva samtliga juridiska konsekvenser av att vissa kommuner tecknar avtal och andra inte.

Ekonomisk bedömning

Det pågår en förändring av hälso- och sjukvårdssystemet och en omställning till God och nära vård. Omställningen har som syfte att vård ska, i så stor utsträckning som möjligt, bedrivs nära patienterna. Förvaltningen gör bedömningen att avtalet inte ger önskade förtydliganden kring kommunens- respektive VGR primärvårdsansvar. I avtalsförslaget återfinns ett antal skrivningar som innebär en förskjutning av arbetsuppgifter och ansvar, vilket troligtvis medför både kostnadsökningar och utmaningar när det gäller bemanning och kompetens för kommunen. Otydligheten avser både det materiella innehållet och det ekonomiska ansvaret. De ekonomiska konsekvenserna för kommunen kommer således bero på hur avtalet kommer att tillämpas.

Det är svårt att få en konkret uppfattning av kostnaderna som avtalet innebär. Viss vägledning ges av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som 2020 fick i uppdrag att utvärdera omställningen till God och nära vård. De har i en delrapport 2021:8 kommit fram till att det finns få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse. Vidare skriver myndigheten att ur ett patientperspektiv finns ännu få tecken på att omställningen inneburit förbättringar och att ur ett systemperspektiv har omställningen bara lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion, men en kostnadsökning ses i kommunernas hälso- och sjukvård. Myndigheten konstaterar även att ur de yrkesverksammas perspektiv kvarstår kända brister när det gäller arbetsbelastning, bemanning och tillgången till kompetens, i primärvården.

Invånarperspektiv

All hälso- och sjukvård ska utgå från ett personcentrerat förhållningssätt, där patienten ska ges möjlighet att vara medskapare i sin vård och behandling, är viktigt att lyfta fram och det görs bra i avtalsförslaget. Avtalet syftar till att samla sjukvården runt den enskilde snarare än att skicka den enskilde mellan vårdinrättningar.

Avtalet saknar tydliga gränsdragningar för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser, vilket är en förutsättning för konkreta riskanalyser utifrån patientsäkerhetsperspektivet. Detta är grunden för att det praktiska samarbetet ska kunna genomföras på individnivå och för att hitta åtgärder för att förhindra eller begränsa risker i patientsäkerheten.