



Kungsbacka



Varbergs
kommun



FALKENBERG
Hitta det här



HYLTE



Halmstad



Laholm



BÄSTA LIVSPLATSEN

Region Halland

Slutrapport:
**Utvärdering av "Överenskommelse
om hemsjukvården i Halland 2015"**

Slutrapport:
***Utvärdering av "Överenskommelse
om hemsjukvården i Halland 2015"***

Health Navigator AB har på uppdrag av Gemensam nämnd för hemsjukvård och hjälpmedel (GNHH) i Halland utvärderat "Överenskommelse om hemsjukvården i Halland 2015". Uppdraget är nu slutfört och slutrapporten överlämnas härmed till beställaren GNHH.

Stockholm den 24 april 2017

Alice Fredrikson
Projektledare

Christofer Montell
Leveransansvarig

Innehåll

Sammanfattning	5
1. Bakgrund och syfte	10
2. Metod och genomförande	14
3. Utvärdering av hemsjukvårdsöverenskommelsen	17
3.1 Övergripande nulägesbeskrivning	17
3.2 Fördjupad analys.....	20
4. Rekommendationer för den fortsatta processen	43
Källförteckning	46
Bilagor	47

Sammanfattning

Under senare år har många kommuner i Sverige övertagit ansvaret för hemsjukvård från regionerna/landstingen

Hemsjukvården i Sverige har varit under utveckling och föremål för diskussion under många år, inte minst vad gäller ansvarsfördelningen mellan kommuner och regioner/landsting. Utgångspunkten för utvecklingen under de senaste åren har i de flesta fall varit att låta kommunerna ta ett ökat ansvar för hemsjukvården. Syftet har varit att skapa ett väl fungerande samspel mellan sociala och medicinska insatser, exempelvis mellan hemtjänst och hemsjukvård. I ett led att stödja processen att föra över ansvaret från landstingen till kommunerna lät staten genomföra en utredning, vilken avrapporterades 2011 i betänkandet *Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55)*. I utredningen presenteras lärdomar från olika län som låtit kommunalisera hemsjukvården.

En ny överenskommelse reglerar hemsjukvården i Halland sedan 2015

Mot bakgrund av ovanstående och lärdomarna från den statliga utredningen kom Region Halland och de halländska kommunerna under 2015, efter flera års arbete, fram till att gemensamt reglera hemsjukvården i *Överenskommelsen om hemsjukvården i Halland* (hädanefter "hemsjukvårdsöverenskommelsen") som gäller från 2015-01-01 till och med 2018-12-31. Den politiska ambitionen med hemsjukvårdsöverenskommelsen var att skapa en "enhetlig och för patienten optimal och sammanhållen hemsjukvård", där hallänningarna i större utsträckning skulle ges en jämlik hemsjukvård på lika villkor oavsett bostadsort. Den nya hemsjukvårdsöverenskommelsen innebär i stort:

- En ny ansvarsfördelning mellan huvudmännen enligt *tröskelprincipen*, vilket innebär delat ansvar mellan Region Halland och kommunerna för hemsjukvård i ordinärt boende (tidigare var Region Halland huvudman och köpte tjänster från kommunen).
- Införande av nya former för samverkan och organisering av ansvaret inom hemsjukvården. Den *gemensamma nämnden för hemsjukvård och hjälpmedel (GNHH)*, med ansvar för överenskommelsens efterlevnad och hemsjukvårdens utveckling, skapades.
- Införande av en ny ersättningsmodell där Region Halland ersätter kommunerna utifrån ett på förhand bestämt ersättningsvärde, med utgångspunkt från 2013, som räknas upp årligen.

Det beslutades att överenskommelsen skulle utvärderas efter två år av en oberoende part. Health Navigator AB har som extern konsult utvärderat överenskommelsen under våren 2017.

Syftet med utvärderingen är att belysa i vilken utsträckning hemsjukvårdsöverenskommelsen är ändamålsenligt utformad

I föreliggande utvärdering belyser vi i vilken utsträckning hemsjukvårdsöverenskommelsen är ändamålsenligt utformad. Ambitionen är att utvärderingen ska kunna tjäna som underlag för att förbättra den befintliga hemsjukvårdsöverenskommelsen i den händelse att parterna önskar förlänga det nuvarande samarbetet. För att få en bild av nuläget och kunna föreslå förbättringar har i huvudsak en kvalitativ metod använts med bland annat semistrukturerade intervjuer och gruppssamtal. Totalt har ett tjugotal intervjuer med representanter från kommunerna, närsjukvården och Regionkontoret genomförts.

Inställningen till hemsjukvårdsöverenskommelsen är överlag positiv bland såväl kommunerna som regionen

Den övergripande inställningen till hemsjukvårdsöverenskommelsen är positiv, där flertalet intervjuade framför att det har skett en positiv och önskvärd utveckling inom hemsjukvården sedan överenskommelsens införande. Hemsjukvårdsöverenskommelsen bedöms utgå ifrån patienternas förmåga och behov på ett tydligare sätt än tidigare, framför allt på grund av *tröskelprincipen*. Tröskelprincipen innebär en gränsdragning mellan kommunal och regional hälso- och sjukvård där kommunen ansvarar för att tillhandahålla hemsjukvård för alla som har ett långvarigt medicinskt behov och som inte kan ta sig till vårdcentralen samt har skrivits in i hemsjukvården. Tidigare utförde kommunen endast hemsjukvårdsinsatser för de personer som hade ett beviljat biståndsbeslut för hemtjänst inklusive personlig omvårdnad. Överenskommelsen förefaller, enligt intervjupersoner, ha bidragit till att patienterna upplever en ökad kontinuitet då de möter färre personer samt en förbättrad vårdkedja på grund av tydligare rollfördelning mellan kommunerna och Region Halland.

Ansvarsfördelningen kan bli tydligare

Trots att ansvarsfördelningen och hemsjukvårdsuppdraget har tydliggjorts menar intervjupersoner att ansvar och roller kan utvecklas och tydliggöras ytterligare. Otydlighet i överenskommelsen leder till tolkningsutrymme, att konflikter mellan huvudmän kan uppstå samt därmed att patienterna kan påverkas negativt. Det är framför allt formuleringar och begrepp kopplade till organisation (*vem ska utföra vad*) i överenskommelsens avsnitt 6 *Regionens uppdrag för hemsjukvård* samt avsnitt 7 *Kommunernas uppdrag för hemsjukvården* som upplevs otydliga. Exempelvis upplevs otydligheter gällande läkarmedverkan, slutenvårdens ansvar, rehabiliteringsansvar, vårdplanering, förskrivning av hjälpmedel, vad som gäller för insatser kopplade till psykiatri och även vad som förväntas i form av samverkan.

Tydliggöranden i överenskommelsen kommer emellertid sannolikt enbart *delvis* ha önskad effekt och det är viktigt att inte ha en övertro till effekten av skriftliga förtydliganden i överenskommelsen. Vi kan se att det uppstår tolkningsutrymme och meningsskiljaktigheter även kring sådana frågor som redan kan anses vara tydligt beskrivna i överenskommelsen. Vi rekommenderar således att vissa tydliggöranden görs, men vill framhålla att det är minst lika viktigt att parterna arbetar vidare för att tolka i samverkan (exempelvis genom Genomförandegruppen).

Följsamheten och uppföljningen av överenskommelsen kan utvecklas

Trots att innehållet i överenskommelsen i stort anses vara ändamålsenligt ifrågasätter flertalet intervjupersoner följsamheten till flera skrivelser i överenskommelsen. Exempelvis nämns att GNHH:s arbete i praktiken inte fullt ut överensstämmer med uppdragsbeskrivningen på flera punkter, bland annat avseende att ”*föreslå samverkansmöjligheter inom vård-, omsorgs- och hälso- och sjukvårdsverksamheter*” samt att ”*utvärdera att ändamålsenlig läkarmedverkan garanteras*”. Vidare ifrågasätts följsamheten avseende läkarmedverkan¹, som ingår i närsjukvårdens uppdrag.

¹ Det vill säga att närsjukvården tillhandahåller medicinsk kompetens och kunnande genom läkare inom hemsjukvården, observera dock skillnaden mot projektet ”*Läkarmedverkan i hemsjukvården*” som tillkommit i flera av kommunerna på senare tid. Projektet innebär att verksamheten bemannas av läkare från närsjukvården och Hallands sjukhus, 50 procent vardera. Läkarna utgår från hemsjukvårdens lokaler och arbetar i verksamheten måndag-fredag dagtid. Läkarna arbetar i det kommunala hemsjukvårdsteamet tillsammans med kommunsköterskan och övrig hälso- och sjukvårdspersonal som arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Uppföljningen har utvecklats positivt i samband med hemsjukvårdsöverenskommelsens införande. Harmonisering av statistik och uppföljning av enhetliga och jämförbara indikatorer har påbörjats. Det saknas dock fortfarande viktiga förutsättningar för uppföljning på såväl strategisk nivå som på verksamhetsnivå. På strategisk nivå brister delvis uppföljningen av centrala resultatmått kring resurseffektivitet, kvalitet och likvärdig vård på grund av avsaknad av jämförbara data och otydliga definitioner. På verksamhetsnivå leder olika redovisnings- och verksamhetssystem och otydliga begreppsdefinitioner till bristande jämförbarhet. Exempelvis framgår av intervjuerna att inrapporteringen av avvikelser skiljer sig mellan olika verksamheter.

Det är positivt att en samverkansnämnd har skapats, men förväntningarna på nämnden tycks inte fullt ut svara mot de förutsättningar som nämnden har

En bärande del av hemsjukvårdsöverenskommelsen är att en samverkansnämnd, GNHH, har skapats och att nämnden har fått vissa uppdrag utifrån ett reglemente samt överenskommelsen. Övergripande ser vi positivt på den gemensamma nämndens uppdrag samt ambitionen att samverka mellan parterna för att eftersträva en så jämlik och välfungerande hemsjukvård som möjligt. Samtidigt har ett flertal utmaningar avseende nämnden identifierats i utvärderingsarbetet. Bland annat kan nämnas att förväntningarna på nämnden inte fullt ut tycks svara mot de förutsättningar som nämnden har. Exempelvis har flera tillfrågade nämndsledamöter uttryckt besvikelse över att nämnden ”inte prioriteras”, ”har låg status”, ”att ingenting händer mellan mötena”, ”att mötena utgörs av avrapportering där få saker sker mellan mötena”, ”att det inte blir någon politik av arbetet utan mer är en tjänstemannaprodukt”. Det tycks finnas förväntningar, från såväl nämndsledamöter som tjänstemän utanför nämnden, på att nämnden ska utveckla hemsjukvården och bidra till ökad samverkan. Eftersom nämnden saknar eget mandat att formellt sett ta beslut är nämndens möjlighet att främja hemsjukvårdens utveckling och samverkan dock starkt avhängig nämndsledamöterna och tjänstemännens eget utvecklingsarbete och drivkraft. Det finns emellertid indikationer på att nämnden skulle kunna utveckla arbetet inom det nuvarande uppdraget. Exempelvis beskriver flera intervjupersoner att förankring och återkoppling av nämndsledamöterna på hemmaplan inte alltid sker alternativt är begränsat samt att deltagandet och engagemanget i vissa fall är bristfälligt.

Utformningen av ersättningsmodellen bidrar eventuellt till snedvriden resursfördelning och icke önskvärda incitament

Den nuvarande ersättningsmodellen skiljer sig mot föregående modell (som reglerades i ett så kallat tjänsteköpsavtal) då den utgår ifrån förväntade kostnader i stället för faktiska (fakturerade) kostnader. Jämförbara data saknas mellan kommunerna för uppföljning av ersättningsvärdet och det har därför inte varit möjligt att jämföra faktiska kostnader med nuvarande ersättningsvärde. Analyser indikerar dock att dagens ersättningsmodell kan bidra till en snedvriden resursfördelning. För det första tycks de tjänsteköp som har legat till grund för den nuvarande ersättningsmodellen ha tolkats olika mellan kommunerna, vilket kan ha medfört omotiverade skillnader i ersättningsbelopp. Sådana skillnader i ersättningsbelopp får betydande konsekvenser även för dagens ersättningsnivåer. För det andra tycks ersättningsmodellernas variabler *omsorgsprisindex* och *demografisk effekt*, som ska spegla kostnadsutvecklingen, inte motsvara den faktiska kostnadsutvecklingen. För det tredje kan konstateras att valet av basår i modellen (för tjänsteköpen) påverkar ersättningsvärdet i hög utsträckning, där analyserna indikerar att ersättningen utifrån ersättningsmodellen på totalen resulterar i lägre ersättning jämfört med om kommunerna hade ersatts utifrån det tidigare tjänsteköpsavtalet.

Det har också varit relevant att utvärdera huruvida nuvarande ersättningsmodell skapar incitament som ligger i linje med invånarnas behov och övriga verksamhetsmål. Mer vård i hemmet är en tydlig viljeinriktning som presenteras i bland annat Region Hallands nya hälso- och sjukvårdsstrategi. Flera intervjupersoner menar dock att ersättningsmodellen inte skapar

incitament till att öka produktionen av hemsjukvård. Utifrån ett förenklat teoretiskt resonemang innebär den nya ersättningsmodellen, som utgår ifrån förväntade kostnader, incitament för utföraren (i detta fall kommunen) att arbeta så resurssnålt som möjligt. I det tidigare fallet, när ersättningen utgick ifrån faktiska kostnader, fanns incitament att producera så mycket vård som möjligt. Det är därmed relevant att ifrågasätta om nuvarande ersättningsmodell skapar incitament som främjar ambitionerna om mer vård i hemmet.

Övergripande slutsats: Hemsjukvårdsöverenskommelsen tycks överlag vara ändamålsenligt utformad men vi ser tydliga förbättringsområden

På det stora tycks hemsjukvårdsöverenskommelsen vara ändamålsenligt utformad. Den organisatoriska strukturen och därtill kopplade ansvarsfördelningen tycks ha förutsättningar för att bidra till en mer jämlik och välfungerande hemsjukvård för hallänningen. Likväl ser vi flera tydliga förbättringsområden. Utifrån detta lämnar vi ett antal rekommendationer löpande i utvärderingsrapporten utifrån vad vi bedömer parterna *bör* göra samt utifrån vad vi bedömer att parterna *bör överväga* att göra för att hemsjukvårdsöverenskommelsen bättre ska svara mot sitt syfte och mål. Rekommendationerna rör alltifrån hur begrepp och definitioner kan utvecklas för att bli tydligare till hur uppföljningen kan stärkas. De tre områden som vi bedömer vara mest angelägna att prioritera i den händelse att parterna önskar fortsätta samarbetet är:

- 1) Revidering av ersättningsmodellen.
- 2) Förtydliganden av otydliga skrivelser i överenskommelsen där det råder särskilt stor förvirring, särskilt avseende ansvarsfördelningen.
- 3) Översyn av GNHH:s mandat och roll.

Rekommendation för den fortsatta processen

I den händelse att parterna bestämmer sig för att vidareutveckla och fortsätta det nuvarande samarbetet utifrån hemsjukvårdsöverenskommelsen lämnas även en övergripande rekommendation för den fortsatta processen.

➤ *GNHH bör planera för en strukturerad process med tydliga milstolpar*

Förberedelsearbetet för en reviderad överenskommelse bör inledas i god tid för att säkerställa tillräckligt med tid för översynen av de prioriterade frågor som lyfts i denna utvärdering och säkerställa att beslut om reviderad överenskommelse kan ske senast före hemsjukvårdsöverenskommelsen löper ut 2018-12-31.² För att klara av tidsplanen är det angeläget att en strukturerad process med tydliga milstolpar definieras och följs. Figur 1 illustrerar en möjlig fortsatt process med fem faser. De fem faser som föreslås innebär 1) Förberedelser och projektuppgång, 2) Översyn av nyckelfrågor, 3) Utarbete dokument, 4) Beredning och 5) Beslut.

Figur 1. Föreslagen process för en reviderad överenskommelse



² Överenskommelsen gäller till och med 2018-12-31. Överenskommelsen kan genom skriftlig överenskommelse förlängas fyra år i taget om samtliga parter enas om detta senast ett år innan överenskommelsens upphörande. Utifrån information från en av Region Hallands jurister kan dock parterna komma överens om annan lösning eller reviderad överenskommelse fram till och med 2018-12-31.

Vid beslut om en fortsatt process är det angeläget att planera och harmonisera den fortsatta procesen med andra pågående arbeten, exempelvis med den nya överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Halland som för närvarande (april 2017) håller på att utarbetas.

Avslutningsvis är det relevant att påpeka att parterna bör gå in i revideringsarbetet med realistiska förväntningar, där revideringen bör betraktas som ”ett första steg” där ett löpande kvalitetsarbete med återkommande revideringar och dialog bör fortgå även efter att befintlig överenskommelse har reviderats.

1. Bakgrund och syfte

Hemsjukvårdsöverenskommelsen reglerar sedan 2015 ansvarsfördelningen för hemsjukvården mellan Region Halland och de sex kommunerna i Halland. Den största förändringen gentemot tidigare år är att kommunerna efter överenskommelsens ikraftträdande övertog hemsjukvårdsansvaret för de patienter som har ett långvarigt medicinskt behov oavsett ålder och som inte kan ta sig till vårdcentralerna. Vidare utvecklades i samband med hemsjukvårdsöverenskommelsen en ny ersättningsmodell som skulle reglera ersättningen från Region Halland till kommunerna. Dessutom infördes även en gemensam nämnd. Syftet med föreliggande utvärdering är att belysa i vilken utsträckning hemsjukvårdsöverenskommelsen är ändamålsenligt utformad. Ambitionen är vidare att utvärderingen ska tjäna som underlag för att kunna vidareutveckla den befintliga hemsjukvårdsöverenskommelsen i den händelse att parterna önskar förlänga det nuvarande samarbetet.

Dagens hemsjukvårdsöverenskommelse är ett resultat av flera års arbete

Många personer behöver under korta eller längre tidsperioder sjukvårdsinsatser i det egna hemmet, så kallad hemsjukvård.³ Ansvarsfördelningen mellan kommuner och region/landsting för organiseringen och finansieringen av hemsjukvården har varierat under decennier och olika lösningar har utvecklats över tid. Utgångspunkten för hemsjukvårdens utveckling, i de flesta fall, har dock varit att låta kommunen disponera över de samlade resurserna för vård i den enskildes hem i syfte att skapa ett väl fungerande samspel mellan sociala och medicinska insatser, exempelvis hålla ihop hemtjänst och hemsjukvård (SOU 2011:55). I Region Halland inleddes under 2010 ett arbete i syfte att utveckla nya lösningar för hemsjukvården i ordinärt boende. I samverkan mellan kommunerna och regionen genomfördes en förstudie med namnet *Ny organisation för utförande av hemsjukvård i Halland*. Syftet var att utreda om det var möjligt att skapa en gemensam finansiering för hemsjukvården. Utgångsläget för förstudien var ett antagande om att en gemensam organisation skulle bildas med ett resultatansvar för hela vårdkedjan med kommunerna och regionen som finansiärer. När förstudierapporten presenterades i början av 2011 visade det sig dock att en sådan organisation var förenad med betydande utmaningar utifrån ett juridiskt perspektiv. Det beslutades då att avvakta den nationella samordnaren som på uppdrag av regeringen under 2010–2011 gav stöd till landsting/regioner att, på frivillig väg, föra över ansvaret för hemsjukvård till kommunerna i linje med hälso- och sjukvårdslagens skrivelse: ”Landstinget får till en kommun inom landstinget överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende, om landstinget och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare” (14 kap, §1).⁴

I samband med att den statliga utredningen presenterades återupptogs arbetet med att utveckla hemsjukvården i Halland. Mellan åren 2012–2013 bedrevs ett nytt projekt i Halland, *Framtidens hemsjukvård*, som byggde på de insikter som presenterades i den statliga utredningen *Kommunaliserad hemsjukvård*. Syftet med projektet var att skapa en ”enhetlig och för patienten

³ Hemsjukvård definieras av Socialstyrelsen (2017) som ”hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden”. Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet.

⁴ Majoriteten av Sveriges kommuner har i dag kommunaliserat sin hemsjukvård (SLL, 2015). Antalet har ökat efter regeringens utredning *Kommunaliserad hemsjukvård*. Den finansiella modellen som de flesta kommuner utgår ifrån är en skatteväxling, vilket innebär att de inte är utformade utifrån det delade ansvaret som Halland valde att införa, utan att ansvaret snarare samlas hos kommunerna (Samuelsson, 2011).

optimal och sammanhållen hemsjukvård genom en modell som skapar förutsättningar för en effektiv resursanvändning, samtidigt som behovet av framtida medicinsk och teknisk utveckling möts”.⁵ I slutrapporten presenterades tre huvudsakliga modellalternativ för hemsjukvården:

1. Ansvaret samlas hos kommunerna
2. Ansvaret samlas i en gemensam nämnd/kommunförbund (delat ansvar)
3. Ansvaret samlas hos regionen

Efter en analys av de olika modellerna föreslog utredningen att alternativ 2 var att föredra med motiveringen att modellen möjliggör att kunskap samlas i en nämnd som representeras av både kommunerna och regionen, att huvudmännen gemensamt tar ansvar för mål, system, struktur och utveckling, att det blir ett delat ansvar för finansiering, att en samlad beställarkompetens utvecklas samt att samordning av ekonomiska styrsystem och incitament för vård på rätt nivå blir ett delat ansvar. En ny överenskommelse för hemsjukvården, det som skulle bli dagens hemsjukvårdsöverenskommelse, började utvecklas med utgångspunkt i detta. Det var dock utmanande att nå beslut om den nya hemsjukvårdsöverenskommelsen. Företrädare för såväl kommunerna som regionen har beskrivit att de olika parterna hade svårt att enas. Att kompromissa kring prioriterade frågor beskrivs därför ha blivit nödvändigt för flera parter för att kunna träffa en överenskommelse. Bland annat menar flera företrädare för såväl kommunerna som regionen att de fick acceptera en ersättningsmodell som de redan inledningsvis var skeptiska till (*”Vi fick inte alls prata pengar när den nya överenskommelsen kom på plats, då hade vi inte kunnat enas.”*).

Hemsjukvården i Halland regleras genom en överenskommelse mellan Region Halland och de sex kommunerna

Som ett resultat av de ovan beskrivna arbetena beslutades *Överenskommelsen om hemsjukvården i Halland* (hädanefter ”hemsjukvårdsöverenskommelsen”). Sedan 2015 reglerar den hemsjukvården mellan Region Halland och samtliga sex kommuner: Halmstad, Kungsbacka, Varberg, Hylte, Falkenberg och Laholm. Hemsjukvårdsöverenskommelsen gäller från 2015-01-01 till och med 2018-12-31, med möjlighet till förlängning med fyra år i taget om samtliga parter enas om det senast ett år innan överenskommelsens upphörande.

Hemsjukvårdsöverenskommelsens syfte är *”att göra hemsjukvården mer enhetlig samt optimal och sammanhållen för patienten”*. I Tabell 1 ges en översikt över överenskommelsens kapitel och huvudsakliga innehåll, *vem* som ska utföra *vad* och *vem* som ska finansiera *vad* till *vem*.

⁵ Slutrapport Framtidens hemsjukvård, 2013-02-27, Region Halland.

Tabell 1. Sammanfattning av hemsjukvårdsöverenskommelsens innehåll

Syfte: Att göra hemsjukvården mer enhetlig och för patienten, optimal och sammanhållen	
Inledande avsnitt	Beskrivning av huvudsakligt innehåll
1. Giltighet 2. Tvist, tolkning, ändring och tillägg 3. Införandet 4. Information	I dessa fyra avsnitt regleras överenskommelsens giltighet (gäller 2015-01-01 till och med 2018-12-31) samt förlängning, hur tillägg och förändringar kan göras, vad som händer vid oenighet, process för införande samt informationsskyldighet som gäller mellan parter och motparter.
Avsnitt kring ansvarsfördelning	Beskrivning av huvudsakligt innehåll (vem ska utföra vad)
5. Gemensam nämnd för frågor inom hemsjukvården (Även kallad <i>Gemensam Nämnd för Hjälpmedel och Hemsjukvård, GNHH</i>)	I detta avsnitt beskrivs den gemensamma nämndens uppdrag. Uppdraget omfattar att utarbeta indikatorer för uppföljning av hemsjukvårdens utveckling (exempelvis volymer, resurseffektivitet, kvalitet och likvärdig vård för hallänningen), fortlöpande analysera och följa upp hemsjukvården, vara politiskt samverkansorgan, ansvara för samverkan och samverkansmöjligheter, utvärdera läkarmedverkan samt rekommendera satsningar på utveckling. Nämnden ansvarar även för hjälpmedelsförsörjning.
6. Regionens uppdrag för hemsjukvård	Regionens uppdrag är, utifrån avsnittet, att säkerställa och utvärdera att ändamålsenlig läkarmedverkan garanteras, att medicinsk kompetens och kunnande systematiskt tillförs samt att patienter får den rehabilitering och habilitering som ligger utanför kommunens ansvar.
7. Kommunernas uppdrag för hemsjukvård	I avsnittet beskrivs att kommunernas uppdrag innebär att utföra hemsjukvårdsinsatser som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast/fysioterapeut, det vill säga all planerad (som kan ges med bibehållen patientsäkerhet) hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå och specialiserad somatisk nivå, samt palliativ vård som kan ges i den enskildes hem, insatser från och med att patient skrivs in i hemsjukvård, dygnet runt och alla åldrar, planerade och oplanerade hembesök och hjälpmedel till hemsjukvårdens patienter (undantaget psykiatri och missbruksvård).
Avsnitt kring finansiering	Beskrivning av huvudsakligt innehåll (vem ska finansiera vad till vem)
8. Finansieringen av hemsjukvården	Reglering kring finansieringen av hemsjukvården där kommunerna ansvarar för finansieringen av hemsjukvården inklusive volymändringar på grund av den demografiska utvecklingen och den medicinskt tekniska utvecklingen med de vårdnivåer som föreligger 2013-12-31. Trots att kommunen har finansieringsansvar så ersätts kommunen från Region Halland för hemsjukvårdens produktion utifrån en ersättningsmodell (förväntade kostnader) som räknas upp med omsorgsprisindex och demografisk effekt.

Anm.: Utöver ovanstående ingår även tre bilagor: *Rehabilitering och habilitering, Barn- och ungdomspsykiatri* och *Vuxenpsykiatri*.

I och med den nya hemsjukvårdsöverenskommelsen ökade det formella ansvaret för kommunerna att erbjuda hemsjukvård genom den så kallade *tröskelprincipen*. Tröskelprincipen innebär att Region Hallands ansvar för patienten i ordinärt boende kvarstår om denne på egen hand kan ta sig till vårdcentralen för att få sjukvård, annars faller hemsjukvårdsansvaret på kommunen. En förutsättning för att detta ska gälla är dock att patienten först har blivit *inskriven* i hemsjukvården. Inskrivningen ska ha föregåtts av en vårdplanering.

Mot bakgrund av de tidigare nämnda utmaningarna med att få en ny hemsjukvårdsöverenskommelse på plats beslutades att överenskommelsen skulle utvärderas redan efter två år för att få kunskap om hur pass ändamålsenligt utformad hemsjukvårdsöverenskommelsen är. I överenskommelsen (s. 1) står följande: ”*Överenskommelsen utvärderas efter två år genom extern konsult som utses av parterna. I samband därmed kan förändringar av den ekonomiska modellen diskuteras*”. I intervjuer har framförts att denna skrivelse har varit en förutsättning för att överenskommelsen skulle kunna antas under 2015.

Denna utvärderingsrapport presenterar resultaten från utvärderingen.

Utvärderingens syfte och frågeställningar

Syftet med utvärderingen är att belysa i vilken utsträckning hemsjukvårdsöverenskommelsen är ändamålsenligt utformad. Ambitionen är vidare att utvärderingen ska tjäna som underlag för att kunna vidareutveckla den befintliga hemsjukvårdsöverenskommelsen i den händelse att parterna önskar förlänga det nuvarande samarbetet. Läsaren bör ha i åtanke att utvärderingen *inte* utvärderar hemsjukvården i sig, utan endast överenskommelsen som träffats mellan parterna. Vidare utvärderas inte befintlig överenskommelse mot alternativa modeller.

Sex prioriterade utvärderingsfrågor har undersökts närmare för att svara upp mot ovanstående syfte:

1. **Omfattning:** *Är överenskommelsens omfattning ändamålsenlig? I vilken utsträckning bör nytt innehåll inkluderas och/eller gammalt tas bort för att säkerställa en ändamålsenlig omfattning?*
2. **Ansvarsfördelning:** *Hur fungerar dagens ansvarsfördelning och är den ändamålsenlig? I vilken utsträckning säkerställs gemensamt ansvar för patienten? Varför/varför inte? Behöver ansvarsfördelningen förändras?*
3. **Tydlighet:** *Är överenskommelsen tydlig? I vilken utsträckning är formuleringar, begrepp och ordval i överenskommelsen tillräckligt tydligt skrivna? Bör något tydliggöras?*
4. **Samverkan:** *Hur fungerar samverkan och vad har överenskommelsen inneburit för samverkan? Hur säkerställs samverkan mellan berörda aktörer och vilka möjligheter finns för att främja samverkan?*
5. **Efterlevnad:** *Hur ser efterlevnaden och följsamheten av överenskommelsen ut? I vilken utsträckning säkerställs avtalsföljsamhet? På vilket sätt?*
6. **Ersättning:** *Hur fungerar ersättningsmodellen? Vilka slutsatser kan dras gällande ersättningsmodellens ändamålsenlighet?*

I nästa kapitel, 2. *Metod och genomförande*, beskrivs hur utvärderingen har utformats och genomförts. I *Kapitel 3* redogörs för resultaten av utvärderingen. Inledningsvis presenteras en övergripande nulägesbeskrivning (avsnitt 3.1). Därefter följer detaljerade svar på arbetets utvärderingsfrågor samt fördjupad analys (avsnitt 3.2). Rekommendationer på förbättringsområden och revideringar i överenskommelsen lämnas löpande i detta avsnitt. I *Kapitel 4* lämnas rekommendationer för en möjlig fortsatt process, i det fall att parterna önskar förlänga det nuvarande samarbetet.

2. Metod och genomförande

Projektorganisationen för utvärderingen beslutades av *Strategisk grupp för socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård* under hösten 2016 och har under arbetets gång kännetecknats av en bred representation med täta avstämningar mellan berörda parter. Utvärderingen utgår i huvudsak ifrån kvalitativa metoder, men med inslag av kvantitativa analyser. Ett tjugotal intervjuer har genomförts med politiker, tjänstemän och brukare. Arbetet har löpande förankrats med olika aktörer för att säkerställa delaktighet samt för att få information om och kunna ta hänsyn till närliggande arbeten.

Projektorganisationen har haft en bred representation

Projektorganisationen för utvärderingen har haft en bred representation med aktivt deltagande från samtliga kommuner och regionen under hela arbetet. Projektorganisationen beslutades av *Strategisk grupp för socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård* (hädanefter Strategisk grupp) under hösten 2016.

Beställare för utvärderingen har varit den *Gemensamma nämnden för hemsjukvård och hjälpmedel* (hädanefter GNHH). Styrgrupp för utvärderingen har varit Strategisk grupp. En extern och oberoende konsult, Health Navigator AB, har lett utvärderingsarbetet i nära samarbete i en arbetsgrupp bestående av representanter från regionen och samtliga kommuner.

Respektive organisation har utsett de företrädare som de anser är mest lämpade att representera sin organisation i arbetsgruppen. Kommunernas representation har huvudsakligen bestått av olika verksamhetschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS:ar). Från regionen har både närsjukvården (privat och offentlig) samt tjänstemän från Regionkontoret deltagit. Närsjukvårdens representanter har dock inte deltagit under de ordinarie arbetsgruppsmötena (mer om detta nedan) utan separata möten har hållits. Övriga arbetsgruppsmedlemmar har beklagat detta och under hela utvärderingsarbetet efterfrågat att närsjukvårdens representanter skulle delta.

Utvärderingen har huvudsakligen utgått ifrån kvalitativ metod

Utvärderingsarbetet har följt en projektplan som beslutades av GNHH den 2016-12-09. Utvärderingen utgår huvudsakligen från kvalitativa metoder. Vissa kvantitativa analyser har dock genomförts utifrån tillgängliga data, till exempel kring ekonomi och ersättning i den mån det har varit möjligt. Utgångspunkten har (utifrån beställarens önskemål) varit att låta *”alla parter säga sitt”* och samla in synpunkter, stämma av hypoteser och allt eftersom möjliggöra samsyn kring vad som i dagsläget fungerar bra respektive vad som behöver förbättras. Merparten av utvärderingsarbetet har utförts under januari – mars 2017.

Informationsspridning, kommunikation och inhämtning av synpunkter har skett löpande genom utvärderingsarbetet. Exempelvis har representanter från Genomförandegruppen, Taktisk Grupp Äldre, Taktisk Grupp Funktionshinder, Taktisk Grupp Psykiatri samt Chefsgrupp Halland mottagit information. Regelbundna avstämningar har även skett i GNHH (inklusive presidiet) samt i Strategisk grupp. Presentation har även hållits vid Kommunberedningen. Cirka trettio enskilda intervjuer har genomförts med företrädare för kommunerna, närsjukvården (privata och offentliga aktörer) samt tjänstemän vid Regionkontoret. Intervjuerna har i huvudsak bestått av semistrukturerade telefonintervjuer på omkring 30–60 minuter.

Vidare anordnades en workshop med ekonomer från samtliga kommuner samt Regionkontoret och närsvården för att förstå förutsättningarna för att se över den ekonomiska ersättningsmodellen. En kommunjurist samt en regionjurist har också involverats i arbetet med syftet att lämna synpunkter och att ge kvalificerat stöd kring juridiska frågeställningar.

Gällande brukarmedverkan utförde arbetsgruppsmedlemmar en insamling av kontaktuppgifter till brukar-, patient- och närstående företrädare på lokal nivå. Utifrån dessa kontaktuppgifter skickades ett informationsmail vid arbetets start med inbjudan om att delta och engagera sig i utvärderingsarbetet. Totalt fick cirka tjugo-trettio personer information, varav några svarade att informationen inte var relevant för dem. Mycket begränsad återkoppling inkom med ett fåtal svar om önskemål att få vidare information senare i arbetet. Två telefonintervjuer genomfördes också utifrån utskicket. Synpunkterna kretsade mer kring hur det fungerar i praktiken och på mycket detaljerad verksamhetsnivå snarare än kring överenskommelsen ("gärna delta i en diskussion om hur hemsjukvården fungerar för personer med utvecklingsstörning"). Vidare efterfrågades även regler för läkarmedverkan, där utvärderingen har undersökt hur läkarmedverkan anses fungera i dag. Information har även spridits till Regionala pensionärsrådet samt till Handikapprådet. Sveriges Arbetsterapeuter har även lämnat in skriftliga synpunkter kring hemsjukvårdsöverenskommelsen.

Utöver intern information och datainsamling inom Halland har dokumentstudier genomförts i syfte att förstå exempelvis andra kommuners ansvarsfördelning för hemsjukvård och ersättningsmodeller samt hur nationella utredningar resonerar kring jämlik vård.

Hänsyn har tagits i arbetet till andra pågående arbeten och initiativ, såsom *Läkarmedverkan i hemsjukvården*⁶, *SärNär* samt *Trygg och Effektiv Utskrivning*. Revisionsbyrån PwC genomförde under hösten 2016 en granskning av vårdkedjan och hemsjukvården för de mest sjuka äldre i Region Halland. Revisionen genomfördes på uppdrag av revisorerna i Region Halland och har skett i samverkan med länets sex kommuner. Dialog har därför förts med projektledaren på PwC och deras revisionsresultat har undersökts för att undvika dubbelarbete. Vidare har ett nära samarbete funnits mellan den pågående utvärderingen av avtalet om samverkan i gemensam hjälpmedelsnämnd.

Utvärderingen har ett antal begränsningar

Utvärderingen har ett flertal begränsningar som läsaren bör känna till.

Utgångspunkten för utvärderingen var inledningsvis att i större utsträckning inkludera kvantitativa analyser och jämförelser. Det fanns en förhoppning om att utifrån dessa kvantitativa analyser kunna dra slutsatser avseende bland annat ersättningsmodellens ändamålsenlighet. Det har dock visat sig vara svårt att jämföra data mellan kommuner på grund av olika redovisningsprinciper samt definitioner. Exempelvis fanns en önskan om att jämföra självkostnad för ordinärt boende och hemsjukvård mot ersättningsbelopp för att få en uppfattning om ersättningsmodellens kvalitet, men denna analys har inte varit möjlig att genomföra då jämförbara data inte har funnits tillgängliga i tillräcklig utsträckning. Detta innebär att det utifrån utvärderingen inte går att dra långtgående slutsatser gällande ersättningsmodellens ändamålsenlighet.

⁶ "Läkarmedverkan i hemsjukvården" skiljer sig, som tidigare nämnts, från den läkarmedverkan som beskrivs i hemsjukvårdsöverenskommelsen.

Arbetsgruppen har som tidigare nämnts bestått av representanter från närsjukvården (offentlig och privat), samtliga kommuner samt tjänstemän vid Regionkontoret. Företrädarna från närsjukvården har dock inte haft möjlighet att delta under de ordinarie arbetsgruppsmötena, vilket innebär att enskilda avstämningar har hållits.⁷ Detta har bidragit till att kommun och närsjukvård i begränsad utsträckning har diskuterat gemensamt och att Health Navigator AB vid de olika avstämningarna i stället har fått återberätta vad respektive part framfört. Kommunföreträdarna i arbetsgruppen uttryckte redan under första arbetsgruppsmötet att de saknade närsjukvårdens representation och att kunna prata *med* varandra i stället för att prata *om* varandra.

För närvarande pågår som nämnts flera närliggande arbeten och projekt, exempelvis framtagande av ny överenskommelse i Halland inför den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård som börjar gälla 2018. Föreliggande utvärdering har dock endast i begränsad omfattning berört närliggande arbeten. Dock är det angeläget att vid en eventuellt reviderad hemsjukvårdsöverenskommelse ta hänsyn till närliggande arbeten för att säkerställa harmonisering gällande språk och begrepp (exempelvis nya överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Halland, som ska ersätta nuvarande betalningsansvarslagen).

Våra rekommendationer är i regel riktade till Region Halland och kommunerna. För tydlighetens skull hade det varit mer fördelaktigt att adressera en specifik aktör. Eventuellt skulle rekommendationerna kunna riktas direkt mot GNHH, men som tidigare konstaterats är det inte uppenbart att GNHH har mandat eller förutsättningar för att kunna arbeta vidare med frågorna.

⁷ Detta beror sannolikt på att närsjukvården först inte ingick i den projektorganisation som Strategisk grupp beslutade om under hösten 2016, utan bjöds in först under våren 2017.

3. Utvärdering av hemsjukvårdsöverenskommelsen

3.1 ÖVERGRIPANDE NULÄGESBESKRIVNING

Hemsjukvårdsöverenskommelsen har varit på plats i två år. Trots ett snabbt, och enligt flera intervjupersoner forcerat införande, är den sammantagna bilden att överenskommelsen är väl utformad och att den har haft positiva effekter på hemsjukvården. Exempelvis anses överenskommelsen ha bidragit till att hemsjukvården i större utsträckning utgår ifrån patientens behov. Samtidigt kvarstår flera utmaningar, varav de största rör ansvarsfördelningen mellan kommunerna och regionen, ersättningsmodellens utformning och att varierande tolkningar av överenskommelsen görs.

Snabbt införande, men i dag råder överlag en positiv inställning till hemsjukvårdsöverenskommelsen

I samband med överenskommelsens införande uppkom ett par ”barnsjukdomar”, och i flera intervjuer beskrivs införandet som rörigt. Trots flera års bakomliggande politiska beslut var den faktiska omställningstiden i verksamheterna kort, tiden mellan beslut till överenskommelsens ikraftträdande var endast några månader.⁸ Flera respondenter anser att det snabba införandet påverkade möjligheten att informera och skapa förståelse i verksamheterna: *”politikerna tyckte att detta hade de ju pratat om så länge. Men de är ju så långt bort från verksamheten att de inte förstod att detta var nytt för oss”*). Vidare ledde den korta omställningstiden till att förberedelsearbetet anses ha blivit något forcerat. I intervjuerna framkommer att ansvarsfördelningen inledningsvis uppfattades som otydlig, och så kallade ”överprövningar” av beslut mellan huvudmännen fick till följd att vissa patienter ”åkte fram och tillbaka”.⁹ Bilagorna till överenskommelsen var inte heller reviderade när hemsjukvårdsöverenskommelsen trädde i kraft, vilket bidrog till förvirringen.

I dagsläget råder dock överlag en positiv inställning till hemsjukvårdsöverenskommelsen. Den anses ha bidragit till att hemsjukvården har blivit mer enhetlig och att vården har blivit mer sammanhållen ur ett patient- och brukarperspektiv. Flertalet tillfrågade har framfört att överenskommelsen har inneburit ett steg i rätt riktning och att de utmaningar som finns huvudsakligen beror på kulturella faktorer och/eller olika tolkningar snarare än överenskommelsen som sådan. Det tycks råda en stolthet bland många tillfrågade i Halland avseende hemsjukvården och hemsjukvårdsöverenskommelsen i Halland (*”Visst att vi inte är nöjda med allt här hos oss ännu och att saker kan bli bättre, men vi betraktar ändå hemsjukvården som ett flaggskepp, framför allt om vi tänker på hur det ser ut i resten av landet”*).¹⁰

⁸ Samtidigt bör noteras att hemsjukvårdsöverenskommelsen innebar en mycket stor såväl organisatorisk som strukturell förändring där sju parter (samtliga kommuner och regionen) skulle ställa om sina arbetssätt. Detta var ett medvetet val, och vissa praktiska utmaningar avseende övergången var därmed att vänta.

⁹ Det vill säga att närsvården och kommunerna skickade patienterna fram och tillbaka i sina system.

¹⁰ Inom den halländska hemsjukvården tas exempelvis ett samlat grepp om vård och rehabilitering, där patienterna automatiskt får sjuksköterskeinsats vid rehabilitering om behov föreligger, vilket inte alltid är fallet nationellt.

Överenskommelsen anses ha bidragit till att hemsjukvården i större utsträckning utgår ifrån patientens behov

Hemsjukvårdsöverenskommelsen tycks ha bidragit till en positiv utveckling på flera områden.¹¹ För det första finns en samsyn bland intervjupersonerna om att hemsjukvården i dag i större utsträckning utgår ifrån patientens egen förmåga och behov, framför allt på grund av att den så kallade tröskelprincipen infördes i samband med hemsjukvårdsöverenskommelsens ikraftträdande. Tröskelprincipen innebär, som tidigare nämnts, att kommunen ansvarar för att tillhandahålla hemsjukvård för alla som skrivits in i hemsjukvården, och att inskrivning till hemsjukvård sker på basis av huruvida patienten har svårt att ta sig till en vårdcentral. Tidigare utförde kommunen endast hemsjukvårdsinsatser för de personer som hade ett beviljat biståndsbeslut för hemtjänst inklusive personlig omvårdnad. Gränsen för huruvida detta biståndsbeslut beviljades bestämdes i regel utifrån om personen kunde klara av att duscha själv eller inte. Denna princip utgick inte fullt ut ifrån patientens behov, menar intervjupersoner, då patienter i vissa fall, på grund av exempelvis personlig integritet, inte velat ha hjälp med att duscha men samtidigt skulle ha varit i behov av hemsjukvård.¹² Om en person inte hade beviljats hemtjänstinsatser med ovan nämnda bivillkor hade närsjukvården i stället ansvaret.

För det andra menar flera intervjupersoner att hemsjukvårdsöverenskommelsen tydliggjort rollfördelningen mellan kommunerna och regionen. Detta anses ha underlättat planering och ökat graden av delat ansvarstagande, vilket i sin tur har förbättrat vårdkedjan för patienten. Exempelvis nämner intervjupersoner att det har blivit enklare för sjuksköterskorna i kommunen att skriva ut en patient från hemsjukvården än när den tidigare nämnda principen om duschhjälp gällde. Flera intervjupersoner menar att det i dag finns en större förståelse för att samma patient över tid kan få insatser från båda huvudmännen. Tidigare ansågs patienter med hemtjänstinsatser för personlig omvårdnad i större utsträckning "tillhöra" kommunen då dessa insatser i regel pågick under en längre tid och patienten därmed "förblev en kommunpatient". Vidare upplever flera respondenter att de tidigare diskussionerna kring att patienten tillhör den ena eller andra parten har minskat i samband med hemsjukvårdsöverenskommelsen.

För det tredje har några intervjupersoner även framfört att de tror att patienten i större utsträckning upplever en ökad kontinuitet då de möter färre personer, vilket möjliggjorts av kommunernas ökade helhetsgrepp om hemsjukvården.

De största utmaningarna med hemsjukvårdsöverenskommelsen rör ansvarsfördelning, ersättningsmodellens utformning och skillnader i tolkning

Även om den övergripande inställningen till hemsjukvårdsöverenskommelsen och dagens organisation av hemsjukvården är positiv finns flera utmaningar. De mest framträdande utmaningarna som framkommer i genomförda intervjuer rör ansvarsfördelningen inom vissa områden och ersättningsmodellens utformning. Flera intervjupersoner pekar exempelvis på att tidskrävande diskussioner mellan huvudmännen förekommer gällande vem som ska ansvara för patienten och vem som ska bära eventuella kostnader ("Vi upplever att överprövningar av beslut mellan kommun och närsjukvård ibland görs med syfte att spara resurser snarare än utifrån patientens bästa"). Samtidigt understryker ett flertal i arbetsgruppen att förekomsten av

¹¹ Med detta sagt är det naturligtvis svårt att med full säkerhet dra slutsatser kring vad som beror på hemsjukvårdsöverenskommelsen.

¹² Sveriges Arbetsterapeuter är dock av en annan åsikt: "Otydliga gränser och svårtolkat avtal medför merarbete för arbetsterapeuterna inom närsjukvården. Tidigare fanns en tydlig gräns – Patienter med hjälpbehov vid personlig vård/dusch tillhörde kommunen och kommunrehab var därmed rehabiliteringsansvarig. Tröskelprincipen är oklar, då flertalet patienter kan ta sig till vårdcentral, på något sätt. Nu tar det tid att ta reda på vilken aktör som är ansvarig för patienten."

oenigheter mellan exempelvis kommunerna och närsjukvården minskat jämfört med hur situationen såg ut tidigare, ”*det känns som att man hör betydligt mindre om detta i dag. Sammantaget är det mindre prat om att spara pengar och lasta över i dag. Vi löser ändå det mesta i samförstånd.*”.

Flera intervjupersoner anser även att ersättningsmodellen brister i transparens, och att ersättningen från regionen inte speglar omfattningen av kommunernas insatser.

Vidare har det i utvärderingsarbetet framgått att olika tolkningar av hemsjukvårdsöverenskommelsen görs. Det kan bero både på att parterna gör tolkningar som gynnar den egna organisationen, men också på att det stundtals är otydligt i hemsjukvårdsöverenskommelsen vad som gäller. Intervjupersoner har varit eniga om att tolkningsutrymmet i hemsjukvårdsöverenskommelsen inte skulle behöva vara ett problem, men att det snabbt tenderar att uppstå problem när det finns utrymme att förskjuta kostnader till en annan huvudman.

3.2 FÖRDJUPAD ANALYS

En fördjupad analys av de delfrågor som ligger till grund för att besvara den övergripande utvärderingsfrågan ”*I vilken utsträckning är hemsjukvårdsöverenskommelsen ändamålsenligt utformad?*” indikerar att det finns ett antal konkreta förbättringsområden, bland annat vad gäller tydlighet, ansvarsfördelning och ersättningsmodellens utformning. Det tycks som att överenskommelsens ändamålsenlighet kan stärkas ytterligare genom revideringar samt dialog mellan parterna.

3.2.1 Omfattningen av hemsjukvårdsöverenskommelsen är ändamålsenlig, men har missuppfattats

En ändamålsenlig omfattning av hemsjukvårdsöverenskommelsen är av stor vikt. Hemsjukvårdsöverenskommelsen bör å ena sidan vara tillräckligt omfattande för att rymma samtliga centrala områden samt vara tillräckligt uttömmande för att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen ska vara tydlig. Å andra sidan bör överenskommelsen också vara lättillgänglig samt lämna utrymme för flexibilitet.

Hemsjukvårdsöverenskommelsen tycks ha en ändamålsenlig omfattning...

Hemsjukvårdsöverenskommelsen tycks, på det stora hela, ha en ändamålsenlig omfattning. De åtta avsnitten/kapitlen (1. Giltighet, 2. Tvist, tolkning, ändring och tillägg, 3. Införandet, 4. Informationsskyldighet, 5. Gemensam nämnd för frågor inom hemsjukvården, 6. Regionens uppdrag för hemsjukvård, 7. Kommunernas uppdrag för hemsjukvård och 8. Finansiering av hemsjukvården) i huvudavtalet täcker in nödvändiga områden samtidigt som omfattningen är lättillgänglig. Intervjupersoner har konstaterat att de inte skulle vilja ta bort eller lägga till något specifikt avsnitt utan att omfattningen av överenskommelsen är adekvat, även om flera har efterfrågat att specifika skrivelser tydliggörs samt att klagande meningar bör inkluderas (se vidare i avsnitt 3.2.3, ”*Omfattar inte reglering för kostnader kopplade till enstaka hembesök, omfattar inte reglering kring vilken kompetens slutenvården ska ansvara för till kommunerna, omfattar inte materialkostnader, omfattar inte reglering kring vilka tjänster/kompetenser som ska erbjudas av kommun respektive region oavsett storlek på kommun...*”). Flera intervjupersoner framhåller vidare att det i stora drag är positivt att det finns viss flexibilitet i avtalet där det är möjligt att göra anpassningar utifrån patientens bästa.

Intervjupersoner har beskrivit att det är positivt att det i dag finns färre bilagor än i tidigare avtal, vilket inkluderade mer än dubbelt så många bilagor. De tre nuvarande bilagorna om rehabilitering och habilitering, barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri anses innehålla nödvändig information och vara välskrivna, enligt arbetsgruppsmedlemmar.¹³ Arbetsgruppen för utvärderingen är enig om att de önskar att de tre befintliga bilagorna även fortsättningsvis hålls separata från huvudavtalet (i det fall att bilagorna ska vara kvar). Detta då processen för eventuella revideringar av bilagorna är enklare, då enbart beslut i Kommunstyrelsen/Regionstyrelsen räcker för att revidera bilagorna¹⁴, samt för att bibehålla ett kort och lättillgängligt huvudavtal. Det har emellertid lyfts vissa funderingar från kommunernas representanter gällande om bilagorna *överhuvudtaget* ska vara med i överenskommelsen (i huvuddokument eller bilaga) då, som en

¹³ Sveriges Arbetsterapeuter har dock lämnat in en synpunkt kring att de inte avser att bilagan om rehabilitering är tillräckligt tydlig: ”*Hemsjukvårdsavtalet och bilagan avseende rehabilitering/arbetsterapi behöver förtydligas, så att gränssnittet blir tydligt för alla aktörer. Det behövs en övergripande rutin för hur samarbetet ska se ut, vilken aktör som har tolkningsföreträde och beslutsrätt. Befintliga resurser och krav behöver ses över för att undvika arbetsmiljöproblem orsakade av bland annat hög arbetsbelastning och bristande chefsstöd.*”

¹⁴ För revideringar i huvudavtalet krävs beslut i fullmäktige.

arbetsgruppsmedlem uttrycker det, ”bilagorna inte alls har med avtalet att göra”. Arbetsgruppsmedlemmen menar att psykiatridokumentet är ett samverkansavtal som ska följas oavsett vem som ansvarar för de delar av hemsjukvården som överenskommelsen handlar om. Bilagan om rehabilitering och habilitering beskrivs också enbart vara ”ett förtydligande av den del av hälso- och sjukvården som kallas rehab och habilitering”.

...men olika versioner av bilagor till hemsjukvårdsöverenskommelsen har använts vilket har lett till missuppfattningar kring omfattningen

Trots att hemsjukvårdsöverenskommelsens omfattning sammantaget uppfattas som ändamålsenlig kan vi konstatera att det i praktiken tycks råda viss förvirring kring vilka bilagor som ingår i överenskommelsen. Ett antal bilagor såsom *Läkarmedverkan för personer med kommunal hälso- och sjukvård, Hjälpmedel, utrustning och förbrukningsmaterial, Egenvård och egenrening, Policy vårdhygien, Läkeemedelsförsörjning inom kommunal hälso- och sjukvård* togs bort i samband med den nya hemsjukvårdsöverenskommelsen. Längst bak i dokumentet för huvudavtalet ligger dock hänvisningar till de borttagna bilagorna kvar. Detta tycks ha sin förklaring i att en vikarie bilagt en extra sida till avtalet under hösten 2016. Medlemmarna i utvärderingens arbetsgrupp, utsedda av sina respektive organisationer på basis av att de har bäst förståelse för hemsjukvårdsöverenskommelsen, var flera månader in i utvärderingsarbetet av uppfattningen att överenskommelsen omfattar samtliga bilagor som nämns längst bak i dokumentet (”Vi tänkte att dessa bilagor lagts till och att vi skulle förhålla oss till dem och kände frustration över att detta gjorts över våra huvuden.”). Överenskommelsen har därför för många framstått som mer omfattande och otillgänglig än den egentligen är. Dessutom har intervjupersoner från flera kommuner uttryckt oro över att de inte känner till formerna för när bilagor kan läggas till eller tas bort (”Plötsligt finns en ny bilaga och det finns ingen kommunikation eller tydlighet kring detta.”). Vi kan dock konstatera att den bakomliggande orsaken är en missuppfattning som har retts ut i samband med föreliggande utvärdering.

Rekommendationer kring omfattningen av hemsjukvårdsöverenskommelsen

- Region Halland och kommunerna bör tydliggöra omfattningen av hemsjukvårdsöverenskommelsen i huvudavtalet genom att enbart lista de bilagor som hör till överenskommelsen samt beskriva beslutsprocessen för eventuella tillägg/borttagande av bilagor.
- Region Halland och kommunerna bör säkerställa att den senaste versionen av hemsjukvårdsöverenskommelsen når samtliga berörda aktörer samt att det finns en tydlig ägare för huvuddokumentet. Det är centralt att samtliga parter har tillgång till samma dokumentversion.
- Region Halland och kommunerna bör i nuläget inte lägga till nya avsnitt eller ta bort befintliga avsnitt (på rubriknivå) från huvuddokumentet (i nuläget åtta avsnitt). Det finns dock skäl att revidera innehållet i de befintliga avsnitten (se mer avsnitt 3.2.3).
- Region Halland och kommunerna bör även fortsättningsvis hålla de tre bilagorna separata från huvudavtalet, om bilagorna anses nödvändiga att behålla. Inga bilagor bör i nuläget läggas till, men det kan eventuellt vara relevant att exkludera befintliga bilagor.

3.2.2 Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen har blivit tydligare, men utmaningar kvarstår

En tydlig ansvarsfördelning för organisering och finansiering av hemsjukvården är en avgörande förutsättning för att säkerställa en hög kvalitet och effektivitet i vården.

Ansvars- och rollfördelningen kan bli tydligare...

Det råder viss förvirring kring ansvar och roller mellan huvudmännen. Denna slutsats dras även i den tidigare nämnda revisionen från PwC. Överlag upplever intervjupersonerna att ansvarsfördelningen är tydligare än före 2015, men att utmaningar fortfarande kvarstår där parterna ibland är oense om sitt eget respektive motpartens ansvar.¹⁵ Intervjupersoner beskriver att det fortfarande inte är tydligt ”vem” som ska utföra ”vad” i alla situationer.¹⁶ En intervjuperson från den offentliga närsjukvården berättar exempelvis att personer med mycket kraftigt graviditetsillamående som har svårt att ta sig till en vårdcentral ska kunna skrivas in i hemsjukvården, men berättar att kommunernas sjuksköterskor har ifrågasatt huruvida detta ligger inom deras uppdrag (*”ska vi verkligen syssla med detta?”*, *”det kan bli en diskussion bara för att de ser att patienten ifråga är ung, där de inte ser på patientfallet utan snarare utgår från att patienten inte passar in i formen och stereotypen”*, *”Andra ärenden som återkommer som dilemma för verksamheterna är när patienten är inskriven i hemsjukvården men vill gå till närsjukvården för vissa insatser, t ex rehabilitering.”*). Såväl kommuner som region önskar därför att det tydligare ska framgå vad som är ansvaret för respektive part.

Vi kan också konstatera att det i intervjuer med såväl företrädare från närsjukvård som företrädare från kommuner uttryckts att deras respektive organisationer är förfördelade vad gäller ansvar och att de önskar att den andra parten ålades mer ansvar (*”Jag upplever att vi har dragit det korta strået”*). Det tycks råda en viss misstänksamhet i kommunerna gentemot regionen och vice versa (*”kommunerna är så starka och dominerar helt”*, *”de på regionen förstår nog inte hur mycket vi gör”*). Från kommunernas sida har det bland annat lyfts fram att det är utmanande att inte kunna *”säga nej”* till regionen. Exempelvis uttrycks från kommunanställda att det är möjligt att stänga vårdplatser på grund av personalbrist inom specialistsjukvården, men att de själva inte har samma möjlighet (*”kommunerna påverkas negativt av Region Hallands stundtals bristande kompetensförsörjning”*). Det är dock viktigt att ha i åtanke att det i praktiken är mycket ovanligt att vårdplatser stängs. Vidare nämner företrädare från närsjukvården att det *”inte bara bör handla om att besvara kommunsköterskornas samtal i tid”*, utan att kommunerna också måste svara och ringa tillbaka när närsjukvården ringer upp och det är upptaget i telefonen (*”borde lägga över en skyldighet även på sjuksköterskorna därute att svara”*).

Trots dessa kvarstående meningsskiljaktigheter kring roll- och ansvarsfördelning kan vi konstatera, som ovan nämnts, att förtroendet mellan kommunerna och regionen överlag anses vara bättre i nuläget jämfört med situationen innan hemsjukvårdsöverenskommelsen.

¹⁵ Ansvarsfördelningen avseende rehabilitering har uttryckts vara särskilt problematisk. Ett mål med hemsjukvårdavtalet är att skapa ett tydligt gränssnitt mellan regionen och kommunerna, där bilagan syftar till att förtydliga de olika vårdgivarnas specifika rehabiliteringsansvar och att underlätta samverkan mellan vårdnivåerna. Under de två år som bilagan i hemsjukvårdsöverenskommelsen har tillämpats har intentionerna inte uppnåtts för arbetsterapi, enligt Sveriges Arbetsterapeuter. För närsjukvårdens arbetsterapeuter anses hemsjukvårdsöverenskommelsen tvärtom ha bidragit till att gränsdragningen mellan närsjukvårdens och kommunens rehabiliteringsansvar har blivit otydligare och att samarbetet har försämrats. Arbetsuppgifterna beskrivs ha ökat i närsjukvården, men utan ökning av personella resurser. Ansvariga vårdcentralschefer upplevs, enligt Sveriges Arbetsterapeuter, vara dåligt insatta i hemsjukvårdsöverenskommelsen och ger inte det stöd som behövs, till exempel vid problem gällande gränsdragning/tolkning av avtalet.

¹⁶ Vidare tar arbetsgruppsmedlemmar upp att det också ibland upplevs finnas en otydlighet gällande uppdraget från GNHH och uppdraget från den strategiska nivån.

...men det råder delade meningar kring hur ansvarsfördelningen i överenskommelsen ska formuleras

Det har dock inte funnits samsyn i utvärderingsarbetet kring vad som bör göras för att komma tillrätta med ovan beskrivna meningsskiljaktigheter avseende ansvarsområden. Inställningen till hur ansvarsfördelningen ska formuleras i överenskommelsen är delad och beror till stor del på vilka förväntningar som finns. Exempelvis har det efterfrågats av ett par intervjupersoner att överenskommelsen bör göras om till ett avtal i vilket plikter och åtaganden förtydligas, för att respektive part ska kunna utkräva ansvar från motparten. Resonemanget är att en överenskommelse inte är tillräckligt bindande. Samtidigt har andra intervjupersoner framfört att ett avtal är för formaliserat: ”det här handlar om ett ömsesidigt samarbete där vi vill hitta gemensamma lösningar”.

Eventuella behov av förtydliganden gällande ansvarsfördelning beror således på synen på hemsjukvårdsöverenskommelsen. Bilden är dock att intervjupersoner sammantaget helst ser vissa förtydliganden avseende ansvarsfördelning, men att det inte är önskvärt att alltför hårt reglera formerna för samarbetet mellan parterna. För att främja samverkan och få till en god hemsjukvård för patienten handlar det mer om att försöka bygga förtroende och tillit snarare än att detaljstyra ansvar, enligt merparten av intervjupersonerna.

Som tidigare nämnts är det sannolikt inte heller ”möjligt att skriva bort alla eventuella otydligheter” i överenskommelsen. Vi kan se att det uppstår tolkningsutrymme och meningsskiljaktigheter även kring sådana frågor som redan kan anses vara tydligt beskrivna i överenskommelsen. Det är därför viktigt att inte ha en övertro till vilka effekter revideringar för ökad tydlighet kommer att få – minst lika viktigt är att parterna arbetar vidare för att hitta former för att kunna tolka i samverkan.

Rekommendationer kring ansvarsfördelning i hemsjukvårdsöverenskommelsen

➤ Se avsnitt 3.2.3 för rekommendationer.

3.2.3 Tydligheten anses ha ökat i jämförelse med tidigare avtal, även om den befintliga överenskommelsen kan utvecklas på flera områden

Tydlighet i hemsjukvårdsöverenskommelsen är en förutsättning för att berörda parter ska förstå vad som menas och för att överenskommelsen ska kunna tolkas lika samt efterlevas. Detta är bland annat väsentligt för att inte onödiga konflikter kring tolkning ska uppstå, vilka kan äventyra möjligheten att ge en likvärdig och god vård för hallänningen.

Tydligheten anses ha ökat sedan hemsjukvårdsöverenskommelsen kom på plats...

Hemsjukvårdsöverenskommelsen anses av arbetsgruppen vara tydligare än det tidigare hälso- och sjukvårdsavtalet från 2009 som föregick hemsjukvårdsöverenskommelsen. Detta trots att det förra avtalet var längre samt mer omfattande. Den första tiden efter införandet av det förra avtalet fanns till och med en särskild tolkningsgrupp i vilken representanter från kommunerna, Regionkontoret och närsjukvården hjälptes åt att tolka avtalet.¹⁷ I en avstämning med regionens kontaktperson för hälso- och sjukvårdsavtalet från 2009 beskrevs att det var mycket vanligt med frågor beträffande otydligheter kring kostnadsansvar och ansvarsfördelning från bland annat verksamhetschefer,

¹⁷ Problemet den gången var dock eventuellt inte att gruppen behövde finnas utan att den inte ersattes av något annat när den upplöstes och frågorna kvarstod. I och med hemsjukvårdsöverenskommelsens införande har dock den regionala genomförandegruppen (som delvis kan ses som en motsvarighet) funnits med hela vägen.

medicinskt ansvariga sjuksköterskor osv. Utifrån detta finns en positiv inställning till hemsjukvårdsöverenskommelsen eftersom tydligheten anses ha ökat.

...men det finns fortfarande otydliga formuleringar och begrepp i överenskommelsen

Även om överenskommelsen upplevs ha blivit tydligare jämfört med föregående samverkansavtal kan konstateras att det finns ett betydande antal otydliga formuleringar, begrepp och ordval i hemsjukvårdsöverenskommelsen. Synpunkterna kring otydlighet rör både större förändringar samt revideringar av enskilda ord. Kritiken utgår framför allt ifrån att ansvarsfördelningen, som konstaterats ovan, och kostnadsansvaret (läs mer under 3.2.6) inte anses vara tillräckligt tydligt formulerade, vilket resulterar i meningsskiljaktigheter avseende tolkning av andra begrepp och meningar (exempelvis enstaka hembesök och tröskelprincipen). Såväl arbetsgruppsmedlemmar från närsjukvården som från kommunerna beskriver att den upplevda otydligheten i hemsjukvårdsöverenskommelsen går ut över patienterna (*"Dels tolkar vi olika mellan kommunerna, vilket äventyrar jämlikheten i regionen. Vidare kan det dra ut på tiden när vi är oeniga kring vad som gäller"*).

Det tycks även råda viss otydlighet kring hemsjukvårdsöverenskommelsens omfång, det vill säga att hemsjukvårdsöverenskommelsen enbart omfattar hemsjukvård i *ordinärt boende*. Alla kunder/patienter som bor på ett särskilt boende (i dagligt tal äldreboende) skall dock ha sin sjukvård från kommunen, enligt det kommunala åtagandet. Detta oavsett om man har en hemsjukvårdsöverenskommelse eller inte.

Det har särskilt framförts utmaningar beträffande tydlighet kring avsnitt 6 (regionens uppdrag) samt avsnitt 7 (kommunernas uppdrag), se Tabell 2 och 3 för en sammanställning utifrån genomfört utvärderingsarbete.

Tabell 2. Prioriterade skrivelser för förtydliganden, från överenskommelsens avsnitt 6
Regionens ansvar

<p>Kommunföreträdare är skeptiska till att det står <i>"Säkerställa och utvärdera att ändamålsenlig läkarmedverkan garanteras i hemsjukvården samt att medicinsk kompetens och kunnande tillförs hemsjukvården."</i> De hävdar att ordet <i>"läkarmedverkan"</i> innebär begreppsförvirring givet ny innebörd över tid och att det är svårt att hålla isär det nya pilotprojektet <i>Läkarmedverkan i hemsjukvård</i> från vad som avsågs med begreppet läkarmedverkan när överenskommelsen kom på plats. Kommunföreträdare har gett uttryck för att de hellre skulle se att begreppet <i>läkarmedverkan</i> ersattes med <i>läkaransvar</i> (<i>"Regionen ansvarar för läkare vilket måste förtydligas. Det får inte stå formulerat att kommunen tar över hemsjukvården eftersom det kan tolkas som att hela patientansvaret är kommunens."</i>).</p>
<p>Närsjukvårdsföreträdare reagerar på att det inte görs någon distinktion mellan närsjukvård och slutenvård. Detta bidrar till otydlighet kring ansvarsfördelningen. Företrädare från den privata närsjukvården har under utvärderingsarbetet uttryckt att det inte finns någon garanti för att närsjukvården har tillräcklig kompetens kring till exempel olika specialpumpar osv., utan att viss kompetens ibland <i>enbart</i> finns inom den specialiserade vården. Närsjukvårdsrepresenterer beskriver att kommunanställda inte alltid har insikt i denna skillnad och därmed vänder sig till närsjukvården när de egentligen borde vända sig direkt till slutenvården. Det anses därför vara önskvärt att definiera slutenvårdens kompetens i avsnitt 6 som beskriver regionens ansvar. Samtidigt uttrycker en arbetsgruppsmedlem från en kommun att <i>"i förarbetena till överenskommelsen är det tydligt att kommunens sjuksköterskor alltid skall ha vårdcentralen bakom sig". Om där inte finns kompetens är det respektive vårdcentralens ansvar kompetenshöja eller efterfråga från slutenvården"</i>.</p>
<p>Representanter från den privata närsjukvården har också efterfrågat att följande text från bilagan om rehabilitering och habilitering lyfts in i avsnitt 6: <i>"Enligt överenskommelsen om hemsjukvården i Halland ansvarar specialistsjukvården för att kompetens tillförs"</i></p>

hemsjukvården för att planerad hälso- och sjukvård på specialiserad somatisk vårdnivå, med bibehållen patientsäkerhet, ska kunna ges i den enskildes hem". Detta för att ytterligare särskilja närsjukvårdens ansvar och kompetens från specialistsjukvårdens. En arbetsgruppsmedlem från en kommun uttrycker dock att detta gäller för patienter som är inskrivna på sjukhuset och skall tas hem till kommunerna, då skall kommunerna påtala om kompetens inte finns och sjukhuset har ansvar för att ge kompetensen genom till exempel lämna tydliga instruktioner för en specifik patient på sjukhuset.

Som ett led i att tydliggöra ansvaret för vårdplanering har det föreslagits från flera intervjupersoner att det bör göras ett tillägg i avsnitt 6 som förtydligar att regionens uppdrag också innebär att vara sammankallande för vårdplanering. Från och med 2018 blir det sannolikt närsjukvården som får ansvaret för att kalla till samordnad individuell plan (SIP) för de patienter som kommer via slutenvården och en harmonisering av denna förändring bör ske i en eventuellt reviderad hemsjukvårdsöverenskommelse (*"Den nya lagen kommer som en gemensam riktlinje och när den är fastslagen kan hemsjukvårdsriktlinjerna ändras utifrån lagen"*).

Arbetsgruppsmedlemmar från kommunerna önskar att det tydliggörs att ansvar för dietist och logoped ligger hos regionen (*"I dag har patienter som är inskrivna i hemsjukvård inte tillgång till denna kompetens då närsjukvården hävdar att det är kommunens ansvar"*). Samtidigt svarar en annan arbetsgruppsmedlem på denna kommentar att: *"kommunen har också rätt att anställa om man ser ett behov av det utifrån de patienter som finns i hemsjukvården"*.

Enligt avsnittet har regionen ett ansvar att i det enskilda ärendet tillföra medicinsk, rehabiliterande och habiliterande kompetens som ligger utanför kommunens kompetensområde. Utifrån ett kompetensperspektiv fungerar det, enligt arbetsgruppsmedlemmar, ofta bra när en patient skrivs ut från slutenvården och en planering finns för hur kompetens ska tillföras i det enskilda ärendet. Det vill säga att slutenvården tillför den kompetens som krävs i det enskilda fallet. Där det uppstår frågetecken är, enligt arbetsgruppsmedlemmar, när det uppkommer behov i verksamheten och av sällan förekommande hälso- och sjukvårdsinsatser som kräver längre fortbildning för att kompetens ska uppnås till exempel:

- Medicinsk akupunktur 15 hp
- Lymfterapi 4 veckors vidareutbildning
- Basal kroppskänedom 5 veckors vidareutbildning

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv föreslår därför arbetsgruppsmedlemmar att det vore intressant att föra en diskussion om hur ofta en insats ska förekomma för att kompetens ska kunna upprättas samt att insatsen ska kunna ges under året utan uppehåll. Detta brukar oftast betyda att två till tre personer behöver ha kompetens och blir ofta ett problem i sig då ärendena är för få för att räcka till för att upprätthålla kompetensen hos de som fått vidareutbildningen. Vidare har efterfrågats att undersöka samt tydliggöra om det är okej att en patient som är inskriven i hemsjukvården får andra insatser från närsjukvården, under avgränsad tid.

Anm. Avsnitt 6 i hemsjukvårdsöverenskommelsen som reglerar regionens ansvar anses vara i särskilt stort behov av förtydliganden. Kommentarer rörande avsnittet har framförts av såväl företrädare för kommun, region och närsjukvård.

Tabell 3. Prioriterade skrivelser för förtydliganden i hemsjukvårdsöverenskommelsen, från 7 Kommunernas ansvar

Kommunföreträdare föreslår att det bör förtydligas i avsnitt 7 att kommunerna övertagit regionens ansvar för hemsjukvård på sjuksköterskenivå i stället för: *"Kommunerna i Halland övertar regionens ansvar för hemsjukvård och därmed det samlade ansvaret för hemsjukvården"*. Detta utifrån att kommunerna upplever att regionen ibland *"målar upp en bild av att kommunernas ansvar är mer omfattande än vad de kommit överens om"* inom ramen för hemsjukvårdsöverenskommelsen. För att detta ska bli fullt korrekt krävs i så fall ett förtydligande kring att kommunernas ansvar även avser arbetsterapeuts- och sjukgymnastnivå (samt eventuellt även ändra ordet sjukgymnast till fysioterapeut).

Intervjupersoner, från såväl region/närsjukvård som kommun, har efterfrågat att det tydligare bör framgå i avsnitt 6 vilken typ av kompetens som respektive part ska ha tillgång till. Detta då

de har upplevt att det med nuvarande hemsjukvårdsöverenskommelse ibland uppstått problem när viss kompetens inte funnits att tillgå under till exempel semestertider. ¹⁸
Definitionen av hemsjukvården i Halland anses vara tydlig och fungera väl. Dock är det missvisande att definitionen av hemsjukvården står under avsnittet om kommunernas uppdrag. Detta bidrar, enligt företrädare från såväl region som kommun, till att underminera upplevelsen av att det är ett <i>gemensamt</i> ansvar. Stycket bör därför snarare lyftas upp till en mer övergripande nivå (exempelvis i ingressen till själva överenskommelsen, före avsnitt 1. <i>Giltighet</i>), inte minst när vårdplaneringar i hemmet kommer att utföras av närsjukvården i allt större utsträckning och därmed inte bör finnas beskrivet under avsnittet som beskriver kommunernas ansvar.
I avsnittet står följande: <i>”Planerade och oplanerade hembesök. Med oplanerade besök avses snabb insats hos i normalfall vårdplanerad patient från sjuksköterska vid oförutsedda behov”</i> . Meningen anses vara mycket svårtolkad och flera intervjupersoner har föreslagit att den tas bort, då den inte anses tillföra något i tillägg till definitionen av hemsjukvården.
Även följande mening anses vara förvirrande: <i>”Vad gäller rehabilitering och habilitering så ska nu gällande bilaga till samarbetsavtalet i hälso- och sjukvård fortsätta att gälla”</i> . Tidigare kallades avtalet för ett hälso- och sjukvårdsavtal, och frågor har lyfts huruvida detta avser den gamla benämningen. Meningen behövs sannolikt inte längre, därtill framgår att bilagan för rehabilitering och habilitering gäller redan i början av överenskommelsen.
Företrädare från den privata närsjukvården upplever att det inte tillräckligt tydligt framgår att kommunerna <i>också</i> har ansvar för att kunna förskriva hjälpmedel. Det beskrivs ha funnits fall där kommuner periodvis inte själva haft möjlighet att förskriva hjälpmedel under semestertider och då räknat med att detta varit regionens roll. De skulle därför önska att meningen <i>”Alla hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av sjuksköterska (inklusive specialistsjuksköterska), sjukgymnast och arbetsterapeut”</i> skrevs om för att tydliggöra att det inom dessa kompetenser även ska finnas anställda som kan förskriva hjälpmedel.
Det står under 7.3 Hemsjukvårdens uppdrag <i>”med undantag av undantag för psykiatri och missbruksvård”</i> . Utöver att det blivit språkligt fel med dubbla <i>”undantag”</i> , har flera intervjupersoner uttryckt att det är förvirrande att psykiatri exkluderas (<i>”Varför skulle inte psykiatri kunna ingå i hemsjukvården?”</i>). Det anses inte minst förvirrande att psykiatrin ska exkluderas när två av överenskommelsens överenskommelser handlar om just psykiatrin. Arbetsgruppen har därför föreslagit att skrivelsen skall tas bort.
Vidare uttrycker en arbetsgruppmedlem gällande avsnitt 7 att: <i>”Enligt överenskommelsen punkt 7.3 ansvarar hemsjukvården för specialiserad somatisk vårdnivå. Denna definition är inte beskriven i överenskommelsen och öppen för tolkning. Det kvarstår att definiera vilken typ av läkarmedverkan som ska finnas för dessa individer.”</i>

Några övriga önskemål avseende förtydliganden har lämnats i samband med utvärderingsarbetet. Bland annat har önskemål från Genomförandegruppen framförts gällande att lyfta frågan huruvida medicinsk teknisk utrustning ska tolkas som förbandsmaterial i överenskommelsen. Begreppet anses behöva tydliggöras för en god patientsäkerhet kopplat till ordinationer och för möjlighet till nyttjande av upphandlingsavtal skrivna av Region Halland. Vidare önskar arbetsgruppmedlemmar att läkarmedverkan för barn bör ses över.

Som övrig observation kan nämnas att arbetsgruppmedlemmar har uttryckt att det är positivt att den tidigare Egenvårdsbilagan har slopats, men att det är problematiskt att det har blivit otydligt vad som gäller för barn. Sedan egenvårdsbilagan togs bort står det inte längre tydligt någonstans vad som gäller för barn på korttidsboende. Detta är egentligen utanför ramen för befintlig hemsjukvårdsöverenskommelse, men har lyfts som en angelägen negativ utveckling att ta upp i förhållande till hur det såg ut tidigare. Vi har också erhållit kommentarer om att det behöver

¹⁸ Antalet inskrivna patienter i den kommunala hälso- och sjukvården varierar i de halländska kommunerna mellan 137 till 1597, medelvärde cirka 700 och median 675 (siffror från Indikatorrapporten, feb 2017). Det innebär att de är stora skillnader mellan kommunerna i möjligheter att tillhandahålla kompetens inom till exempel ovanstående beskrivna områden.

kvalitetssäkras hur beslut om egenvård dokumenteras, planers, utförs och följs upp av båda huvudmännen.

Rekommendationer kring tydligheten i hemsjukvårdsöverenskommelsen

- Region Halland och kommunerna bör se över ansvarsfördelningen i överenskommelsen samt i möjligaste mån förtydliga det innehåll som upplevs som otydligt. Det är viktigt att såväl representanter från kommun och region finns representerade i arbetet för att genomföra såväl mindre justeringar, framför allt i överenskommelsens avsnitt 6 och 7, som att diskutera större förändringar. Detta för att kunna nå konsensus kring vad som upplevs otydligt samt hur detsamma bör omformuleras.

3.2.4 Samverkan har stärkts över tid, men sker fortfarande sporadiskt medan strukturer och formalisering för att säkra samverkan ibland saknas

Samverkan mellan vårdkedjans samtliga delar är av stor betydelse för att få till en god och välfungerande hemsjukvård. Informationsöverföring och löpande dialog är viktiga beståndsdelar för en god samverkan. I och med att patienter efter kortare tid kommer att skrivas ut från slutenvården samt att allt mer vård planeras att utföras i hemmet i Region Halland kommer sannolikt behovet av samverkan och välfungerande övergångar mellan huvudmännen att öka ytterligare framöver.

Olika syn kring graden av samverkan inom hemsjukvården

I utvärderingsarbetet har olika bilder tecknats vad beträffar graden av samverkan inom hemsjukvården, både på strategisk tjänstemannanivå och mer operativ verksamhetsnivå. Det har hörts synpunkter både kring att samverkan fungerar väl respektive mindre väl, samt att samverkan har varit oförändrad respektive har stärkts sedan hemsjukvårdsöverenskommelsens införande.

Vi kan inledningsvis konstatera att det finns delade meningar kring GNHH:s efterlevnad av sitt uppdrag, där flera (men inte alla) intervjuande politiska nämndsledamöter i GNHH är positivt inställda medan merparten av intervjupersonerna utanför GNHH är mer kritiska. Som tidigare nämnts är GNHH det politiska samverkansorganet rörande frågor som avser kommunernas övertagande av hemsjukvårdsansvaret. GNHH ska enligt överenskommelsen föreslå ”*samverkansmöjligheter till huvudmän inom vård-, omsorg- och hälso- och sjukvårdsverksamheter som riktar sig till för huvudmännen gemensamma brukargrupper*” samt ”*särskilt ansvara för samverkan inom hemsjukvårdsområdet och angränsade områden*”. Några tillfrågade företrädare för GNHH lyfter att GNHH starkt har bidragit till att främja samverkan (”*Via GNHH kan vi ta del av goda exempel som vi sedan tar hem till vår egen verksamhet och lär oss av*”). Å andra sidan framhålls det i flera intervjuer med personer utanför GNHH (samt även personer inom GNHH) att samverkansnämnden inte fullt ut har den genomförandekraft som ligger i de förväntningar som skapas av uppdraget. Intervjupersoner framhåller brist på ansvarstagande hos vissa ledamöter och att GNHH är anonymt och ”*utan muskler att verka för förändring*”. Det finns också en uppfattning om att de olika frågorna som nämnden diskuterar inte kommuniceras tillbaka till verksamheterna (”*Det är något av en udda fågel. Det känns ibland som att politikerna går dit, lyssnar och sen blir det inget mer med det*”). Andra framhåller att det tar tid att etablera en nämnd som GNHH (”*På två år bör man inte ha för stora förväntningar, nämnden har kommit mycket långt på kort tid*”) och att samverkan stadigt förbättrats (”*Nämnden blir bara vad man gör den till*”).

Det tycks även finnas stora lokala variationer i hur väl samverkan fungerar (”*Samarbetet fungerar bäst i mindre kommuner.*”). I genomförda intervjuer lämnas olika åsikter beträffande graden av samverkan från utförarnas sida. Från en kommun framförs att ”*vi har fått nya dialogmöten och*

det känns som att det har blivit en helt annan ton med mer samarbete nu, alla anstränger sig mer”, medan det bland andra kommunanställda exempelvis lyfts fram att ”närsjukvården inte alls är med på banan hos oss”. Även arbetsgruppsmedlemmar från närsjukvården berättar att det skiljer sig från verksamhet till verksamhet och kommun till kommun gällande hur väl kontakten och samarbetet med närliggande aktörer fungerar.

Vidare råder skilda uppfattningar kring hur väl förutsättningarna att samverka ser ut och vad de respektive parterna gör för att bidra till samverkan. I arbetet har bland annat företrädare för den privata närsjukvården framfört att *”de inte får vara med”, ”de inte får information” och att ”de blir inte inbjudna till olika samverkansforum”*. Företrädare från den privata närsjukvården uttrycker att de får begränsad återkoppling. Samtidigt har anställda vid Regionkontoret uttryckt att *”det är så svårt att få med sig och nå fram till de privata vårdcentralerna” och ”vi bjuder alltid in men känner inte att de nappar.”* På grund av konkurrensaspekter kan det eventuellt vara vanskligt att få de privata aktörerna att samverka i samma grad som den offentliga verksamheten (*”25 konkurrenter känner inte nödvändigtvis att de har samma kitt och att de ska utse representation och jobba ihop”*).

Skillnaderna i synen på hur väl samverkan fungerar kan bero på skillnader i förväntningar som i sin tur påverkar synen på huruvida det fungerar bra eller ej, vilket även är en av de slutsatser som PwC drar i sin revision från 2017.

Nya dialogmöten och forum för samverkan har kommit på plats i samband med överenskommelsen och det finns en regional stödstruktur...

Även om det inte råder någon entydig bild kring hur väl samverkan fungerar kan vi efter genomförda intervjuer konstatera att en positiv aspekt av hemsjukvårdsöverenskommelsen är att fler dialogytor har kommit på plats. Trots att olika bilder har lämnats med hänsyn till samverkan genom GNHH, har upplevelserna i princip uteslutande varit positiva avseende nytilkomna regionala genomförandegruppen för hemsjukvårdsöverenskommelsen (Genomförandegruppen) samt Indikatorgruppen. Vidare kan konstateras att det finns en regional stödstruktur för samverkan som är formaliserad.

Genomförandegruppen är ett samverkansforum på tjänstemannanivå som består av representanter från de olika förvaltningarna i Region Halland och från respektive kommun. Gruppen skapades vid hemsjukvårdsöverenskommelsens ikraftträdande för att arbeta för en harmonisering av hemsjukvårdens utformning. Exempelvis har gruppen möjliggjort samsyn angående definitionen av enstaka hembesök.¹⁹ Möten hålls ungefär en gång per månad och genomförandegruppens mandat har förlängts i omgångar.

Indikatorgruppen, som startade i samband med hemsjukvårdsöverenskommelsen, har lett ett utvecklingsarbete avseende att ta fram och följa upp indikatorer inom hemsjukvården i Halland. Så kallade indikatorrapporter tas löpande fram vilket innebär att det har blivit möjligt att diskutera och kunna jämföra statistik (*”varför ser det ut så hos er? varför ser vi skillnader mellan kommunerna?”*), vilket i sin tur skapat flera nya ytor för samverkan, enligt intervjupersoner.

Det finns också, som tidigare nämnts, en regional stödstruktur som är formaliserad, med en strategisk grupp för socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård. Strategisk grupp har dessutom i uppdrag av Chefsgrupp Halland att under året organisera regionala grupperingar kring hemsjukvård (i dag genomförandegrupp och indikatorgrupp) direkt under sig, det vill säga inom

¹⁹ Tidigare fanns olika bedömningskriterier mellan kommunerna för enstaka hembesök. För att skapa en likvärdig bedömning och därmed likvärdig vård, har en sammanställning gjorts av kommunernas bedömningskriterier/rutin i syfte att utforma en gemensam rutin.

sin taktiska nivå, i stället för att de ska ligga direkt under GNHH som i dag. Detta uppdrag är resultatet av att just förutsättningarna för att samverka på ett bra sätt och styra hemsjukvård har diskuterats på senare tid.

Från och med hösten 2017 kommer inte längre genomförandegruppen och indikatorgruppen att svara direkt mot nämnden, utan i stället går dialogen via strategisk grupp som har medlemmarna i grupperingarna i sin linje(organisation) och som har ansvaret (på tjänstemannanivå) för samverkan inom socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård, däribland hemsjukvård, i Halland. Detta bedömer vi som en ytterligare positiv utveckling.

...men samtidigt brister ibland processer och strukturer för att säkerställa samverkan

Oavsett synen på graden av samverkan inom hemsjukvården kan vi konstatera att stödsystem och strukturer som *säkerställer* samverkan ibland brister, både vad gäller samverkan på regionnivå samt på individnivå för den enskilda patienten.

Samverkan inom den halländska hemsjukvården har i intervjuer beskrivits vara något personberoende såtillvida att det saknas processer och strukturer för att säkra samverkan. Grad av samverkan tenderar i stället, enligt flera intervjupersoner, att vara avhängigt intresse och driv hos enskilda medarbetare (*"Det finns ingen formaliserad samverkan där delaktighet från relevanta aktörer riktigt kan säkras"*). Arbetsgruppsmedlemmar har uttryckt att deltagande i samverkansforum sker sporadiskt (*"Ofta är det någon part som uteblir vid samverkanssamtal"*). Som exempel kan nämnas att det har varit svårt att säkra involvering från alla parter i detta utvärderingsarbete.

Som ytterligare exempel på områden där samverkan kan utvecklas kan vårdplanering nämnas. Som framgår av definitionen av hemsjukvården ska vårdplanering utgöra navet i hemsjukvården (se avsnitt 7.2). Huvudansvaret för patienten ska ligga på den vårdcentral där patienten är listad, men enligt intervjupersoner är närsjukvården i regel *inte* en aktiv part i vårdplaneringen i samband med utskrivning i Halland.

Förklaringar till varför samverkan brister anses till exempel vara att det inte krävs, att trösklarna är för höga samt att förutsättningar saknas. Bland annat har företrädare för den privata närsjukvården meddelat att de gärna skulle delta i flerpartssamtal om samverkansmötena i större utsträckning anpassades och genomfördes via exempelvis digitala lösningar. Vidare har bristande tekniska lösningar uppgivits som ett hinder för samverkan, som ett exempel pekar en intervjuperson på att fax fortfarande används inom öppenvården och att det är utmanande att dela information om en patient mellan huvudmännen: *"vi har inte rätt förutsättningar att på ett smidigt sätt få till ett tidseffektivt samarbete kring patienten"*, *"Anmälan om vårdplanering faxas men arbetsterapeuterna i närsjukvården får inget gensvar om de tagit emot ärendet eller vad de beslutat. Därför vet de inte om de ska åtgärda ärendet eller inte"*, *"Informationen i datorjournalen VAS är inte tillförlitlig, då denna inte ger klart besked om huruvida patienten är inskriven i hemsjukvården eller i närsjukvården. Arbetsterapeuterna måste därför ofta kontakta kollega i kommunen för att stämma av vem patienten tillhör. Det innebär fördröjning i patientärendet, då det kan vara svårt att få tag på varandra direkt eller nå rätt person. Samma problem kan uppstå för arbetsterapeuter vid Hallands sjukhus, då de har svårt att veta vem de ska överrapportera till."*

En ytterligare anledning till att samverkan ibland brister är att det anses vara svårt att veta var i samverkansstrukturen som utvecklingsfrågor ska lyftas och tas omhand. Som ett exempel kan följande citat nämnas: *"de medicinskt ansvariga för rehabilitering initierade, för snart två år*

sedan, ett omtag när det gäller ansvar för andningshjälpmedel. Frågan har varit uppe i taktisk grupp funktionshinder, strategisk grupp... men det blir ingen verkstad.”

Rekommendationer kring samverkan i hemsjukvårdsöverenskommelsen

- Region Halland och kommunerna *bör* gemensamt utreda vilket mandat GNHH har/ska ha samt tydliggöra vilka frågor nämnden hanterar, hur uppföljning av nämndens arbete görs samt vilket ansvar som åligger nämndsledamöterna. Vidare bör beslutsordningen tydliggöras.
- Region Halland och kommunerna *bör överväga* att formalisera samverkan ytterligare i alla led samt i vissa sammanhang kräva representation från alla berörda parter. Denna rekommendation är även i linje med en rekommendation från PwC, som i den tidigare nämnda revisionen konstaterar att samverkan på lokal verksamhetsnivå behöver formaliseras och systematiseras för att skapa samsyn avseende tolkning av avtal, rutiner och riktlinjer för en likvärdig och patientsäker vård.²⁰
- Region Halland och kommunerna *bör överväga* att inleda ett arbete för att säkerställa att parter i möjligaste mån arbetar för att förutsättningar skapas för att möjliggöra användning av digitala verktyg såsom videokonferens/Skype i syfte att underlätta och effektivisera samverkan, exempelvis i vårdplaneringen.

3.2.5 Uppföljningen har stärkts, men fortfarande finns tydliga utvecklingsområden

Uppföljningen av hemsjukvårdsöverenskommelsen är av stor vikt för dess utveckling och för att säkerställa att överenskommelsen efterlevs. För att främja det syfte som ligger till grund för hemsjukvårdsöverenskommelsen, det vill säga att göra hemsjukvården mer enhetlig och optimal samt sammanhållen för patienten, är uppföljning och efterlevnad centralt.

Uppföljningen av hemsjukvården har utvecklats men ifrågasätts...

Givet att specifik uppföljning av efterlevnaden av hemsjukvårdsöverenskommelsen inte genomförs är det svårt att dra långtgående slutsatser avseende efterlevnaden. Uppföljningen inom hemsjukvården anses dock ha utvecklats positivt i samband med hemsjukvårdsöverenskommelsens införande. Som tidigare har nämnts gäller i dag samma avtal i hela regionen. Före 2015 fanns utöver hälso- och sjukvårdsavtalet även lokala tilläggsavtal mellan kommun och region. I samband med att hemsjukvårdsöverenskommelsen infördes togs dessa lokala avtal bort och det finns i dag enbart ett samlat dokument, vilket anses ha bidragit till att uppföljning av hemsjukvården blivit betydligt enklare. Viss harmonisering av statistik har skett och uppföljning av enhetliga och jämförbara indikatorer har påbörjats. Exempelvis menar Indikatorgruppen att en stabilisering tycks ha skett över tid där det börjar se ut som att man har hittat rätt patientgrupp, bland annat genom tydliggörande kring vilka som blir inskrivna i hemsjukvården och vilka som kategoriseras under enstaka hembesök (*”värdena och indikatorer som finns har över tid allt mer konvergerat i de olika kommunerna, vilket skulle kunna indikera att vården i allt större utsträckning är likartad oavsett i vilken kommun som hallänningen bor”*). Samtidigt har framlagts att det fortfarande finns stora lokala variationer, men att detta är naturligt givet kommunernas olika förutsättningar (*”Det är inget som hemsjukvårdsöverenskommelsen kan råda bot på”*).²¹

²⁰ Samtidigt har beskrivits av en arbetsgruppsmedlem att detta är väl beskrivet i den regionala genomförandegruppens uppdrag samt att medlemmarna tar ansvar för samverkan. I stället framför en arbetsgruppsmedlem i stället att problemen består i att uppdragen kommer från GNHH och Strategisk grupp, vilket kan bli mycket rörigt samt att genomförandegruppen därför behöver mandat.

²¹ Närheten och tillgänglighet till sjukhus beskrivs exempelvis ha stor betydelse för vilka sökmönster som finns inom vården, där till exempel akuta och mer allvarliga fall i sker på vissa vårdcentraler i helt annan utsträckning än bland andra.

Intervjupersoner har emellertid i stor utsträckning ifrågasatt följsamheten till flera av skrivelserna i hemsjukvårdsöverenskommelsen. I ett flertal avstämningar under utvärderingsarbetet har det framförts åsikter likt följande: *”själva överenskommelsen är det inget fel på, det handlar om hur den efterlevs och vad som sker i praktiken”* samt *”vi är tveksamma till att detta skulle göras i praktiken.”*

För det första kan nämnas att flera intervjuade (såväl nämndsledamöter i GNHH som andra intervjuade) upplever att GNHH:s uppdrag enligt överenskommelsen inte fullt ut stämmer överens med vad som utförs i praktiken. I hemsjukvårdsöverenskommelsen står det exempelvis att det ingår i GNHH:s uppdrag att *”utvärdera att ändamålsenlig läkarmedverkan garanteras samt att medicinsk kompetens och kunskaper systematiskt tillförs hemsjukvården”* samt *”Fortlöpande analysera och följa upp hemsjukvården för att inför kommande mandatperiod kunna föreslå förbättringar och justeringar i modellen”*. En stor andel intervjupersoner ställer sig frågande till dessa skrivelser och menar att detta inte görs. Som tidigare har diskuterats kan detta bero på att hemsjukvårdsöverenskommelsen endast har funnits i två år.

För det andra har intervjupersoner i stor utsträckning lyft fram utmaningar kring följsamhet beträffande läkarmedverkan och följsamhet till hur hemsjukvårdsuppdraget ska utföras. Det beskrivs exempelvis vara praxis att inte kunna få läkarhjälp inom tio minuter, trots den så kallade tio minuters-regeln.²² PwC skriver emellertid i sin revision att problematiken med läkarmedverkan inte är ett generellt och organisatoriskt problem, utan ser olika ut beroende på vårdcentral. Samtidigt kan det eventuellt tolkas som ett organisatoriskt problem om det ser olika ut beroende på vårdcentral (*”vi har inte uppfattat att regionen har följt upp hur läkarmedverkan säkerställs. Medicinskt ansvarig sjuksköterska har följt upp det inom ramen för sitt uppdrag. När resultaten sedan visar att flera vårdcentraler inte fullgör sitt ansvar finns ingen tydlig mottagare för den informationen”*).

Vidare tycks kritiken avseende bristande följsamhet av hemsjukvårdsöverenskommelsen delvis bero på att olika tolkningar görs. Exempelvis tycks parterna, framför allt tiden efter överenskommelsens införande, ha tolkat enstaka hembesök olika. Detta innebär att en part kan uppleva att en annan part inte efterlever överenskommelsen när förklaringen snarare är att de har olika bild av vad det innebär att efterleva överenskommelsen.

Utmaningar avseende följsamheten av hemsjukvårdsöverenskommelsen tycks, av naturliga skäl, huvudsakligen ha varit mest framträdande vid tiden efter införandet samt ha berott på uppstartsproblem. Exempelvis berättade en anhörig i en intervju att hon försökt ordna hemsjukvård för sin partner *efter* hemsjukvårdsöverenskommelsens införande, men att de först fått beskedet att detta inte var möjligt på grund av att hennes partner saknade biståndsbeslut för personlig omvårdnad (trots att detta resonemang inte längre var aktuellt utifrån den nya tröskelprincipen). Exemplet illustrerar att patienten bemötts av personer som inte känt till vad som gällde utifrån den nya hemsjukvårdsöverenskommelsen utan utgått från principerna i det tidigare hälso- och sjukvårdsavtalet. Sådana exempel beskrivs ha blivit färre allt eftersom att *”det har satt sig ute i verksamheterna vad som gäller.”*

Samtidigt tar ett par arbetsgruppsmedlemmar upp att de tror att avtalsföljsamheten och efterlevnaden för vissa områden inom hemsjukvården har försämrats över tid. Detta har inte med

²² Tio minuters-regeln innebär att en sjuksköterska i hemsjukvården vid behov ska kunna få hjälp från närsjukvårdens läkare inom tio minuter.

hemsjukvårdsöverenskommelsen i sig att göra, utan beskrivs snarare bero på att uppdraget har blivit svårare att klara av (huvudsakligen kopplat till bemanning och ökad vårdtyngd).

...samtidigt kvarstår begränsningar med möjligheten att följa upp

Det finns ett antal olika förutsättningar som rimligtvis påverkar möjligheten att både följa upp på en mer övergripande strategisk nivå, samt på verksamhetsnivå. Uppföljning av såväl processer (användning av rutiner, hur arbetsuppgifter genomförs etc.) som resultat (uppföljning av resurseffektivitet, kvalitet och likvärdig vård för hallänningen) är viktigt för att säkra hemsjukvårdens utveckling, vilka säkerställs genom ett antal förutsättningar.

Överlag bedöms förutsättningar för jämförbar uppföljning saknas, i regel på grund av olika redovisnings- och verksamhetssystem, otydliga begreppsdefinitioner och bristande jämförbarhet mellan kommunerna. PwC nämner i sin revision från 2017 att ”*uppföljning och utvärdering av hemsjukvården på övergripande nivå inte är tillräcklig*”. De menar att nyckeltal och indikatorer följs för till exempel antal inskrivna (volymer), men att det finns brister kring uppföljning av kvalitet inom hemsjukvården (till exempel återinskrivningsanalyser och patientenkäter om upplevd sjukvård, nöjdhet etc.). Dock bör understrykas att Indikatorgruppen nyligen har inlett ett arbete för att inkludera variabler för kvalitet i sin uppföljning. Kvalitetsrevision genomförs av Regionkontoret, men enligt uppgifter från avdelningen för uppföljning och analys var revisionsanslaget 2016 ”*brett riktat till hela uppdraget och inte så mycket om själva kommunavtalet*”.

På verksamhetsnivå saknas en enhetlig och konsekvent uppföljning av processer, men utvecklingsarbeten pågår

Vidare begränsas möjligheterna att på ett tillförlitligt sätt kunna följa upp hemsjukvården på verksamhetsnivå av att medarbetare inte alltid rapporterar exempelvis avvikelser.²³ Inkomna avvikelser ska sammanställas, analyseras, följas upp och vara en del i ett systematiskt förbättrings- och kvalitetsarbete. PwC skriver i sin revision att ”*enligt uppgifter följs inte alltid rutinerna fullt och avvikelser skrivs inte alltid enligt fastställd rutin utan hanteras ofta informellt i dialog mellan verksamheterna, till exempel vid telefon*”.

Samtidigt pågår flera utvecklingsarbeten, vilket är positivt. Exempelvis bildades det i december 2016 en regional patientsäkerhetsgrupp på initiativ av Strategisk grupp utifrån att behov kring uppföljning diskuterats. Gruppen har inlett sitt arbete under våren 2017.

Rekommendationer kring uppföljning och följsamhet av hemsjukvårdsöverenskommelsen

- Region Halland och kommunerna *bör* fortsätta den pågående utvecklingen av indikatorer och säkerställa att uppföljningen av hemsjukvårdsöverenskommelsen utvecklas.

3.2.6 Nuvarande ersättningsmodell är förenad med flera svagheter och tycks inte fullt ut svara mot sitt syfte

En ersättningsmodell bör vara anpassad för den typ av verksamhet som ska bedrivas då ersättningen påverkar förutsättningar, incitament och beteenden. Modellens syfte och tänkta funktion bör vara tydlig i organisationen (Lindgren, 2014). Ersättningsmodellen inom hemsjukvården är således av stor betydelse.

²³ Uppföljningen av hemsjukvårdsöverenskommelsen på verksamhetsnivå ska ske via avvikelser och efterlevnad säkerställas via dialog.

Nuvarande ersättningsmodell utgår ifrån förväntade kostnader för hemsjukvården

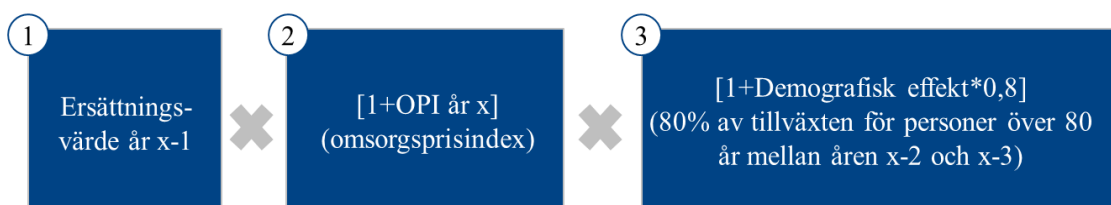
Inom ramen för Region Hallands hälso- och sjukvårdsansvar, av vilket hemsjukvården utgör en del, får regionen ekonomiska resurser från exempelvis skatteintäkter och statliga bidrag. Ersättningsmodellen för hemsjukvården styr och reglerar kommunernas erhållna ersättning från Region Halland.

Innan hemsjukvårdsöverenskommelsen trädde i kraft 2015 utgick ersättningsmodellen från ett så kallat tjänsteköpsavtal som tecknades mellan kommunerna och landstinget/regionen. Regionen kunde köpa hemsjukvårdstjänster från kommunerna och för utförda tjänster debiterades regionen utifrån en redovisning av utförda timmar samt kringliggande kostnader i utförandet av tjänsten (exempelvis förbrukningsartiklar och medicinteknisk utrustning).²⁴ I takt med att den nya hemsjukvårdsöverenskommelsen utvecklades, ersattes det tidigare tjänsteköpsavtalet. Det beslutades att den nya ersättningsmodellen skulle frångå en ersättning baserad på *faktiska kostnader* (där ersättningen bestäms i efterhand) och i stället utgå ifrån *förväntade kostnader* (där ersättningen bestäms på förhand).

I hemsjukvårdsöverenskommelsens avsnitt 8 beskrivs hur de förväntade kostnaderna räknas ut genom ersättningsmodellen. I avsnittet beskrivs också ansvar för finansiering, hur utbetalning görs samt möjlighet till eventuell omräkning av ersättningsbelopp. I överenskommelsen framgår att kommunen ansvarar ”för finansiering av hemsjukvården inklusive framtida volymändringar på grund av den demografiska utvecklingen och den medicinskt tekniska utvecklingen med de vårdnivåer som föreligger 2013-12-31”, men ersätts enligt det förväntade ersättningsvärdet.

Ersättningsmodellen utgår ifrån en generell formel för uträkning av det förväntade ersättningsvärdet, se Figur 1. Som illustreras i figuren baseras ersättningens storlek på föregående års ersättning samt uppräkningsindex (OPI) och en demografisk effekt.²⁵ De två senare variablerna är tänkta att spegla kostnadsutvecklingen för hemsjukvård i ordinärt boende.

Figur 1. Generell formel för det förväntade ersättningsvärdet, år x



För beräkningen av ersättningsvärdet 2015 (det vill säga startåret, året då hemsjukvårdsöverenskommelsen trädde i kraft och därmed när kommunerna började få ersättning utifrån modellen) gjordes beräkningar utifrån ovanstående modell. Detta innebär att ersättningsvärdet för 2014 togs fram (utifrån bland annat tjänsteköp 2013) och multiplicerades med OPI för 2015 och demografisk effekt för åren 2013 och 2012.

²⁴ I tjänsteköpsavtalet står följande att läsa kring kringliggande kostnader utöver personal (§6): Landstinget tillhandahåller (kostnadsansvar) de hjälpmedel, förbrukningsmaterial, provtagningsmaterial, medicinteknisk utrustning och annan utrustning som kommunens personal behöver för utförande av insats inom landstingets ansvarsområde.

²⁵ OPI offentliggörs/beräknas av SKL. Demografiska effekten motsvarar tillväxten av personer över 80 år per kommun. Beräkningen utgår från skillnaden mellan tre år tillbaka i tiden respektive två år tillbaka i tiden och data hämtas från SCB. Vid överenskommelsens start fick varje kommun samma vikt utifrån Hallands totala demografiska effekt, men från och med 2016 (enligt beslut från *Strategisk grupp* 2015-11-13) räknas den demografiska effekten för respektive kommun. Den demografiska effekten multipliceras med en faktor 0,8 vilken dels ska ta bort effekten av de personer som bor på särskilt boende samt ta hänsyn till eventuella effektiviseringsmöjligheter kommunen gör.

Det totala ingångsvärdet år 2014 som användes i ersättningsmodellen inför utbetalningarna år 2015 uppgick till totalt 70,7 miljoner kronor (mkr) och togs fram utifrån ett antal datakällor som summerades ihop, vilket illustreras i Tabell 4 nedan. Utgångspunkten var att inkludera all produktion av hemsjukvård i ordinärt boende som kunde tänkas föras över till kommunerna. Därför inkluderades tjänsteköpen från 2013 vilka uppgick till 58,5 mkr, omsorgsprisindex, en effektiviseringsberäkning (det ansågs att kommunerna skulle lyckas effektivisera sin organisation i och med den nya överenskommelsen) samt regionens kostnader från vårdenheterna på 8,4 mkr vilket till största delen representerar de hembesök som regionen utförde under 2013. Som tabellen synliggör är det framför allt tjänsteköpen 2013, vilka stod för mer än 80 procent av 2014 års startvärde, som kommit att få stor inverkan på efterföljande års ersättningsbelopp.

Tabell 4. Startvärdet för ersättningsmodellen (ingångsvärdet från 2014 som användes i 2015 års ersättning)

(mkr)	Tjänsteköp 2013	Retroaktiv uppräknig OPI	Effektivisering 1% retroaktiv	Summa	Regionens kostnader vårdenheter	2014
Halmstad	12,3	1,3	-0,5	13,0	4,1	17,2
Kungsbacka	11,0	1,0	-0,4	11,6	0,9	12,6
Varberg	11,1	1,3	-0,5	11,9	0,8	12,7
Falkenberg	13,1	1,3	-0,5	13,9	1,4	15,3
Laholm	7,4	0,9	-0,4	7,9	0,4	8,3
Hylte	3,7	0,4	-0,2	3,9	0,7	4,7
Summa Regionen	58,5	6,3	-2,5	62,3	8,4	70,7

Kommentar: Belopp redovisade i mkr.

*Hemvårdsförvaltningen 11,2 mkr, Socialförvaltningen 1,1 mkr.

**Äldreomsorg 9,5 mkr, Funktionsstöd 1,5 mkr.

Källa: Presentation Strategisk grupp, Simon Lindroos 2015-11-13.

Den nya ersättningsmodellen mötte motstånd redan inledningsvis

Ersättningsmodellen mötte kritik och var ifrågasatt redan från början. Intervjupersoner berättar att flera parter fick acceptera en ersättningsmodell och ersättningsnivåer i den nya hemsjukvårdsöverenskommelsen som de redan från början var kritiska till. Detta för att det alls skulle vara möjligt att enas om den nya överenskommelsen.

Flera intervjupersoner menar också att ersättningsmodellen infördes utan att de förstod den ("Vi tänkte att det där har väl ekonomerna koll på men kände oss ändå negativt inställda") och att den delvis saknade transparens. I efterhand har det därför varit svårt att förstå vad som ligger till grund för modellen ("Varför justeras demografisk effekt med just värdet 0,8? Det framgår ingenstans och bara två år efter är det svårt att veta vad modellen grundade sig på för antaganden och strategiska avvägningar").

Det är möjligt att återöppna omförhandling, men kommunerna uppfattar att det saknas en tydlig process och underlag

Sedan hemsjukvårdsöverenskommelsens start har den nya ersättningsmodellen varit föremål för många synpunkter, framför allt avseende det ersättningsbelopp som ersättningsmodellen utgår ifrån (huvudsakligen tjänsteköpen 2013). Kommunföreträdare har uttryckt kritik både vad gäller den absoluta ersättningsnivån ("vi får för lite från regionen") samt nivån i relation till andra kommuner ("vi är tveksamma till att de nästan får lika mycket som vi får trots att vi är mycket större").

Utifrån hemsjukvårdsöverenskommelsen har parterna dock rätt till omförhandling av ersättningsbeloppen som exempelvis påverkas av förändringar till följd av förskjutningar av vårdnivåer eller andra organisatoriska och vårdmässiga förändringar som kan påverka kommunernas kostnader. I överenskommelsens avsnitt ”8.4 Omräkning av Regionens ersättningsbelopp” på grund av annat skäl, står att läsa: ”Partnerna har rätt till omförhandling av ersättningsbeloppen under överenskommelsetiden vid:

- *Förändringar till följd av förskjutningar av vårdnivåer så att mer avancerad vård än tidigare flyttas från sjukhusnivå till hemsjukvårdsnivå och därigenom påverkar kommunernas kostnader för hemsjukvården jämfört med 2013-12-31*
- *Andra organisatoriska – och vårdmässiga förändringar som kan påverka kommunernas kostnader för hemsjukvården”.*

Trots detta har det inte ansetts vara möjligt att åberopa omförhandling av ersättning för kommunerna då såväl underlag som en tydlig process för detta saknas. Kommunerna har framfört att ”även om detta står, så känner vi oss handfallna inför vad som krävs och upplever inte att det finns någon egentlig möjlighet att åberopa detta”. De vet inte vart de ska vända sig eller vilket underlag som skulle krävas och arbetsgruppsmedlemmar framför att detta mer framstår som ”en fin skrivelse” snarare än något de kan åberopa och använda sig av i praktiken.²⁶

Det saknas också underlag som visar att vårdkostnaderna och/eller vårdtyngden de facto har ökat. Exempelvis saknas data som gör det möjligt att jämföra kommunernas självkostnader i dag mot kostnaderna år 2015. Det är emellertid viktigt att notera att kommunernas självkostnader inte är ett helt ändamålsenligt mått för en rättvis resursfördelning. En högre självkostnad kan bland annat bero på en sämre resurseffektivitet. Utöver detta saknas ett gemensamt mått för vårdtyngd, vilket också skulle ha varit nödvändigt för att kunna utföra rättvisande jämförelser.

I dag finns bristande förutsättningar för uppföljning av ersättningsvärdet

En förutsättning för att kunna utvärdera huruvida ersättningsvärdet som kommunerna erhåller från regionen speglar deras faktiska kostnader för det övertagna uppdraget är att det finns data för uppföljning. Kommunerna saknar dock ett gemensamt tillvägagångssätt för att redovisa och bokföra kostnader relaterade till hemsjukvård i ordinärt boende. Detta innebär att det inte är möjligt att jämföra kommunernas beräknade självkostnader för hemsjukvård i ordinärt boende. Skillnader som har observerats är bland annat sättet att separat redovisa ordinärt boende som egen post eller integrerat med särskilt boende. Inte heller uppdelningen mellan kostnader som kan härledas till hemsjukvårdens respektive hemtjänstens omsorgsarbete i ordinärt boende är tydlig. Halmstads kommun är den enda kommun som i utvärderingsarbetet har kunnat redogöra för en uppskattning av sina kostnader för hemsjukvård specifikt i ordinärt boende.

Analysen indikerar att dagens ersättningsbelopp är något snedvridna på grund av brister i ersättningsmodellen

Trots att inte data finns tillgängliga för faktiska kostnader relaterat till hemsjukvården i ordinärt boende har ett antal analyser utförts av de variabler som ingår i ersättningsmodellen (1. ersättningsvärdet för föregående år, 2. OPI och 3. demografisk effekt). Analyserna utgår framför allt från kvantitativa data, men har kompletterats med intervjuer i syfte att stödja tolkningar.

²⁶ Samtidigt är detta eventuellt något som en kommunal tjänsteman skulle kunna framföra till sin politiker som sitter i GNHH. Om vederbörande lyft detta i GNHH skulle nämnden kunna ta ett beslut där om hur en sådan process ska se ut. Det vill säga, GNHH uppnår och utträttar vad ”tjänstemän och förtroendevalda gör av det”.

Sammanfattningsvis indikerar analyserna att dagens ersättningsbelopp eventuellt är något snedvridna:

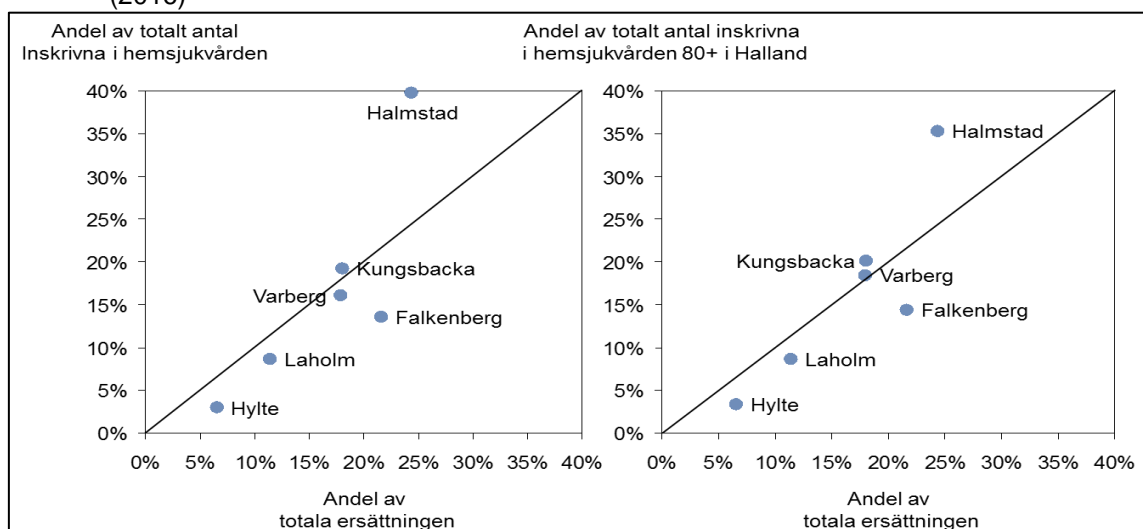
- Tjänsteköpen år 2013 har som tidigare nämnts haft stor påverkan på ersättningsmodellen. En analys av tjänsteköpen indikerar att det har funnits tolkningsutrymme vad gäller debitering av kostnader relaterat till personal och andra kostnader i utförande av insats. De skiftande tolkningarna ledde sannolikt till omotiverade skillnader i ersättningsbelopp mellan kommunerna. Sådana omotiverade skillnader i ersättningsmodellens ingångsvärden medför omotiverade skillnader även i dag.
- Ersättningsmodellernas variabler OPI och demografisk effekt tycks inte spegla den faktiska kostnadsutvecklingen.
- Valet av basår påverkar i hög utsträckning utfallet. De förväntade ersättningsbeloppen tycks på totalen resultera i lägre belopp jämfört med om kommunerna hade ersatts utifrån det tidigare tjänsteköpsavtalet.

Ersättningsmodellens brister har troligtvis medfört att dagens ersättningsbelopp inte fullt ut är rättvisande. Nedan presenteras våra resultat mer utförligt utifrån genomförda analyser.

Olika tolkningar av de tidigare tjänsteköpen tycks ha medfört omotiverade skillnader i dagens ersättningsbelopp

Som tidigare nämnts, påverkas ersättningsmodellen kraftigt av tjänsteköpen 2013 och därmed efterföljande år. Vid analys av det ersättningsvärde som respektive kommun erhöll 2015 och 2016 jämfört med den statistik som följs upp avseende antalet inskrivna i hemsjukvården från Indikatorgruppen, låter sig ett antal avvikelser illustreras. Analysen baseras på antagandet om ett linjärt samband mellan kommunens andel av inskrivna i hemsjukvården och kommunens andel av ersättningen, se Figur 2. Ett någorlunda linjärt samband tycks finnas för Kungsbacka, Varberg, Laholm och Hylte medan sambandet är icke-linjärt för Halmstad och Falkenberg. De sistnämnda kommunerna har nästan haft samma ersättning för mycket olika volymer av hemsjukvård (Halmstad har haft betydligt fler inskrivna än Falkenberg). Analyserna indikerar omotiverade skillnader som sannolikt beror av tjänsteköpen eftersom de har fått stor påverkan på ersättningsvärdet till kommunerna.

Figur 2. Andel inskrivna i hemsjukvården per kommun i relation till kommunens ersättningsandel (2016)²⁷



Källa: Indikatorgruppen, Tjänsteköpsersättning samt Health Navigator-analys.

²⁷ Grafens syfte är en skattning av utsträckningen med vilken ersättningen är rättvisande genom att anta ett linjärt samband mellan andel av totalt inskrivna i hemsjukvården per kommun jämfört med kommunens andel av ersättningen.

I intervjuer beskrivs att tjänsteköpen har påverkats av tolkningsutrymmen och att ersättningsbeloppet till varje kommun därmed *inte* baserats på samma grunder, vilket skulle kunna förklara skillnaderna ovan. Som exempel debiterades olika faktiska kostnader kopplade till timredovisning. Vissa kommuner tycks enbart ha debiterat ersättning för faktisk tid hos patienterna medan andra kommuner tycks ha debiterat ersättning för faktisk tid hos patienterna *plus* kringliggande tid före och efter. Vidare beskrivs att det funnits ett betydande tolkningsutrymme rörande kringliggande kostnader (*"Olika personer tog betalt för olika saker. Går det att tolka olika så görs det..."*). I en workshop med ekonomer från kommunerna och Regionkontoret gjordes ett försök att gemensamt fylla i Tabell 5 utifrån frågan *"Vilka kringliggande kostnader kunde kommunen debitera i utförande av tjänst?"*, vilket gav upphov till ett antal frågetecken. Flertalet av de kostnader som nämns i tjänsteköpsavtalen (som regionen hade kostnadsansvar för) var oklara för ekonomerna och ingen samsyn rådde inom gruppen kring vilka kostnader som ingick i de tidigare tjänsteköpen. Det framkom också under mötet att det fortfarande råder delade meningar gällande vad som ska ingå respektive inte ska ingå i ersättningen från regionen, exempelvis kring material, vilket som tidigare nämnts skapar friktioner (*"Det finns ekonomiska effekter av att bilagorna till överenskommelsen togs bort utan konsekvensbeskrivning. Tydliggör vilka kostnader som region respektive kommunen ska stå för."*).

Tabell 5. Workshop "Vilka kringliggande kostnader kunde kommunen debitera för i utförande av tjänst?"

Typ av kostnad	Svar från ekonomerna kring vad kommunen kunde debitera regionen
Personal	Ja
Sjukvårdsmaterial och förbrukningsartiklar i samband med insats	Oklart
Hjälpmedel, behandling och inkontinens i samband med insats	Oklart
Medicinteknisk utrustning i samband med insats	Oklart

Källa: Workshop med ekonomer 8/2/2017.

Vidare har en arbetsgruppsmedlem efterfrågat att ersättning för de enstaka hembesöken behöver definieras vid en eventuell revidering av befintlig överenskommelse, med anledning av att det ibland anses otydligt.

För att sammanfatta ledde de skiftande tolkningarna av tjänsteköp år 2013 sannolikt till omotiverade skillnader i ersättningsbelopp mellan kommunerna. Sådana skillnader i ersättningsmodellens ingångsvärden medför omotiverade skillnader även i dag.

Ingångsvärdet år 2014 saknade totalt 3,8 miljoner kronor

Som ovan nämnts ska kommunerna erhålla ersättning för all produktion av hemsjukvård, däribland de belopp som ersattes utifrån det tidigare tjänsteköpsavtalet. I beräkningen för startvärdet 2014 återfinns dock felaktigheter, och som ett resultat saknas kringliggande kostnader på totalt 3,8 mkr i total utbetald ersättning från Region Halland till kommunerna, se Tabell 6.²⁸ Detta innebär att ungefär motsvarande belopp saknats även efterföljande år. Om värdet ska räknas upp retroaktivt bör värdena justeras för OPI och demografisk effekt enligt ersättningsformeln.

Data för antalet inskrivna baseras på statistik från maj 2016 samt ersättningen från Region Halland till kommunerna för 2016.

²⁸ Presentation för *Strategisk grupp*, från ekonom vid Regionkontoret (Simon Lindroos) 2015-11-13.

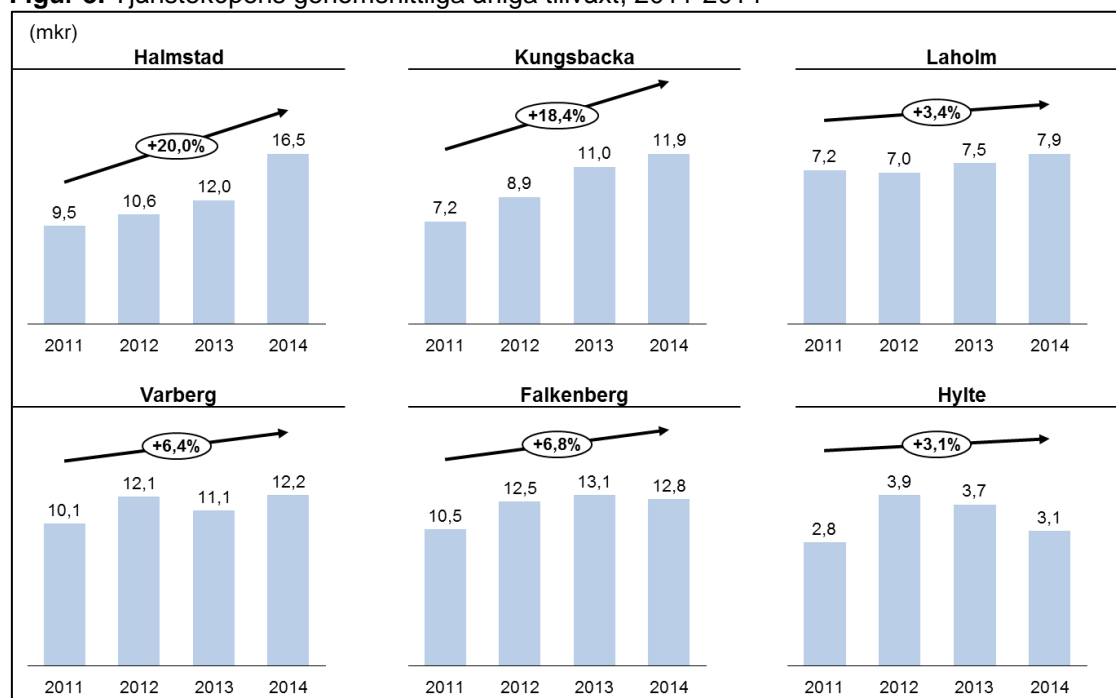
Tabell 6. Kostnader relaterade till tjänsteköpen 2014

(mkr, avrundade siffror)	Tjänsteköp 2013	Faktiska tjänsteköp utifrån timpriser	Andra kostnader relaterade till tjänsteköp	Totala kostnader	Differens
Halmstad	12,3	12,0	0,7		
Kungsbacka	11,0	11,0	0,6		
Varberg	11,1	11,1	0,9		
Falkenberg	13,1	13,1	0,9		
Laholm	7,4	7,5	0,5		
Hylte	3,7	3,7	0,3		
Summa regionen	58,5	58,4	3,9	62,3	3,8

Källa: Region Halland.

Ersättningsmodellens variabler för kostnadsutveckling tycks avvika från tjänsteköpens utveckling

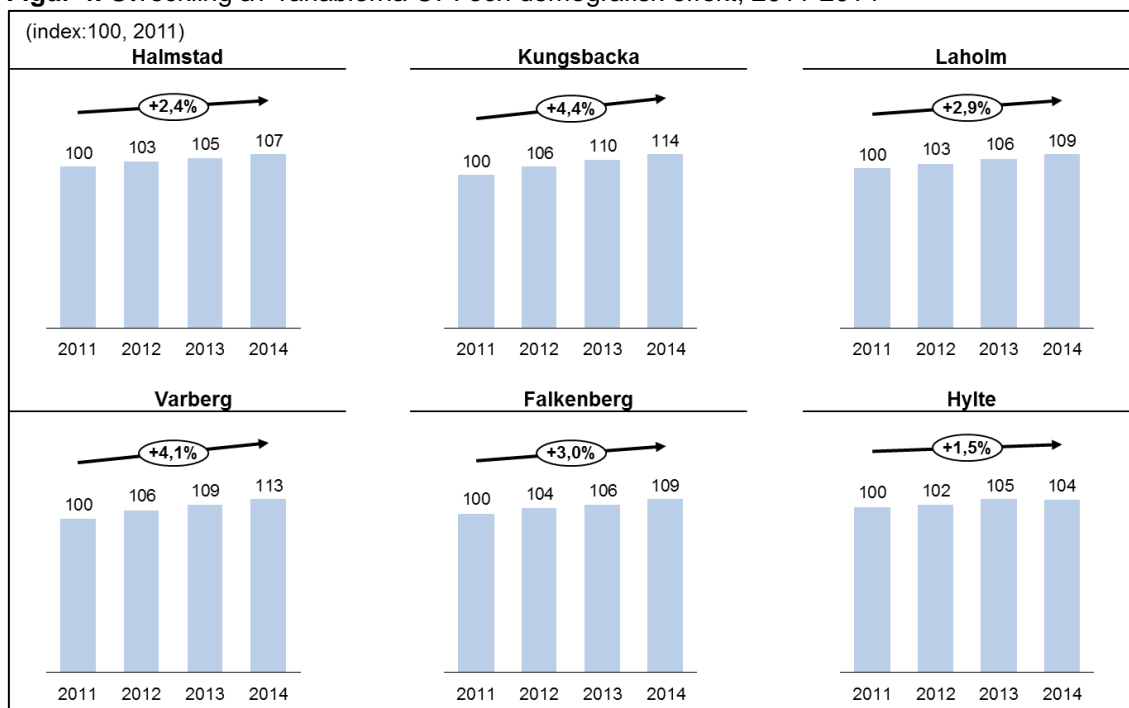
Ett ytterligare konstaterande är att variablerna (OPI och demografisk effekt) för kostnadsutvecklingen inte tycks spegla tjänsteköpens kostnadsutveckling. Våra analyser indikerar att tjänsteköpens kostnadsökning varit högre än variablernas motsvarande utveckling. Det kan visserligen vara så att variablerna är relativt representativa för den underliggande behovsutvecklingen, men att tjänsteköpen har påverkats för mycket av ovan nämnda tolkningar. I Figur 3 visas den genomsnittliga årliga tillväxten för tjänsteköp för Hallands kommuner under 2011-2014. Laholm, Varberg, Falkenberg och Hylte har haft en tillväxt på mellan 3–7 procent årligen, medan Halmstad och Kungsbacka har växt betydligt mer (omkring 18–20 procent varje år).

Figur 3. Tjänsteköpens genomsnittliga årliga tillväxt, 2011-2014

Källa: Region Hallands tjänsteköp 2011–2014, Health Navigator-analys.

Om ovanstående tillväxttal jämförs med variablerna OPI och demografisk effekt, se Figur 4, resulterar tillväxttalen för varje kommun snarare i 1–4 procent, vilket är lägre än motsvarande siffror ovan (i synnerhet för Halmstad och Kungsbacka).

Figur 4. Utveckling av variablerna OPI och demografisk effekt, 2011-2014²⁹



Källa: Statistiska centralbyrån, SKL omsorgsprisindex, Health Navigator-analys.

I intervjuer har arbetsgruppsmedlemmar tagit upp att de upplever att justeringarna som görs årligen för OPI och den demografiska effekten är otillräckliga för att fånga kostnadsförändringar (*"Kostnaderna har ökat i snabbare takt än ersättningsnivåerna"*, *"Vi har fortsatt följa statistiken och ser för närvarande att antalet hemsjukvårdsärenden inte ökar men omfattningen gör det."*). Som exempel kan nämnas förskjutningar i vårdnivåer, det vill säga att slutenvården i allt större utsträckning skriver ut patienter tidigare och att kommunerna i sin tur vårdar allt sjukare patienter i hemmet (*"Alltmer avancerad sjukvård utförs i hemmet. Den mer avancerade sjukvården i kommunala hälso- och sjukvården medför ökade kostnader och behöver kompenseras ekonomiskt"*, *"Den allmänna inställningen/kulturen går mot att människor ska kunna få vårdas hemma och enbart de med specialiserad, avancerad vård vårdas på sjukhus."*). Informationen från intervjuerna har dock i regel inte gått att under utvärderingen bekräfta med fakta.

Utöver ökad patientvolym beskrivs förskjutningarna även kräva allt mer medicinsk apparatur som i sin tur kräver resurser och kompetens. Flera intervjupersoner pekar på att utvecklingen mot allt mer vård (samt vårdplaneringar) i hemmet förväntas fortsätta.³⁰ Sett till demografisk effekt kan andelen patienter över 80 år också vara densamma i en kommun mellan två år, men om det under denna tidsperiod sker en förändring så att allt fler patienter över 80 år som tidigare varit på sjukhus ska vårdas i hemmet leder det eventuellt till ökade kostnader för kommunernas uppdrag för hemsjukvården, men enligt ersättningsmodellen inte till någon ökad ersättning. Även materialkostnaderna anses ha ökat snabbare än vad som avspeglas i ersättningsnivåerna, drivet av bland annat förändringar till följd av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård: *"Med nya lagen Trygg och effektiv utskrivning kommer patienter komma*

²⁹ Tillväxten är beräknad enligt formeln, det vill säga $(1+OPI) \cdot [1+(\text{demografisk effekt} \cdot 0,8)]$, där OPI är samma värde för ersättningsåret x och demografisk effekt baseras på personer över 80 år mellan åren x-2 och x-3.

³⁰ Utöver ovan kan även konstateras att arbetsgruppsmedlemmar har påpekat utmaningar med att möta framtida behov av hemsjukvård utifrån befintlig modell. Som exempel kan nämnas Kungsbacka kommun. Kungsbackas kommuns prognoser indikerar att de kommer att växa med 14 procent de närmaste tio åren, medan åldersgruppen över 80 år kommer att växa med hela 80 procent under samma period.

hem fortare med färre dagar på sjukhus vilket kräver resurser hos kommunen och närsvården.”.

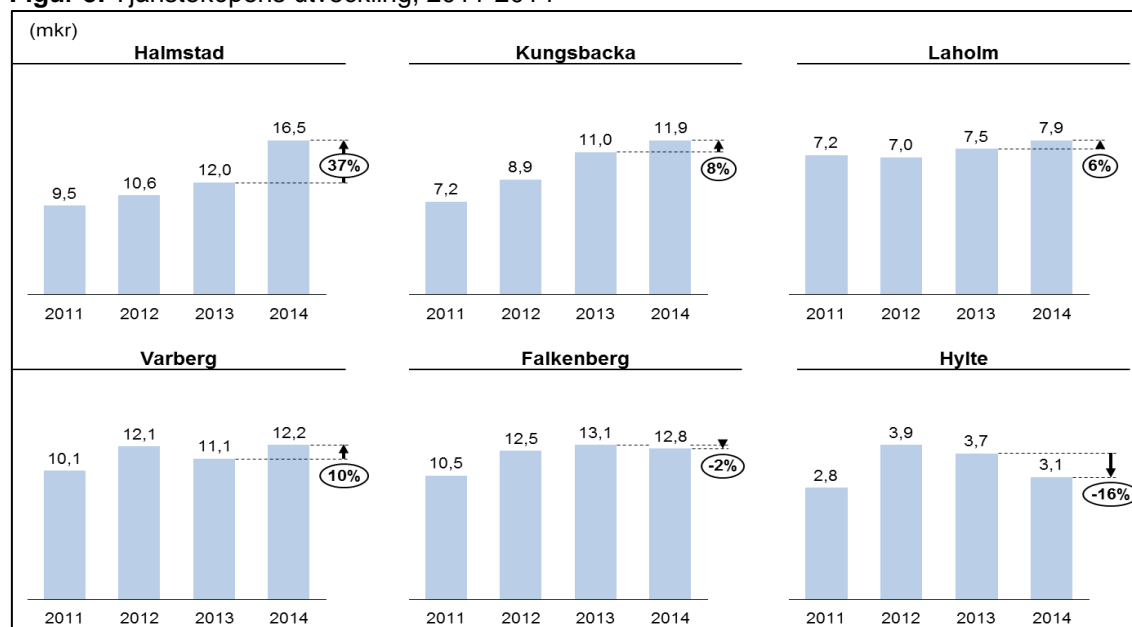
I tillägg kan även nämnas att arbetsgruppsmedlemmar har tagit upp att kostnaderna för till exempel sårvårdsmaterial har ökat: ”Olika upphandlingar för material och produkter för region och kommun försvårar vid ordination av material/produkter då kostnaden kan vara högre för kommunen. En översyn av gemensam upphandling, mellan kommuner och region behövs för att kunna ge patienten likvärdig vård samt få en gemensam kostnadsbild.”.

Sammanfattningsvis kan konstateras att variablerna för kostnadsökningar alternativt kostnadsminskningar troligtvis inte speglar hemsjukvårdens förändringar i tillräckligt hög grad, vilket således kan leda till ett för lågt respektive för högt ersättningsbelopp. Hur stor inverkan och betydelse eventuella tolkningar för tjänsteköpen har, låter sig emellertid inte utan svårighet utrönas.

Valet av tjänsteköpens basår i ersättningsmodellen, exempelvis 2013 jämfört med 2014, får stora konsekvenser för respektive kommuns ersättningsvärde

Som tidigare nämnts, baserades 2015 års ersättningsvärde på ersättningsvärdet 2014, OPI och demografisk effekt. För ersättningsvärdet 2014 beslutades att utgå ifrån tjänsteköpen 2013 som basår samt ett antal andra kostnadsposter (se Tabell 4 för detaljerad information). Ett alternativt utgångsläge hade varit att utgå ifrån 2014 års tjänsteköp och därmed ha 2014 som basår. I Figur 5 illustreras respektive kommuns tjänsteköpsutveckling, där, som vi sett tidigare, betydande variationer förekommit. Hade modellen utgått ifrån 2014 års tjänsteköp hade värdet förändrats, framför allt hade Halmstad fått ett antal miljoner kronor mer i ersättning. Några kommuner, såsom Falkenberg och Hylte, hade i stället erhållit en något lägre ersättning. Valet av basår har således fått stora konsekvenser för ersättningsvärdet.

Figur 5. Tjänsteköpens utveckling, 2011-2014



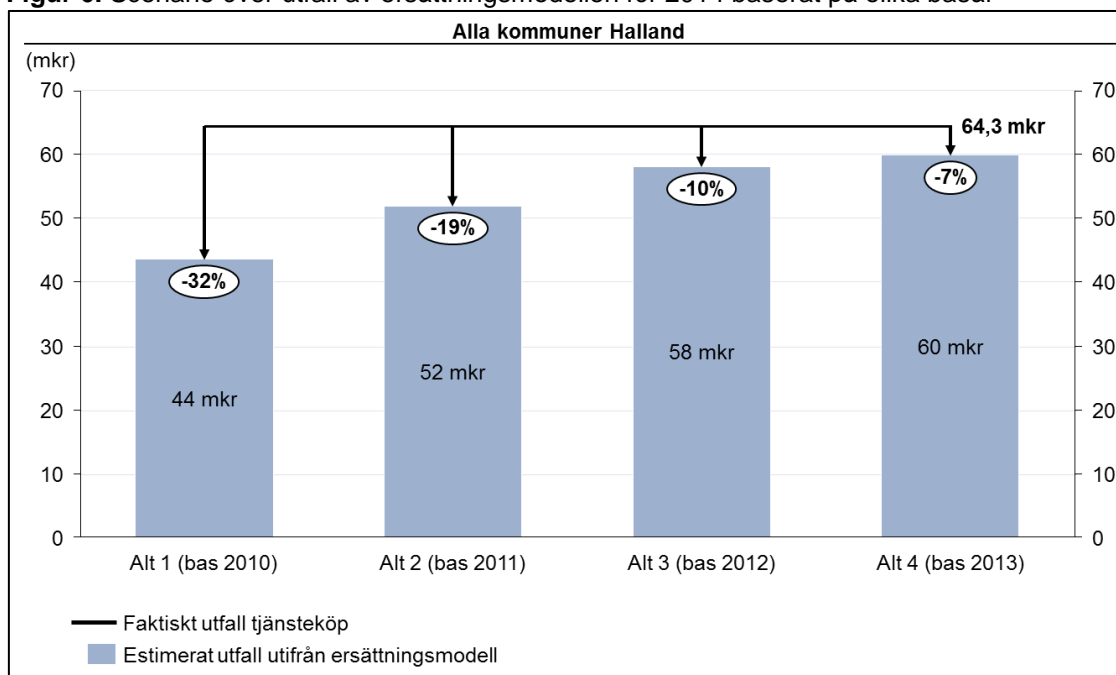
Källa: Region Halland och Health Navigator-analys.

Ersättningsvärdet tycks, oaktat basår, medföra lägre ersättningsbelopp totalt sett jämfört med om kommunerna hade ersatts utifrån det tidigare tjänsteköpsavtalet

En ytterligare analys av det totala ersättningsvärdet för alla kommuner stärker resonemanget att valet av basår orsakar betydande konsekvenser för utfallet av ersättningsvärdet. Vi har valt att

jämföra 2014 års tjänsteköpsvärde som totalt uppgick till 64,3 miljoner kronor (det sista värdet som finns tillgängligt för tjänsteköp) mot olika scenarier som har sin utgångspunkt i ersättningsmodellen. De olika scenarierna har utformats utifrån olika basår. Som Figur 6 nedan illustrerar hade kommunerna i Halland på totalen 2014 fått 7–32 procent lägre ersättning om den nuvarande ersättningsmodellen hade legat till grund för ersättningsbeloppet snarare än faktiskt fakturerade kostnader (det vill säga tjänsteköpen). Val av basår får således avsevärd påverkan på ersättningsvärdet. Antas ett liknande mönster framöver, ger ersättningsmodellen på totalen en lägre ersättning till kommunerna jämfört med tidigare tjänsteköpsavtal. Se bilagan längst bak i utvärderingsrapporten för motsvarande diagram per respektive kommun.

Figur 6. Scenario över utfall av ersättningsmodellen för 2014 baserat på olika basår



Källa: SKL Omsorgsprisindex, SCB:s befolkningsdata på personer över 80 år, Region Hallands tjänsteköp för 2010–2014, Health Navigator-analys.

Det råder viss oro över att nuvarande ersättningsmodell inte skapar rätt incitament

Det råder fundersamhet bland intervjupersoner kring huruvida ersättningsmodellen skapar rätt incitament för att främja mer vård i hemmet. Utifrån ett kraftigt förenklat teoretiskt resonemang medför den nya ersättningsmodellen incitament för utföraren (i detta fall kommunen) att arbeta så resurssnålt som möjligt (både enligt hälso- och sjukvårdslagen samt kommunallagen gäller dock att verksamheten ska bedrivas kostnadseffektivt). I det tidigare fallet, när ersättningen utgick ifrån faktiska kostnader, gäller det motsatta incitamentet att producera så mycket som möjligt (Lindgren, 2014). Detta resonemang bekräftas i intervjuer där intervjupersoner uttrycker vissa funderingar för de incitament som skapas av ersättningsmodellens utformning: ”*Ju sjukare en patient är, desto mindre incitament har huvudmännen av naturliga skäl att önska ta över ansvaret för den patienten*”. I arbetsgruppen för utvärderingen har det framförts att ersättningsmodellen eventuellt borde utformas för att ge motsatta incitament: ”*ju svårare sjuk du är, desto mer ska kommunen eller annan huvudman vilja ha patienten*”. Det är dock angeläget att påpeka att två extremer beskrivs ovan. Naturligtvis är det viktigt att *alla* patienter, oavsett vårdtyngd, är önskade hos samtliga vårdgivare. Vidare bör tilläggas att kommunerna inte heller har något val - eftersom det ju är vårdplaneringen som styr genom tröskelprincipen. Kommuner kan inte välja bort patienter om de blir inskrivna i hemsjukvården och *ingen* huvudman kan välja bort patienter.

Till detta föreligger också indikationer på att kostnaderna för hemsjukvården kan förväntas öka ytterligare i framtiden. I den nya hälso- och sjukvårdsstrategin som antagits av Region Halland, kommer allt fler patienter att vårdas i hemmet framöver. Alla parter önskar därför hitta en flexibel ersättningsmodell som skapar rätt incitament för parterna att hantera denna omställning. Eventuellt finns en konflikt mellan att ha en ersättningsmodell som baseras på förväntade kostnader (om incitamentet då blir att arbeta så resurssnålt som möjligt) och önskan att kommunen ska ta över mer och mer vård i hemmet.

För att stimulera kommunernas kapacitet att producera mer hemsjukvård, snarare än tvärtom, har det i arbetet lyfts fram alternativa lösningar som komplement till ersättningsmodellen, till exempel möjligheten att införa patientavgifter som en extra intäkt och incitament för att öka produktionen.³¹ Enligt medlemmar i utvärderingens styrgrupp har upp till 75 procent av Sveriges kommuner redan patientavgifter inom hemsjukvården (denna siffra har ej kunnat bekräftats i utvärderingen, vi har försökt undersöka varifrån värdet kommer men inte funnit källan).

Sammanfattningsvis tycks valet av basår för tjänsteköp, exempelvis 2013 snarare än 2014, få betydande effekter på kommunernas erhållna ersättningsbelopp och därmed inte vara särdeles robust. Vidare tycks det som att ersättningsvärdet på totalen, oaktat basår, medför lägre ersättningsbelopp jämfört med om kommunerna hade ersatts utifrån det tidigare tjänsteköpsavtalet. Mot bakgrund av att kommunerna utifrån ersättningsmodellen eventuellt inte har incitament att tillhandahålla *mer* vård i hemmet eftersom det är förenat med högre egna kostnader kan det ifrågasättas huruvida ersättningsmodellen skapar rätt incitament för att fortsätta främja viljeinriktningen om mer vård i hemmet.

Rekommendationer kring ersättning i hemsjukvårdsöverenskommelsen

- Region Halland och kommunerna *bör* gemensamt se över och revidera ersättningsmodellen. Vid en första revidering bör de delar av ersättningsmodellen som är möjliga att åtgärda på kort sikt ses över, medan ett mer långsiktigt utvecklingsarbete bör hantera exempelvis frågor kring vårddtynghetsmätningar och mätningar av reell kostnadsutveckling. Inom ramen för den första revideringen bör bland annat ingå att kompensera för de cirka 4 miljoner kronor årligen som saknats i regionens utbetalningar, att se över den relativa fördelningen av utbetalade medel samt att tydliggöra kostnadsansvar för sjukvårdsmaterial samt medicinsk teknisk utrustning etc.
- Region Halland och kommunerna *bör överväga* att inleda ett arbete för att etablera en gemensam struktur för redovisning av kostnader inom hemsjukvården. Detta är relevant bland annat för att GNHH ska kunna fullfölja sitt uppdrag om att följa upp resurseffektivitet enligt avsnitt 5.2 i överenskommelsen men framför allt ur ett patienthänseende för att kunna planera vård på rätt vårdnivå.
- Region Halland och kommunerna *bör överväga* att inkludera en skrivelse under kommunernas och eventuellt regionens uppdrag i överenskommelsen om att årligen redovisa faktiska kostnader relaterade till hemsjukvården.

³¹ Å andra sidan tillkommer det eventuellt betydande administration, vilket bör övervägas. Vidare kan eventuellt ifrågasättas om det bidrar till att främja jämlik vård om olika avgiftssystem föreligger

4. Rekommendationer för den fortsatta processen

I utvärderingen lämnas löpande ett antal rekommendationer för hur den befintliga överenskommelsen skulle kunna utvecklas för att bättre svara mot sitt syfte och mål. Rekommendationerna rör alltifrån hur begrepp och definitioner kan utvecklas för att bli tydligare till hur uppföljningen kan stärkas. I den händelse att parterna bestämmer sig för att vidareutveckla och fortsätta det nuvarande samarbetet utifrån hemsjukvårdsöverenskommelsen lämnar vi även en övergripande rekommendation för den fortsatta processen.

Som tidigare nämnts är syftet med utvärderingen att belysa i vilken utsträckning hemsjukvårdsöverenskommelsen är ändamålsenligt utformad. Ambitionen är att utvärderingen ska tjäna som underlag för att kunna vidareutveckla den befintliga hemsjukvårdsöverenskommelsen i den händelse att parterna önskar förlänga det nuvarande samarbetet. Det har inte varit inom utvärderingens uppdrag att utreda alternativ till hemsjukvårdsöverenskommelsen, utan endast att utvärdera ändamålsenligheten i befintlig överenskommelse. Utifrån detta lämnas två typer av rekommendationer, 1) rekommendationer för hur överenskommelsen kan utvecklas samt 2) rekommendationer för den fortsatta processen i den händelse att parterna önskar fortsätta samarbetet. Löpande i utvärderingen har rekommendationer lämnats beträffande hur innehållet i och utformningen av hemsjukvårdsöverenskommelsen skulle kunna utvecklas för att bättre svara mot syfte och mål. I den händelse att parterna bestämmer sig för att vidareutveckla och fortsätta det nuvarande samarbetet utifrån hemsjukvårdsöverenskommelsen lämnar vi även en övergripande rekommendation för den fortsatta processen.

➤ *GNHH bör planera för en strukturerad process med tydliga milstolpar*

Förberedelsearbetet för en reviderad överenskommelse bör inledas i god tid för att säkerställa tillräckligt med tid för översynen av de prioriterade frågor som vi lyfter i denna utvärdering och säkerställa att beslut om reviderad överenskommelse kan ske senast före hemsjukvårdsöverenskommelsen löper ut 2018-12-31.³²

För att klara av tidsplanen är det angeläget att en strukturerad process med tydliga milstolpar definieras och följs. Figur 8 illustrerar en möjlig fortsatt process med fem faser. De fem faser som föreslås innebär 1) Förberedelser och projektuppstart, 2) Översyn av nyckelfrågor, 3) Utarbete dokument, 4) Beredning och 5) Beslut.

³² Överenskommelsen gäller till och med 2018-12-31. Överenskommelsen kan genom skriftlig överenskommelse förlängas fyra år i taget om samtliga parter enas om detta senast ett år innan överenskommelsens upphörande. Utifrån information från en av Region Hallands jurister kan dock parterna komma överens om annan lösning eller reviderad överenskommelse fram till och med 2018-12-31.

Figur 7. Föreslagen process för en reviderad överenskommelse



1) Förberedelser och projektuppstart

Inledningsvis bör en projektorganisation, med representation från samtliga berörda parter, tillsättas. I samband med detta är det relevant att knyta relevant fackkompetens till arbetet, exempelvis jurister och ekonomer. Vidare behöver planering och koordinering av arbetet genomföras och en detaljerad projektplan upprättas. Dessutom behöver en tydlig kommunikation kring den tilltänkta fortsatta processen ske så att beslutsgången och tidslinjen är väl känd bland parterna.

Som tidigare har nämnts är det angeläget att planera och harmonisera den fortsatta processen med andra pågående arbeten. Ett utkast till överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Halland håller för närvarande (april 2017) på att utarbetas. Vid ett fortsatt utvecklingsarbete av hemsjukvårdsöverenskommelsen är det väsentligt att framtida rekommendationer överensstämmer med den nya överenskommelsen vid utskrivning, som har kommit betydligt lägre än den eventuellt reviderade hemsjukvårdsöverenskommelsen. I förberedelsearbetet ingår att inhämta denna information.

2) Översyn av nyckelfrågor

När förutsättningarna för det fortsatta arbetet finns på plats genomförs kompletterande analyser (exempelvis kring ersättningsmodellen) samt förhandling mellan parterna kring nyckelfrågor. Det är mycket viktigt med en konstruktiv ansats från alla parter i detta arbete. Arbetet bör i högsta möjliga mån ta sin utgångspunkt i utvärderingens slutsatser och rekommendationer. Ett möjligt tillvägagångssätt är att analysera möjliga scenarier/alternativ för de områden där parterna önskar förändring/revidering, inklusive konsekvensanalyser, där parterna ges möjlighet att ta ställning/förhandla utifrån ett antal konkreta förslag som utvecklas utifrån utvärderingens slutsatser. En robust förankring och process för löpande dialog mellan alla involverade parter är centralt i detta steg.

Därutöver kan det vara aktuellt att vidare analysera och se över ett antal områden vid sidan av själva hemsjukvårdsöverenskommelsen, till exempel patientavgifter inom hemsjukvården.

Vid en revidering av hemsjukvårdsöverenskommelsen är det viktigt med realistiska förväntningar. Under ett första revideringsarbete kommer det sannolikt *inte* att vara möjligt tillgodose alla de förbättringsområden som har redogjorts för i denna utvärdering. I stället är det lämpligt att planera för ytterligare revideringar i framtiden, där parterna lämnar de områden som kommer att kräva ett mer omfattande utvecklingsarbete tills vidare. Med fördel bör en långsiktig plan utformas, där arbetet delas upp i vilka revideringar som bör ske på kort, medel respektive lång sikt. Exempelvis kan det vara fördelaktigt att redan inledningsvis se över den relativa fördelningen av medlen utifrån ersättningsmodellen, medan parterna på längre sikt bör arbeta för att inkludera parametrar såsom vårdtyngd i den ersättning som utbetalas.

3) *Utarbeta dokument*

När det råder en tydlig och samstämmig bild av vilka förändringar som bör ske utarbetas utkast med stöd av relevant kompetens, till exempel jurister och företrädare för samtliga parter.

4) *Beredning*

När ett reviderat utkast av överenskommelsen färdigställts, går den för beredning. Det är viktigt att det under beredningen framgår i vilken utsträckning överenskommelsen kan revideras och vilka synpunkter som kan lämnas.

5) *Beslut*

Efter beredning tas utkastet för beslut.

Källförteckning

HSL 14 kap, §1. *Hälso- och sjukvårdslagen*. från Riksdagen. Tillgänglig:
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763 [hämtad 2017-02-07].

Lindgren P. (2014). *Ersättning i sjukvården – modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag

PwC-revisionsrapport. (2017). *Samgranskning i Hemsjukvården i Halland, Region Halland*.

Regeringskansliet. (2012) *Strategi för en god och mer jämlik vård 2012–2016*.

Region Halland. (2013). *Slutrapport – Framtidens hemsjukvård (HSS120093)*.

Samuelsson E. (2011). *Kommunaliserad hemsjukvård (SOU, 2011:55)*. Stockholm: Statens offentliga utredningar/Fritzes.

SLL – Stockholms läns landsting. (2015). *Hemsjukvård-2015*. Tillgänglig:
<http://www.vardgivarguiden.se/globalassets/utbildning-och-utveckling/aktuella-projekt/kunskapsbank-hemsjukvard/presentation-maj-2013.pdf> [hämtad 2017-02-03.]

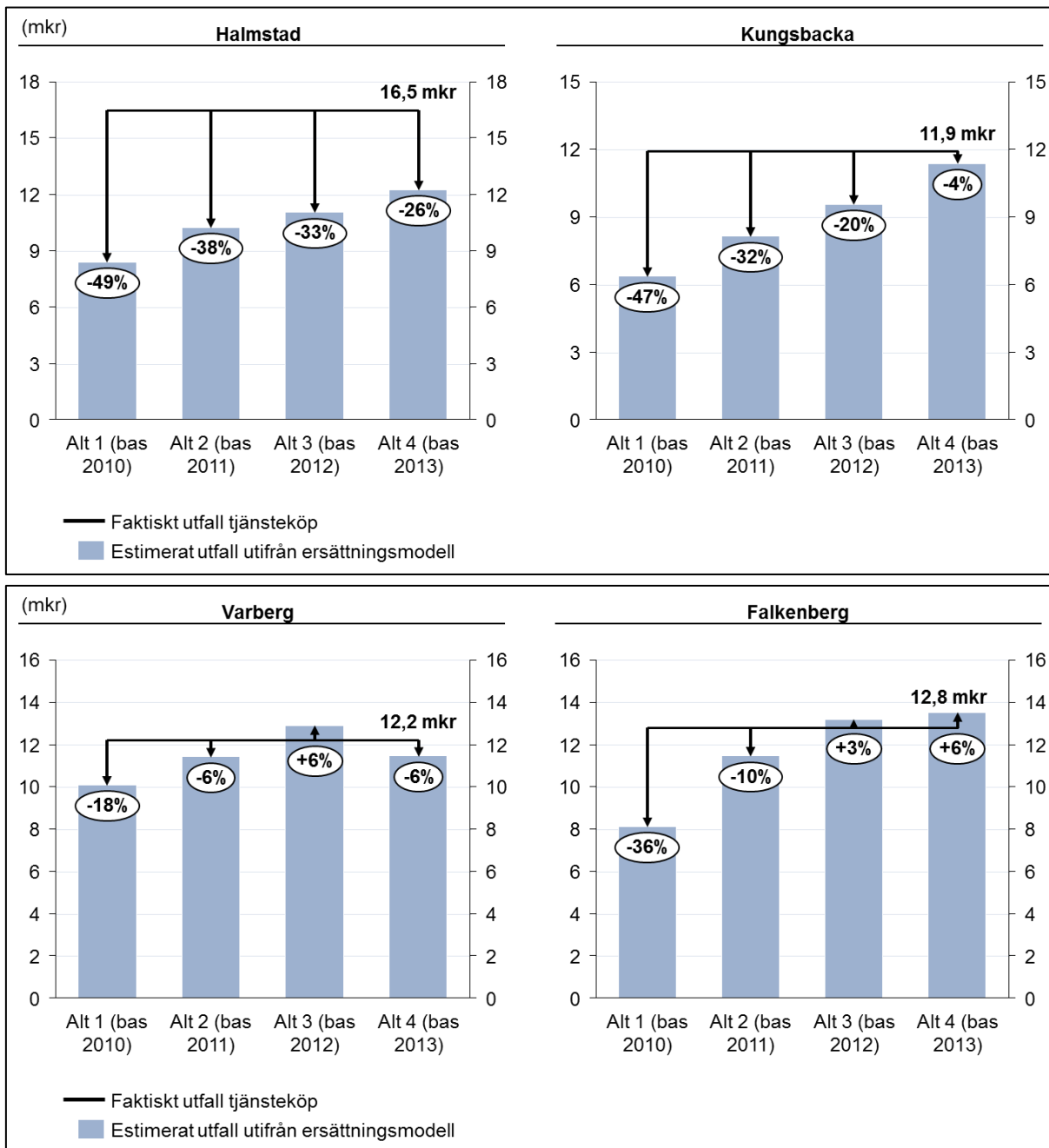
Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvården i förändring - En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*.

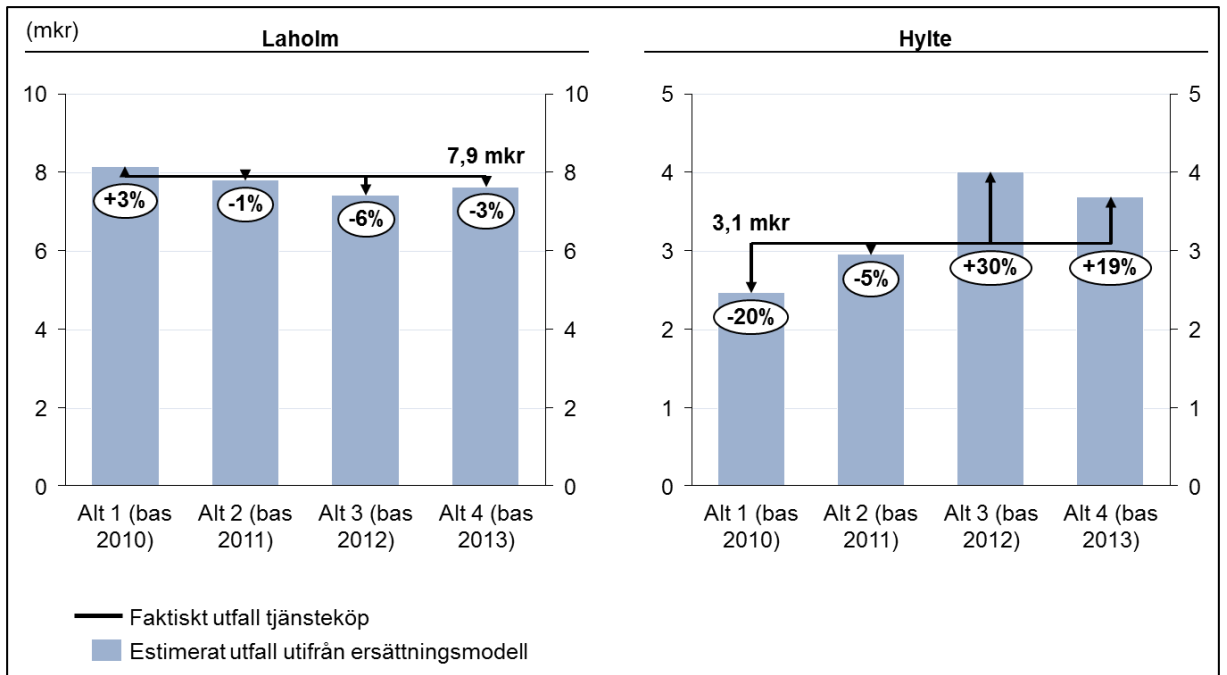
Socialstyrelsen. (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård – jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*.

Socialstyrelsen. (2017). *Termbanken*. Tillgänglig:
<http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=743> [hämtad 2017-04-05].

Bilagor

Figur B1. Scenarion per kommun över utfall av ersättningsmodellen för 2014 baserat på olika basår





Källa: SKL Omsorgsprisindex, SCB:s befolkningsdata på personer över 80 år, Region Hallands tjänsteköp per kommun för 2010–2014, Health Navigator-analys.

