

Omvärldsanalys

Uppdrag

Gemensam nämnd för hemsjukvård och hjälpmedel (GNHH) beslutar 2024-09-11 att ge i uppdrag till Regional utvecklingsgrupp god och nära vård (RUG) att genomföra en omvärldsanalys i hur andra regioner och kommuner har valt att lösa de utmaningar som uppstår med gränsdragningar mellan olika vårdnivåer i den kommunala och regionala regin.

Angreppssätt

Regional utvecklingsgrupp god och nära vård (RUG) utsåg en arbetsgrupp bestående av verksamhetschefer HSL från respektive kommun och regionen att genomföra omvärldsanalysen.

Arbetsgruppen gick initialt igenom samtliga avtal och överenskommelser för hemsjukvård i Sverige. Därefter valde arbetsgruppen ut några regioner och kommuner för fördjupad intervju. Dessa valdes framför allt ut utifrån dess närhet till Halland. En intervjumall och fem patientfall användes som underlag vid dessa intervjuer.

Företrädare för följande regioner och kommuner har intervjuats: Västra Götalandsregionen (VGR), Skåne, Kalmar och Uppsala. Region Kronoberg och Kronobergs kommuner har tillfrågats att delta, men avböjt.

Arbetsgruppen har löpande fört dialog med RUG.

Centrala drag för alla avtal och överenskommelser för hemsjukvård

Här följer en översikt över de centrala dragen i de avtal och överenskommelser om hemsjukvård som tecknats mellan Sveriges respektive 21 regioner och dess kommuner.

Ansvars- och finansieringsmodell. Alla regioner bygger sina avtal på det nationella ramverket för hälso och sjukvårdsansvar som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) rekommenderar utifrån Hälso och sjukvårdslagen (HSL), med lokala tillägg i bilagor och riktlinjer. Finansieringsmodellerna skiljer sig åt mellan olika regioner. I majoriteten av regionerna bär kommunerna kostnad och utförande för hemsjukvård i ordinärt boende upp till och med sjuksköterske-, arbetsterapeut- och fysioterapeutfunktioner. I Halland har en särskild överenskommelse om finansiering tecknats.

Medicinska insatser och läkarinsatser. Gemensamt är att kommunerna ansvarar för grundläggande hemsjukvård upp till och med sjuksköterskenivå, medan regionerna svarar för läkarinsatser. Alla regioner har ramavtal eller bilagor för läkarinsatser i kommunal hemsjukvård. Undantaget Region Stockholm där sjuksköterskeinsatserna är kvar i regionens regi.

Informationsöverföring och vårdplanering. Avtalen reglerar också samverkan via samordnad individuell plan (SIP), informationsöverföring, rapportering för ersättning och särskilda överenskommelser för asylsökande, palliativ vård med mera. En vård och omsorgsplanering ska alltid genomföras inför beslut om inskrivning i kommunal hemsjukvård, med SIP eller motsvarande som verktyg för samordning mellan huvudmännen.

Kvalitetssäkring och uppföljning. Avtalen innehåller ofta krav på gemensamma indikatorer, årlig revision och lokala samverkansgrupper för att följa upp avtalstrohet och patientupplevelser.

Lokala variationer och specialavtal. Barnsjukvård, psykiatri, missbruk och palliativ vård regleras ofta i separata lagreglerade överenskommelser eller bilagor till huvudavtalet. Det är stora variationer i hur man har valt att hantera dessa mellan olika regioner.

Bakgrund

Invånarens behov av hälso- och sjukvård i hemmet

Ett växande antal invånare har behov av vård och omsorg i det egna hemmet. Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet spelar en central roll i att möta dessa behov och möjliggöra för individer att bo kvar hemma med bibehållen trygghet och livskvalitet. Behoven kan variera stort och omfatta allt från hjälp med daglig medicinering och personlig omvårdnad till mer omfattande sjukvård och rehabilitering.

För att säkerställa en patientsäker, personcentrerad och nära vård i hemmet krävs en välfungerande samverkan mellan kommunal och regional primärvård och specialistsjukvård. Kontinuitet och god kommunikation är avgörande för att skapa en sömlös och sammanhållen vårdkedja kring invånaren. Det finns ett behov av att stärka och utveckla samverkan mellan regionen och kommunerna för att möta de individuella behoven hos varje person som bedöms ha behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet.

I Halland är ca 4100 invånare inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Ett fåtal av dessa invånare har ett behov av mer omfattande sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser.

Definitioner och problembeskrivning

När *Överenskommelse om hemsjukvården i Halland* togs fram 2021 var viljeinriktningen att fokusera på individens behov framför gränser mellan huvudmännens ansvarsområden och det fördes dialog kring att en gränsdragning ner på detaljnivå i alla situationer riskerar skapa organisatoriska mellanrum som kan leda till att patienten inte får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda.

Sedan överenskommelsen togs fram har definitioner gällande primärvård och specialiserad vård ändrats i lagstiftningen. Den medicinsktekniska utvecklingen och möjligheten att vårda fler patienter med mer omfattande vårdbehov i hemmet har skapat ett behov av att tydliggöra vad som är primärvårdsnivå kontra specialiserad vård.

En tydlig definition och ansvarsfördelning mellan huvudmännen saknas och samsyn behövs kring vilket begrepp som ska användas för att beskriva den patientgrupp som får "specialiserad vård" i primärvården. Lagstiftningen beskriver inte idag exakt var gränsen går för vad respektive huvudman ska ansvara för.

I *Överenskommelse om hemsjukvård i Halland* definieras hemsjukvård som "hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som utförs i patientens bostad och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid". Överenskommelsens ansvarsfördelning vilar på två förutsättningar: tröskelprincipen och primärvårdsnivå.

Tröskelprincipen är en gränsdragning mellan kommunal och regional hälso- och sjukvård som innebär att kommunen ansvarar för att tillhandahålla hemsjukvård för alla som inte kan ta sig till vårdcentralen och som är inskrivna i hemsjukvården.

Primärvård definieras i överenskommelsen som "hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser". Denna definition av primärvård är hämtad från den tidigare Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2 kap. 6) innan den ändrades utefter regeringens proposition: *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård* (2019/20:164).

Sedan 1 juli 2021 definieras primärvård i Hälso- och sjukvårdslagen 2 kap 6§ HSL (2017:30) på följande vis: "primärvård svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens".

Ordet *grundläggande* när det gäller medicinsk behandling togs bort. Genom denna ändring menar regeringen i propositionen att det tydliggörs att primärvårdens uppdrag

inte är begränsad till enkla, okomplicerade insatser utan att den delen av hälso- och sjukvården även svarar för att ge mer kvalificerad vård.

I samband med lagändringen tillkom ett nytt kapitel i Hälso- och sjukvårdslagen (13 a kap. *Primärvårdens grunduppdrag*). I detta kapitel står att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska ”tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov”.

Regeringen menar i propositionen att detta kan omfatta såväl enkla som mer kvalificerade hälso- och sjukvårdstjänster. Vad som närmare avses med *vanligt förekommande vårdbehov* får avgöras av respektive huvudman.

Socialstyrelsens termbank beskriver primärvård som ”hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsningar när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper”.

Region Hallands hållning är att all vård som kan bedrivas i patientens bostad (vård som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser) är vård på primärvårdsnivå och kan således utföras av den kommunala primärvården. Här hänvisas till SKR:s skrivelse: *Specialiserad vård i hemmet*. ”Primärvården är basen och navet i vården och ansvarar för större delen av den hälso- och sjukvård som ges i hemmet. Det har tydliggjorts att primärvårdens uppdrag inte är begränsat till enkla, okomplicerade insatser utan att primärvården även svarar för att ge mer kvalificerad vård. Primärvård är en vårdnivå. Det är viktigt att skilja på ordination/ förskrivningsnivå och utförarnivå. Ordinatörens organisationstillhörighet saknar betydelse. Utförandet kan vara på primärvårdsnivå även om ordinationen kommer från den specialiserade vården.”

Hallands kommuners hållning är att primärvårdsnivå är vård som vårdcentralens läkare ansvarar för och som inte kräver ”särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens”. Gällande definitionen av ”särskilda medicinska resurser” håller sig Hallands kommuner till Regeringens proposition (2019/20:164) som definierar det som ”annan kompetens än specialistläkare i allmänmedicin eller liknande generalister”. Vidare bedöms ”särskilda tekniska resurser” vara avancerad sjukhusutrustning.

Det finns olika tolkningar av primärvård, men Hallands kommuner anser att propositionen ger en nationell definition. Specialistvård utanför sjukhus räknas normalt inte som primärvård enligt propositionen. Det är oklart när sådan vård ändå kan betraktas som primärvård i praktiken. Kommunerna upplever en otydlighet kring ansvarsfördelning för patienter med omfattande vårdbehov. Det handlar om såväl rätt kompetens, tydlig ansvarsfördelning och kontaktvägar för kommunens medarbetare för att upprätthålla en god och säker vård.

Sammanfattning av genomförda intervjuer

Inledningsvis konstateras att samtliga regioner och kommuner som arbetsgruppen varit i kontakt med beskriver liknande utmaningar som Region Halland står inför när det gäller att möta de invånare som har behov av mer omfattande hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. De känner väl igen sig i de ”skav” som ibland uppstår i samverkan mellan regionen och kommunerna i Halland.

Nedan följer en sammanfattning av genomförda intervjuer utifrån två olika frågeområden:

1. Hur ser er överenskommelse för hemsjukvård ut, hur ser er samverkansstruktur ut och hur hanterar ni frågor där kommun och region inte är överens?
2. Hur har ni valt att lösa de utmaningar som uppstår med gränsdragningar mellan olika vårdnivåer i den kommunala och regionala region?

Frågeområde 1: Hur ser er överenskommelse för hemsjukvård ut, hur ser er samverkansstruktur ut och hur hanterar ni frågor där kommun och region inte är överens?

Alla intervjuade regioner och kommuner har en etablerad samverkansstruktur som bygger på regelbundna möten och någon form av gemensam ledningsnivå för att hantera frågor mellan region och kommun. I Uppsala benämns detta som en länsgemensam ledning som sammankallar socialchefer och andra relevanta aktörer, medan Kalmar har en liknande struktur med en länsgemensam ledning som inkluderar socialchefer och periodvis även skolchefer samt direktörer. Båda regionerna betonar vikten av dessa forum för att adressera och försöka lösa oenigheter som kan uppstå. I Kalmar lyfts specifikt fram att ekonomiska aspekter och potentiellt betalningsansvar hanteras i beredningen till denna ledning.

Även i Västra Götalandsregionen finns en formaliserad överenskommelse för hemsjukvård, förankrad i Hälso- och sjukvårdsavtalet som nu är under revidering. Det nya avtalet är mindre detaljrikt och fokuserar på *vad* som ska göras, medan *huret* regleras i kompletterande rutiner och riktlinjer som tas fram i samverkan på läns- och delregional nivå. Ett viktigt verktyg i detta arbete är ett inriktningsdokument från *VästKom*, som syftar till att skapa en gemensam syn på primärvårdsuppdraget och kriterier för inskrivning i den kommunala primärvården.

På en mer operativ nivå har både Uppsala och Kalmar nätverk eller team som syftar till att underlätta samverkan. Uppsala har en äldrevårdsenhet och mobila närvårdsteam, medan Kalmar har återkommande möten mellan vårdcentraler och kommuner samt ett nätverk för MAS och MAR. Västra Götalandsregionen har en omfattande samverkansstruktur på lokal, delregional och länsövergripande nivå. Lokalt finns

grupper med representanter från kommun, primärvård, specialistvård och tandvård. Delregionalt finns politiska samråd och tjänstemannagrupper med olika fokusområden som närvård, barn och unga, vuxna och äldre. Länsövergripande samordnas detta av "Vårdsamverkan Västra Götaland" med representation från de delregionala grupperna och regionledningen.

När det specifikt gäller hemsjukvård, beskriver Uppsala att riskanalys används som grund för beslut och tydlighet kring patienters övergång, samt för att hantera oenigheter. I Kalmarregionens specifika överenskommelse kring hemsjukvård framgår inte lika tydligt, men liknande processer och diskussioner sker inom deras samverkansstruktur. I Västra Götaland framgår att det i både det gamla och nya avtalet finns skrivningar om att patienter inskrivna i hemsjukvård samtidigt kan få vissa hälso- och sjukvårdsinsatser på mottagning, vilket underlättar delning av uppgifter utifrån patientens behov. Däremot uttrycker Borås stad viss tveksamhet kring skrivningen om att primärvården ska kunna utföra planerade insatser i hemmet under kvällar och nätter, då de anser att det inte enbart bör vara kommunens ansvar på primärvårdsnivå.

För att underlätta den dagliga kommunikationen har Uppsala en direktlina ("en- väg-in") för kommunal sjuksköterska. Både Uppsala och Kalmar arbetar med att tydliggöra efterlevnad av överenskommelsen genom att ständigt arbeta med sina vårdprocesser. I Västra Götaland har dialogkonferenser arrangerats under remissförfarandet av det nya avtalet på olika nivåer, vilket ses som mycket positivt för att skapa relationer och samsyn kring det praktiska genomförandet. Patientfall planeras även att tas fram som ett verktyg för att ytterligare konkretisera tillämpningen av det nya avtalet.

Samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner avseende hälso- och sjukvård är uppdelad i sex delregioner. I varje delregion finns en processtödjare från respektive huvudman, kommun och region. De utgår från en gemensam målbild kopplad till nära vård. De kommunala processtödjarna företräder flera kommuner, förutom Malmö stad som har en egen. De regionala företrädarna företräder alla regionens olika verksamhetsområden. Processtödjarnas gemensamma uppdrag är att driva utvecklingsfrågor, bevaka nära vård-omställningen, se till att samverkan kommer till stånd mellan parter samt samverka kring gränssnittsfrågor. Gemensamt är att alla delregioner har en aktivitetsplan där processtödjarna är ett stöd för att aktiviteterna skall verkställs och implementeras.

Gemensamt är att alla fyra regionerna ser behovet av strukturerade former för dialog och samarbete mellan region och kommun för att säkerställa en god vårdövergång och hantera eventuella meningsskiljaktigheter. Skillnader ligger i de specifika verktyg och organisatoriska lösningar som implementerats i respektive region, där Västra Götaland utifrån sin storlek har en särskilt omfattande och mångskiktad samverkansstruktur.

Frågeområde 2: Hur har ni valt att lösa de utmaningar som uppstår med gränsdragningar mellan olika vårdnivåer i den kommunala och regionala region?

Gemensamt för Region Uppsala, Region Kalmar och Västra Götalandsregionen är att de framhåller vikten av en tydlig ansvarsfördelning mellan specialistvård och den kommunala och regionala primärvården. Alla tre regionerna understryker behovet av god samverkan och tydliga kommunikationsvägar för att skapa en trygg och effektiv vårdkedja för patienterna. Deras utmaningar rör framför allt omhändertagandet av patienter med komplexa vårdbehov, säkerställande av rätt vård på rätt vårdnivå för en effektiv resursanvändning och tydlig ansvarsfördelning.

Region Uppsala har valt att implementera regionala äldrevårdsenheter och mobila närvårdsteam. De satsar även på informationsutbyte genom läsbehörighet i deras journalsystem och använder riskanalyser som ett verktyg för att tydliggöra ansvar. Liknande arbetssätt ses i Västra Götalandsregionen där man i vissa delar av regionen har etablerat mobila team med olika specialistinriktningar (palliativ, närsjukvård, akutläkare, andning/resurs). Dessa team syftar till att stödja den kommunala vården direkt i patienternas hem och underlätta gränsdragningen genom delat utförande av insatser.

Region Kalmar har ett rådgivande läkarteam som framför allt är knutet till de patienter som finns runt centralorten Kalmar. Samverkan i Kalmar fokuserar mycket på att förtydliga och effektivisera efterlevnad av befintliga avtal och processer. Deras strategi handlar om att strukturera vårdflödet och säkerställa en konsekvent användning av SIP, snarare än att primärt införa nya strukturer. Västra Götalandsregionen arbetar med en detaljerad nivåstrukturering som definierar gränsen för kommunens ansvar gällande medicinska och tekniska resurser i hemvården.

Region Skåne har startat mobila närsjukvårdsteam som består av läkare, sjuksköterska, kurator och sekreterare. De mobila närsjukvårdsteamerna finns i alla delregioner. Teamet är en del av den regionala primärvården och har en samordnande roll. De gör bedömningar, vårdplanerar, ordinerar och utför olika insatser, framför allt för ”sköra och sjuka patienter under en kortare eller längre period, för att undvika att patienten behöver vistas på sjukhus mer än vad som är medicinskt nödvändigt.”

Närsjukvårdsteamet är också råd- och stödfunktion till sjuksköterskan i kommunen som vid behov också kan ta kontakt med ansvarig vårdcentral som därefter kan hänvisa vidare till det mobila närsjukvårdsteamet om vårdcentralen ej själva har möjlighet att ordna med ett hembesök. Teamet arbetar just nu dagtid vardagar. Övrig tid på dygnet finns läkarbemannade jourbilar.

Region Skåne har ASIH-team (avancerad sjukvård i hemmet) som främst tillgodoser behovet hos svårt kroniskt sjuka och palliativa patienter som vistas i hemmet. Teamet

gör också besök hos patienter som behöver tillfälliga punktinsatser, som intravenös antibiotika eller blodtransfusion.

I Skåne har man inrättat AKO Skåne (Allmänläkarkonsult Skåne) som arbetar för samverkan mellan primärvårdens Hälsoval och den specialiserade sjukvården. Enheten tillhör Kompetenscentrum för primärvård i Skåne och tar bland annat fram rutiner för regionens insatser gällande hälso- och sjukvård i hemmet.

När det gäller läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård framträder olika modeller. Alla intervjuade betonar vårdcentralens roll som nav. Centralt för alla intervjuade är att man utgår från patientens behov och upprättar en tydlig vårdplan där alla parter vet sitt ansvar. Västra Götaland har utvecklat en modell med regionalt baserade mobila specialistteam som aktivt stöttar kommunerna. Kalmarregionen lyfter som utmaning en ojämn fördelning av läkarinsatser, vilket inte Uppsala och Västra Götaland beskriver i samma omfattning. Företrädare för Västra Götaland lyfter fram vikten av lokala överenskommelser med vårdcentralen gällande läkarinsatser på vård- och omsorgsboenden.

Samtliga intervjuade lyfter dialog och samverkan som nyckeln till att hantera komplexa gränsdragningsfrågor, även om de konkreta verktygen och strukturerna för denna dialog varierar. Exempelvis lyfter Västra Götaland fram de nyligen genomförda dialogkonferenserna som ett positivt steg i att skapa samsyn kring det nya hälso- och sjukvårdsavtalet.

Sammanfattningsvis kan man se att alla intervjuade regioner arbetar aktivt med att hantera gränsdragningen mellan specialist- och primärvård samt att organisera läkarinsatser i kommunal vård. Uppsala fokuserar på nya samverkansstrukturer och informationsutbyte, Kalmar på att förtydliga befintliga processer och avtal, medan Västra Götaland kombinerar mobila specialistresurser med en tydlig definition av kommunernas medicinska ansvar och en betoning på dialog och lokala överenskommelser. Deras gemensamma mål är dock att skapa en sömlös och patientcentrerad vårdkedja.

Avslutande reflektioner

I Halland är ca 4100 invånare inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. För det absoluta flertalet av de patienter som är inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård fungerar samarbetet och samverkan mellan regionen och kommunerna väldigt bra.

I omvärldsanalysen framkommer att alla regioner och kommuner beskriver liknande utmaningar som de som finns i Halland, om än i olika omfattning.

Utmärkande förefaller vara att utmaningarna rör ett fåtal patienter med mer omfattande behov av sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser. Dessa patienter ställer stora krav på att både specialistsjukvården, den kommunala och regionala primärvården gemensamt ansvarar för att tillgodose en samordnad och sammanhållen vård.

Exempel på sådana behov är t ex peritonealdialys (PD), intravenösa infusioner (TPN, easypump), trachvård, ventilatorsvård eller omfattande såromläggningar.

Flera regioner och kommuner lyfter att när samverkan fungerar som allra bäst för dessa patienter är ansvarsfördelningen mellan specialistläkare och vårdcentralens läkare tydlig och det finns en tät dialog dessa emellan. Flera av de intervjuade lyfter vikten av att specialistsjukvården för dessa patienter behöver ha en aktiv roll.

Alla intervjuade lyfter vikten av att det finns en tydlig vårdplan/SIP där det tydligt framkommer vem som ansvarar för vad och när, samt att det finns tydliga kontaktvägar för kommunens sjuksköterska vart man vänder sig. En förutsättning är att vårdplanen är känd för alla involverade (inklusive patienten själv och eventuella anhöriga) och alla tar ansvar för efterlevnaden av denna.

För att hälso- och sjukvårdsinsatser i den enskildes bostad ska vara patientsäker krävs ett gemensamt ansvar mellan ansvarig läkare och kommunens MAS. I alla intervjuer lyfts vikten av att gemensamt identifiera de risker som kan uppstå vid vård i hemmet, och att man gemensamt planerar för hur verksamheterna ska förhålla sig till dessa. Ofta behöver man tydliggöra och förankra med patient/anhöriga de patientsäkerhetsrisker som finns med att bedriva sjukvård i hemmet.

Flera intervjuade lyfter vikten av ömsesidig och genuin förståelse för respektive huvudmans förutsättningar, att det finns ett stort gemensamt "ägandeskap" inkluderande alla parter runt patienten, samt följsamhet till rutiner och vårdprocesser.

Alla intervjuade lyfter att regelbundna samverkansmöten mellan den kommunala och regionala primärvården är centralt. En gemensam kultur där patientens bästa står i centrum ("Vad blir bäst för patienten?").