§47

Överenskommelse om hemsjukvården i Halland
RS160373

Beslut
Regionfullmäktige beslutar att

- godkänna reviderad Överenskommelse om hemsjukvården i Halland att gälla från och med 2019-01-01

- godkänna den politiska styrgruppens förslag till överenskommelse om att under tiden 2018-2019 ska ekonomisk ersättning utgå enligt förslag till ersättningsmodell

- kostnaderna för den nya hemsjukvårdsöverenskommelsen från 2019 och framåt hanteras i samband med budgetarbetet inför 2019

Ärendet
Region Halland och kommunerna enades under 2014 om en ny överenskommelse för hemsjukvården i Halland. Överenskommelsen innebar att kommunerna under 2015 från Region Halland övertog ansvaret för hemsjukvården upp till och med sjuksköterske-, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeutsnivå utifrån den så kallade tröskelprincipen. I överenskommelsen om hemsjukvård från 2015 framgick att överenskommelsen skulle utvärderas efter två år. Överenskommelsen utvärderades av extern konsult under våren 2017. Utvärderingen var överlag positiv till överenskommelsen, men identifierade flera förbättringsområden.
I juni 2017 tog Gemensamma nämnden för Hemsjukvård och Hjälpmedel (GNHH) beslut om att en revidering skulle genomföras av hemsjukvårdsöverenskommelsen utifrån utvärderingens slutsatser. Strategisk grupp för socialtjänst och närliggande hälso-och sjukvård fick utifrån detta i uppdrag att, i nära samarbete med den gemensamma nämnden, arbeta fram ett förslag till en reviderad överenskommelse om hemsjukvård i Halland utifrån utvärderingens resultat.

Förslag till beslut
Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige besluta att

- godkänna reviderad Överenskommelse om hemsjukvården i Halland att gälla från och med 2019-01-01

- godkänna den politiska styrgruppens förslag till överenskommelse om att under tiden 2018-2019 ska ekonomisk ersättning utgå enligt förslag till ersättningsmodell

- kostnaderna för den nya hemsjukvårdsöverenskommelsen från 2019 och framåt hanteras i samband med budgetarbetet inför 2019

Beslutsunderlag

- Paragraf 115 - Överenskommelse om hemsjukvården i Halland
- Tjänsteskrivelse Överenskommelse om hemsjukvården i Halland
- hemsjukvårdsöverenskommelse/ Bilaga 1 slutrapport Framtidens hemsjukvård
- Förslag till Slutgiltig reviderad överenskommelse om hemsjukvården i Halland att gälla fr o m 2019
- Hemsjukvårdsöverenskommelse/ Reglemente för Gemenensamma nämnden hemsjukvård och hjälpmedel
- Hemsjukvårdsöverenskommelse/ Bilaga 1 till Politisk Styrgrupps beslut om Hemsjukvårdsöverenskommelse - Kompensation hemsjukvård ekonomiskt ersättningsförslag - 171221

Expedieras till
Gemensamma nämnden för Hemsjukvård och Hjälpmedel
samtliga kommuner

Vid protokollet

Samuel Lindh
Sekreterare

Justerat 2018-06-27

Thomas Jönsson Ordförande	Ulrika Jörgensen Ledamot	Patrik Thorsson Nilsson Ledamot

Protokollets justering tillkännagiven på regionens anslagstavla 2018-06-27

BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland

TJÄNSTESKRIVELSE

Datum	Diarienummer
2018-04-20	RS160373

Regionkontoret
Hälso- och sjukvård
Patrik Dahlqvist Jönsson
Verksamhetschef

Regionstyrelsen

Överenskommelse om hemsjukvården i Halland

Förslag till beslut

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige besluta att

* godkänna reviderad Överenskommelse om hemsjukvården i Halland att gälla från och med 2019-01-01
* godkänna den politiska styrgruppens förslag till överenskommelse om att under tiden 2018-2019 ska ekonomisk ersättning utgå enligt förslag till ersättningsmodell
* kostnaderna för den nya hemsjukvårdsöverenskommelsen från 2019 och framåt hanteras i samband med budgetarbetet inför 2019

Sammanfattning

Region Halland och kommunerna enades under 2014 om en ny överenskommelse för hemsjukvården i Halland. Överenskommelsen innebar att kommunerna under 2015 från Region Halland övertog ansvaret för hemsjukvården upp till och med sjuksköterske-, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeutsnivå utifrån den så kallade tröskelprincipen. I överenskommelsen om hemsjukvård från 2015 framgick att överenskommelsen skulle utvärderas efter två år. Överenskommelsen utvärderades av extern konsult under våren 2017. Utvärderingen var överlag positiv till överenskommelsen, men identifierade flera förbättringsområden.
I juni 2017 tog Gemensamma nämnden för Hemsjukvård och Hjälpmedel (GNHH) beslut om att en revidering skulle genomföras av hemsjukvårdsöverenskommelsen utifrån utvärderingens slutsatser. Strategisk grupp för socialtjänst och närliggande hälso-och sjukvård fick utifrån detta i uppdrag att, i nära samarbete med den gemensamma nämnden, arbeta fram ett förslag till en reviderad överenskommelse om hemsjukvård i Halland utifrån utvärderingens resultat.

Bakgrund

Strategisk grupp beslutades inför Gemensamma nämnden för Hemsjukvård och Hjälpmedels presidium 2017-09-07 att en politisk styrgrupp ledd av regionråd skulle driva och äga arbetet med ersättningsmodellen.

Politiska styrgruppen kom överens om en ersättningsmodell för 2018-2019 vid sammanträda kring detta ärende 2018-02-07.

Förslaget presenterades vid Gemensam nämnd Hemsjukvård och Hjälpmedel sammanträde 2018-04-27 och då beslutades att förslaget till reviderad Överenskommelse om hemsjukvården i Halland tillsammans med den av Politisk styrgrupp överenskomna ersättningsmodellen för 2018-2019 ska översändas till länets kommuner och Region Halland för beslut.

Den reviderade överenskommelsen innebär bland annat att:

- Definition av hemsjukvård i Halland har flyttats från ”Kommunernas uppdrag” till inledningen
- Avsnittet avseende ”Införandet” (tidigare kap. 3) har strukits
- Avsnittet avseende ”Informationsskyldighet” har skrivits om i sin helhet
- Reglementet för Gemensamma nämnden bilägges ÖK, bilaga 2
- Förtydligande har gjorts avseende att hemsjukvård omfattar ordinärt boende
- Kommunernas och regionens uppdrag har skrivits om i sin helhet

Förslaget till ny överenskommelse föreslås gälla från den 1 januari 2019.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslut om ny ekonomisk ersättningsmodell för hemsjukvårdsöverenskommelsen för 2018-2019 innebär en ökad kostnad för Region Halland på ca 12 mnkr för 2018 i jämförelse med tidigare gällande ersättningsmodell för hemsjukvårdsöverenskommelse 2018. För 2018 hanteras detta som ett underskott i resultatet. Beslut om ekonomisk ersättning gäller även 2019 och det hanteras i budgetprocessen för 2019.

Regionkontoret

Jörgen Preuss
Tf regiondirektör

Bilaga:
Bilaga 1 Slutrapport – Framtidens hemsjukvård
Överenskommelse om hemsjukvård i Halland 2019 (reviderad 2018)
Hemsjukvårdsöverenskommelse mellan Region Halland och Hallands kommuner – Beslut politisk styrgrupp 2018-02-17
Bilaga 1 till politisk styrgrupps beslut om hemsjukvårdsöverenskommelsen –

kompensation hemsjukvård ekonomisk ersättningsförslag
Bilaga 2 Reglemente för Gemensam nämnd för Hemsjukvård och Hjälpmedel

Beslutet ska skickas till
Gemensamma nämnden för Hemsjukvård och Hjälpmedel

HSS/20093 6

BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland

Slutrapport

Framtidens hemsjukvård

Datum	Version
2013-02-27	2.7

Planerat startdatum:	
Planerat slutdatum:	28 februari 2013
Beställare:	Karin Möller, hälso- och sjukvårdsdirektör,
Projektledare:	Dag Fagerhem, PwC

Slutrapport – Framtidens hemsjukvård

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning ... 3

1.1. Hemsjukvård - ett erbjudande till patienten och att ansvar för sjukvårdshuvudmannen ... 3
1.2. Hemsjukvårdens uppdrag ... 3
1.3. En utvecklad vårdplanering är ingången till hemsjukvården ... 4
1.4. Läkarmedverkan i hemsjukvården ... 5
1.5. Styrning och uppföljning ... 5
1.6. Informationsöverföring ... 6
1.7. Utveckling och innovationer ... 6
1.8. Ansvar och styrning av hemsjukvården ... 6

2. Bakgrund, syfte och mål ... 8

2.1. Bakgrund ... 8
2.2. Syfte ... 9
2.3. Projektmål ... 9
2.4. Måluppfyllelse ... 10
2.5. Arbetet i projektet ... 11

3. Om hemsjukvård ... 12

3.1. Definition ... 12
3.2. Kommunerna tar över ansvaret för hemsjukvård ... 12
3.3. Hemsjukvård i förändring – Socialstyrelsens uppföljning ... 13
3.4. Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55) ... 14

4. Nuläge ... 17

4.1. Hemsjukvårdens patienter ... 17
4.2. Regionen och kommunerna - ansvarsfördelning och samverkan ... 20
4.3. Uppdrag och organisation ... 21
4.4. Hemsjukvårdens omfattning och innehåll ... 22

4.5. Ekonomi ... 26

5. Sjukvårdens utveckling – nya möjligheter och framtida behov ... 28

5.1. Framtidens hälso- och sjukvård ... 28
5.2. Några exempel ... 28
5.3. Patienten ... 30
5.4. Befolkningsutveckling ... 31

6. Hemsjukvårdens uppdrag i Halland - vårt förslag ... 34

6.1. Definition ... 34
6.2. Hemsjukvård - ett erbjudande till patienten och ett ansvar för sjukvårdshuvudmannen ... 35
6.3. Vårdplaneringen är ingången till hemsjukvården ... 35
6.4. Hemsjukvård och en delaktig patient ... 37
6.5. Ett sammanhållet uppdrag ... 37
6.6. Uppdragets innehåll ... 38
6.7. Läkarstödet till hemsjukvården ... 43
6.8. Informationsöverföring – rätt information i rätt tid ... 44

7. Styrning och uppföljning inom hemsjukvården ... 46

7.1. Uppföljning och utvärdering – ett verktyg för utveckling ... 47
7.2. Kundval i hemsjukvården ... 47

8. Alternativa modeller för samverkan och styrning ... 49

8.1. Ansvaret samlas hos kommunerna ... 49
8.2. Ansvaret samlas i en gemensam nämnd (Delat ansvar) ... 51
8.3. Ansvaret samlas hos regionen ... 52
8.4. Ekonomiska konsekvenser ... 54

9. Förslag till genomförande/ Förslag till åtgärder ... 55

9.1. Beslut om ansvar och form för styrning av hemsjukvård. ... 55
9.2. Beskrivning och riktlinjer för verksamheten ... 55
9.3. Styrning och uppföljning ... 55
9.4. Utbildningsinsatser ... 55
9.5. Genomförandeorganisation ... 56

10. Områden för fortsatt utredning ... 57

10.1. Forskning och utveckling ... 57

1. Sammanfattning

Syftet med projektet "Framtidens hemsjukvård" har varit att skapa en enhetlig och för patienten optimal och sammanhållen hemsjukvård. Detta ska ske i en modell som skapar förutsättningar för en effektiv resursanvändning. Modellen ska också kunna möta framtida behov liksom den snabba medicinska och tekniska utvecklingen.

I denna rapport presenteras förslag och överväganden från arbetet i projektet.

Förslaget innebär:

- Ett samlat uppdrag och ett tydligt ansvar för hemsjukvården
- Ett uppdrag som inte begränsar, utan ger grund för utveckling av hemsjukvården
- En hemsjukvård som ger förutsättningar att möta ökade behov och att ta tillvara nya metoder och möjligheter.
- Att kostnaderna för hemsjukvård kommer att öka i takt med denna utveckling
- Ett uppdrag som gäller oavsett hur utförandet arrangeras och vem/vilka som är utförare

1.1. Hemsjukvård - ett erbjudande till patienten och att ansvar för sjukvårdshuvudmannen

Hemsjukvården är ett sätt att erbjuda vård till de patienter som inte har möjlighet att ta sig till vårdcentraler eller andra mottagningar för vård, bedömning och behandling.

Hemsjukvård kan också innebära en möjlighet för patienter att få vård i hemmet i stället för att ligga på sjukhus.

Den medicinska och tekniska utvecklingen innebär ökade möjligheter att erbjuda vård i patientens hem.

1.2. Hemsjukvårdens uppdrag

Hemsjukvårdens uppdrag i Halland innebär att svara för

- All planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem.
- Planerad hälso- och sjukvård på specialiserad somatisk vårdnivå, som med bibehållen patientsäkerhet kan ges i den enskildes hem.

- Alla hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av sjuksköterska (inklusive specialistsjuksköterska), sjukgymnast och arbetsterapeut.
- Insatser från den dag behovet identifierats och vårdplanering genomförts.
- Hemsjukvård utförs hela dygnet.
- Hemsjukvården omfattar alla åldrar.
- Palliativ vård som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem.
- Planerade och oplanerade hembesök. Med oplanerade besök avses snabb insats från sjuksköterska vid oförutsedda behov.
- Hjälpmedel till hemsjukvårdens patienter.

Med detta förslag avvecklas ansvarsgränsen mellan regionens hemsjukvård och kommunernas, där kommunerna idag ansvarar för hemsjukvård till personer som beviljats bistånd för omvårdnad, medan regionen ansvarar för hemsjukvård till övriga. Därmed avskaffas också de delvis parallella organisationerna, där allt mer av hemsjukvården i praktiken utförs av kommunerna, som tjänsteköp från regionen. Den nuvarande ordningen har för många patienter inneburit insatser från en organisation dagtid och en annan organisation kvällar och helger.

Förslaget lägger en grund för fortsatt utveckling av hemsjukvårdens kompetens och arbetssätt, för att i ökad utsträckning kunna erbjuda hemsjukvård som ett alternativ till sjukhusvård. För detta krävs dels ett utvecklat samarbete med specialistsjukvården, dels en satsning på ökad kompetens i hemsjukvården.

Vi föreslår också en utveckling av styrning och uppföljning av hemsjukvården.

1.3. En utvecklad vårdplanering är ingången till hemsjukvården

Vårdplaneringen är ingången till hemsjukvården. Oavsett om hemsjukvårdens patienter kommer från sjukhusvistelse eller om hemsjukvård aktualiserats på annat sätt, ska vårdplanering genomföras för att bedöma patientens behov samt förutsättningar för att kunna erbjuda hemsjukvård.

Det hemsjukvårdsuppdrag vi föreslår har ingen formell "bortre" gräns när det gäller vilken typ av patienter eller diagnoser som kan erbjudas hemsjukvård, bl.a. för att en sådan avgränsning relativt snart kan bli inaktuell och i värsta fall kan uppfattas som ett hinder för utveckling av hemsjukvården. Redan i dag kan vi se att hemsjukvården har utvecklat samverkansformer med specialistsjukvården för att ta emot personer

med behov av insatser utöver primärvårdsnivån. Det gäller t.ex. den palliativa vården.

Generellt sett behöver kompetensen i vårdplaneringen stärkas. I vårdplaneringen görs bedömningen av möjligheterna att vårda en patient i hemmet och vilka insatser som i så fall behövs. Därför måste det finnas kompetens för att finna patientsäkra lösningar i det enskilda fallet med lyhördhet för patientens önskemål. Det är också i vårdplaneringen som samordning och ansvarsfördelning sker för de olika kompetenser som tillsammans utgör "teamet" runt hemsjukvårdspatienten. Vårdplaneringen sker inte bara vid ett tillfälle utan bör ske fortlöpande, t.ex. för att utvärdera genomförda insatser och göra nya bedömningar av behovet av insatser.

För att stärka vårdplaneringen krävs dels att vägledande riktlinjer och beslutsstöd utvecklas, dels att tillräcklig medicinsk kompetens medverkar i bedömningar och beslut om insatser. Vi föreslår särskilda utvecklingsinsatser för att stärka vårdplaneringen.

1.4. Läkarmedverkan i hemsjukvården

Läkarmedverkan är en avgörande kompetens för en väl fungerande hemsjukvård. I Halland har primärvården ansvaret för läkarinsatser och läkarstöd till hemsjukvården. Läkarens medverkar i olika skeden av vårdprocessen, som diagnos och bedömning, beslut om behandling, ordination av läkemedel, uppföljning och beslut om fortsatt vård eller att bedöma patienten som "färdigbehandlad". Men läkarstödet till hemsjukvården innebär också att vara tillgänglig för oplanerade konsultationer och bedömningar.

Ansvaret för läkarmedverkan i hemsjukvården är idag en del av vårdvalsuppdraget och utgår ifrån patientens val av vårdcentral. Vi föreslår ingen förändring av detta, men vi föreslår att regionen utvecklar sin styrning och uppföljning med inriktning på att säkerställa och utveckla läkarmedverkan i hemsjukvården.

1.5. Styrning och uppföljning

Vi föreslår också en utveckling av styrning och uppföljning av hemsjukvården, delvis mot bakgrund av svårigheterna att idag kunna redovisa hur hemsjukvården utför sitt uppdrag. Det handlar dels om att följa upp inriktningen att hemsjukvård ska vara ett enhetligt och likvärdigt erbjudande för hela länet, dels handlar det om att följa upp kvalitet och resursanvändning.

Men vi vill också se en skarpare uppföljningskompetens som en del i utvecklingen av hemsjukvården. Det kan innebära att följa verksamheten, utvärdera och sprida lokala lösningar och goda exempel, och bl.a. strukturera detta i gemensamma riktlinjer för verksamheten. Det kan också bidra till att utveckla riktlinjer och beslutsstöd för vårdplaneringen i hemsjukvården.

1.6. Informationsöverföring

Hemsjukvården är för den enskilde patienten en del av en vårdprocess. Därför krävs väl fungerande former för informationsöverföring och kommunikation både med och om patienten. I dagsläget finns ingen enhetlig struktur för detta och vi har bl.a. konstaterat att det inom kommunernas och regionens hemsjukvård används totalt fem olika journalsystem.

Nu pågår ett införande av den nationella patientöversikten (NPÖ) i såväl regionen som i kommunerna, vilket innebär att det senast under 2014 kommer att finnas en gemensam struktur för att dela information om hemsjukvårdens patienter.

1.7. Utveckling och innovationer

För att utveckla en hemsjukvård för framtiden, krävs också ett systematiskt utvecklingsarbete. Hälso- och sjukvården präglas generellt av starka, professionella utvecklingskrafter. Samtidigt ser vi en utveckling där patienten får en mer aktiv roll i vården. Vi ser att det finns behov former för att både ta tillvara och stimulera till utveckling och innovationer inom hemsjukvården, bl.a. därför att utvecklingen av hemsjukvården i allt högre grad har en koppling till utveckling av specialistvården och sjukhusverksamheten. Vi föreslår därför fortsatt utredning när det gäller att utveckla former och ansvar för detta.

1.8. Ansvar och styrning av hemsjukvården

Vårt förslag innebär ett samlat ansvar för hemsjukvården. Vi ser att detta kan arrangeras på tre olika sätt:

- **Ansvaret samlas hos kommunerna**

Detta alternativ är det som kräver minst förändringar i förhållande till nuläget. Det finns etablerade politiska och administrativa ledningsstrukturer och det finns en befintlig verksamhetsstruktur. Merparten av hemsjukvården utförs redan idag av kommunerna, även huvuddelen av den hemsjukvård som är regionens ansvar. Detta alternativ ansluter också till intentionerna om sammanhållet ansvar för hemsjukvård

och hemtjänst och ligger i linje med utvecklingen i resten av landet. Det krävs dock en utvecklad samverkan mellan kommunerna, för att hålla ihop uppdraget i en gemensam modell för Halland. En skatteväxling sker, motsvarande regionens kostnader.

- **Ansvaret samlas i en gemensam nämnd/kommunalförbund (Delat ansvar)**

Detta alternativ gör det möjligt att samla regionens och kommunens kompetens i styrningen av hemsjukvården. Det gör det också möjligt att ta gemensamt ansvar för mål, system och utveckling. Det innebär också goda möjligheter att hålla samman en enhetlig modell för hemsjukvård över hela länet och att utveckla en beställarkompetens med fokus på hemsjukvård. En ny politisk och administrativ ledningsstruktur ska byggas upp. Det finns risk för nya gränssnitt mot kommunerna och regionen. Regionen och kommunerna fastställer principer för fördelning av det ekonomiska ansvaret och fattar årliga beslut om budget/bidrag till nämnden.

- **Ansvaret samlas hos regionen**

I detta alternativ samlas ansvaret hos regionen, men förslaget utgår ifrån att kommunerna kan vara utförare, på regionens uppdrag. Ett samlat ansvar hos regionen ger goda förutsättningar att hålla samman en enhetlig modell och att utveckla en beställarkompetens. Regionen får också det samlade ansvaret för all hälso- och sjukvård (förutom hemsjukvård i särskilt boende). Det finns en risk att man tappar det samlade styrperspektivet hemsjukvård-hemtjänst. En skatteväxling görs från kommunerna till regionen, motsvarande kommunernas kostnader för hemsjukvård. Det krävs ytterligare utredningsarbete avseende de juridiska förutsättningarna för detta alternativ.

2. Bakgrund, syfte och mål

2.1. Bakgrund

Kommunerna i Halland och regionen har sedan flera år tillbaka haft länsövergripande överenskommelser rörande samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor. Denna samverkan har reglerats i olika avtal. Nuvarande samarbetsavtal (gäller från 2009) med tillhörande bilagor reglerar ansvaret och kostnaderna för respektive parts del avseende hälso- och sjukvård inom hemsjukvård och på särskilda boenden. Genom att både kommunerna och regionen delvis organiserat sin del av utförandet med stöd av externa utförare har rollen för kommuner och region förändrats till att nu vara "finansiär och kravställare på mål och kvalitet i vården", där det levererade värdet till invånaren har större betydelse än vem som levererar tjänsten.

Uppdragsgivare och tjänstemannaledning har konstaterat det faktum att det är flera organisationer med eget resultatansvar inne i samma vårdprocess. Oavsett avtalets utformning skapar det problem kring ansvar för volymökning och styrning i vårdkedjan mellan organisationer och i slutet är det oftast patienten som blir lidande i samband med gränsövergångar.

I ett tidigt skede, efter det senaste avtalets start, konstaterades att det trots de goda intentionerna i avtalet fanns brister i samarbetsavtalet som påverkade den sammanhållna vårdprocessen. Detta ledde till att man i samverkan mellan kommunerna och regionen genomförde en förstudie under 2010, Ny organisation för utförande av hemsjukvård i Halland. Syftet var att utreda om man skulle kunna lägga den överenskomna resursfördelningen i samma plånbok. Utgångsläget var en gemensam ansvarsorganisation som hade ett resultatansvar för hela vårdkedjan med kommuner och region som finansiärer.

När förstudierapporten presenterats i början av 2011 visade det sig att en sådan organisation utifrån ett juridiskt perspektiv skulle innebära svårigheter att genomföra. Man beslöt då att avvakta den nationella utredningen.

I juni 2011 presenterade en nationell samordnare, på uppdrag av regeringen, betänkandet en Kommunaliserad hemsjukvård. Uppdraget för samordnaren var att ge stöd till landsting/regioner att, på frivillig väg, föra över ansvaret för hemsjukvård till kommunerna. Utifrån denna inriktning från regeringen beslutade chefsgruppen i Halland att bjuda in till ett kunskapsseminarium för att förstärka kommunernas och regionens gemensamma bild av hemsjukvården och dess innehåll samt hur man i Hall-

and ska kunna möta och lösa behoven inför framtidens ökande behov och demografiska utveckling.

Samtidigt beslutade regionstyrelsen, efter samråd med hälso- och sjukvårdsstyrelsen och kommuner i kommunberedningen, att säga upp nuvarande samarbetsavtal avseende hälso- och sjukvårdsansvar med kommunerna för att möjliggöra omarbetning under 2012. Syftet med uppsägningen var att skapa ett handlingsutrymme för att genomföra projektet Framtidens Hemsjukvård gemensamt med kommunerna. Uppsägningen har senare tagits tillbaka, i avvaktan på resultatet av denna utredning.

2.2. Syfte

Skapa en enhetlig och för kunden/patienten optimal och sammanhållen hemsjukvård i Halland.

Modellen ska skapa förutsättningar för en resurseffektiv användning av samhällets resurser.

Även framtida behov behöver beaktas, såsom ökade volymer och den demografiska utvecklingen, liksom den snabba medicinska och tekniska utvecklingen.

Ambitionen är ett gemensamt ansvarstagande och olika scenario för finansiering skall tas fram och jämföras, med analys av för- respektive nackdelar samt risker med olika finansieringsformer.

2.3. Projektmål

Det gemensamma målet för Halland är att skapa en sammanhållen vårdprocess, som innebär en säker och likvärdig vård för människor med störst behov av hälso- och sjukvård. Omhändertagandet ska ske på ett sådant sätt att delaktighet och inflytande skapas för berörda kunder/patienter och deras anhöriga. Vården ska möta kundens/patientens behov på rätt nivå och i nära samverkan mellan huvudmännen.

För att nå detta måste en modell för utförande av hemsjukvård i Halland skapas där intentionerna tydlighet, minimering av parallella organisationer och kontinuitet uppnås.

Målsättning med modellen:

Huvudmål:

- Skapa en *enhetlig* och för kunden/patienten optimal och sammanhållen framtida hemsjukvård i Halland.

- Modellen ska skapa förutsättningar för en resurseffektiv hemsjukvård och ömsesidigt ansvarstagande för användning av samhällets resurser.
- Tydliga gränssnitt vilket minimerar tänkbara tolkningsproblem och konfliktytor.

Delmål:

- Ta fram en gemensam definition på hemsjukvård
- Analys av tänkbar omfattning (ex ASIH, palliativ vård, barn, hemrehabilitering, hembesök, hjälpmedel, etc.) och dess möjligheter/konsekvenser
- Beakta framtidsscenariot, genom bland annat:
  - Demografisk utveckling – Halland befolkningsprofil 2030?
  - Teknisk utveckling
  - Medicinsk/teknisk utveckling
  - Medicinsk utveckling
  - LEON principen – mer avancerad vård i hemmet?
  - Omvärldsspaning nationellt och internationellt, ambitioner och utveckling
  - Övriga relevanta aspekter
- Alternativa modeller skall vid behov belysas med kostnads- och konsekvensanalyser
- Identifiera relevanta aktörer angränsande till hemsjukvården
- Fortlöpande genom kommunikationsplanen skapa delaktighet och samsyn kring hemsjukvårdens uppdrag och dess samspel med övriga relevanta aktörer
- Ta fram förslag till juridisk och finansiell form för modellen/samverkan
- Beskriv konsekvenser gentemot nuvarande organisationer (huvudmän inklusive vårdvalsorganisation) och nödvändigt förändringsarbete.

Projektet ska presentera en modell med god förankring och i enlighet med fastställd tidsplan.

2.4. Måluppfyllelse

I denna slutrapport har de övergripande målen för projektet besvarats enligt följande:

- *Skapa en enhetlig och för kunden/patienten optimal och sammanhållen framtida hemsjukvård*
  Förslaget beskriver ett sammanhållet uppdrag med inriktning mot att kunna erbjuda hemsjukvårdsinsatser utifrån den enskilda patientens behov och förutsättningar. En utvecklad vårdplanering är en viktig förutsättning för detta.
- *Modellen ska skapa förutsättningar för en resurseffektiv hemsjukvård och ömsesidigt ansvarstagande för användning av samhällets resurser.*

Förslaget beskriver en hemsjukvård som ska kunna utvecklas i takt med den medicinska och tekniska utvecklingen och som innebär en avveckling av de delvis parallella ansvarsorganisationer som finns idag.

- *Tydliga gränssnitt vilket minimerar tänkbara tolkningsproblem och konfliktytor.* Förslaget innebär ett tydligt uppdrag för hemsjukvården och ett tydligt ansvar. Förslaget lägger en grund för uppdraget men anger samtidigt en inriktning när det gäller utvecklingen av hemsjukvården, i takt med den medicinska utvecklingen. Det innebär att det inte finns en statisk och absolut gräns gentemot sluten sjukhusvård eller annan specialistvård.

2.5. Arbetet i projektet

Projektorganisationen för Framtidens hemsjukvård har inneburit att den s.k. strategiska gruppen utgjort styrgrupp för projektet, att en särskild projektgrupp tillsatts med representanter för kommunerna och regionen, samt att en extern projektledning engagerats.

Inledningsvis påbörjades en nulägesinventering där kommunerna och regionen utifrån sina respektive perspektiv har redogjort för den hemsjukvård som bedrivs, med ev. brister och goda exempel. Resultatet av denna inventering redovisas i kapitel 4.

Vi har också sökt få del av olika aktörers erfarenheter och synpunkter på hur hemsjukvården fungerar. Vi har mött fackliga företrädare och privata utförare av vård och omsorg, samt brukarföreträdare i form av regionhandikapprådet och regionpensionärsrådet.

Vidare har en tankesmedja anordnats med externa föreläsare, med inriktning på hur patienten kan ges ett större inflytande över sin vård och vilka möjligheter det innebär för framtidens hemsjukvård. Till projektgruppens möten har vi också bjudit in företrädare för närsjukvården, psykiatrin, specialistsjukvården, rehabilitering och MAS-gruppen. Projektledningen har vid ett tillfälle mött representanter för de s.k. taktiska grupperna och fler av projektgruppens medlemmar ingår också i taktiska grupper.

3. Om hemsjukvård

3.1. Definition

Socialstyrelsens termbank definierar hemsjukvård som "*hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden*". Åtgärder och insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Insatser av tillfällig karaktär som ges i hemmet räknas inte som hemsjukvård utan som öppen hälso- och sjukvård. Med hemsjukvård avses vanligen medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan personal med delegering. (Källa: *Hemsjukvård i förändring, Socialstyrelsen 2008)*

3.2. Kommunerna tar över ansvaret för hemsjukvård

I och med Ädel-reformen 1992 fick landets primärkommuner ett lagreglerat ansvar för delar av hälso- och sjukvården. Något förenklat innebar detta att kommunerna fick ansvar för hälso- och sjukvård i s.k. särskilda boenden, upp t.o.m. sjuksköterskenivå. Begreppet särskilda boenden var ett nytt begrepp, som infördes i samband med Ädel-reformen, för att markera ett nytt innehåll i t.ex. landstingens tidigare långvårdssjukhus. Även den s.k. kvarboendeprincipen blev en viktig del i förändringen, d.v.s., att vården i högre utsträckning än tidigare skulle komma till de äldres hem.

Genomförandet av Ädel-reformen innebar också i vissa län att landstinget och kommunerna kom överens om att kommunerna skulle svara för hemsjukvård i ordinärt boende. Innebörden och omfattningen av detta varierade dock mellan länen.

Den omfattande förändring som Ädelreformen innebar, föranledde också att Socialstyrelsen fick ett särskilt ansvar för uppföljning av det förändrade ansvaret och dess effekter. I början av 2000-talet granskades Ädel-reformen också av dåvarande Riksrevisionsverket (RRV, 2002:28) som ansåg att sjukvård och rehabilitering utanför sjukhusen inte hade utvecklats med tillräcklig kompetens. RRV föreslog att staten skulle ge ett nationellt uppdrag till landsting och kommuner och att göra klart en ansvarsfördelning som skulle ge incitament för hög kvalitet och effektivt resursutnyttjande. Man förordade samtidigt en överföring av hela primärvården från landsting till kommuner.

Även äldrevårdutredningen, som tillsattes år 2003, föreslog i sitt förslag "Sammanhållen hemvård" (SOU 2004:68) bl.a. att ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende skulle överföras till kommunerna.

År 2007 fick Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med SKL kartlägga hemsjukvårdens omfattning, vilket redovisades i november 2008 i rapporten "Hemsjukvård i förändring", (se avsnitt 3.3). Vid tiden för Socialstyrelsens rapport (2008) hade en kommunalisering av hemsjukvården skett i nio av 21 län.

Parallellt med dessa utredningar har frågan om kommunalisering av hemsjukvården aktualiserats i allt fler län under senare år. I Kalmar län överfördes ansvaret för hemsjukvård till kommunerna år 2008 och i Sörmlands län år 2010. Även i andra län pågick diskussioner och förberedelser för en kommunalisering och under 2010 tillsatte regeringen därför en nationell samordnare, med uppdraget att stödja landsting och kommuner i arbetet med att överföra hemsjukvårdsansvaret från landsting till kommuner. Den utredningen presenterade sitt förslag i juni 2011, "Kommunaliserad hemsjukvård" (SOU 2011:55) (se vidare avsnitt 3.4).

I dagsläget kan konstateras att en kommunalisering av hemsjukvården genomförts i de flesta län. Senast ut var Blekinge, Jönköpings, Västmanlands, Gävleborgs, Dalarnas, Västerbottens och Norrbottens län, där kommunerna tagit över ansvaret från år 2013.

I Östergötlands och Västernorrlands län sker planeringen med sikte på en överföring fr.o.m. 2014, medan processen i Stockholms län inriktas på en överföring fr.o.m. 2015.

Kommentar: I vårt arbete har vi tagit del av material från de genomförda kommunaliseringarna i Kalmar län och Sörmlands län, både när det gäller förberedelserna och i form av uppföljningar, utvärderingar och revisionsrapporter. Vi har också tagit del av material från pågående processer i Gävleborgs län samt Östergötlands län. Vi har, genom projektledningen, haft god insyn i processerna i Sörmland och Gävleborg.

3.3. Hemsjukvård i förändring – Socialstyrelsens uppföljning

Som tidigare nämnts, fick Socialstyrelsen år 2007 i uppdrag att tillsammans med SKL kartlägga hemsjukvårdens omfattning, samt att komma med förslag till indikatorer för att kunna följa upp och värdera hemsjukvårdens processer och resultat. Detta redovisades i rapporten "Hemsjukvård i förändring" (november 2008). Man konstaterade bl.a. att allt mer sjukvård bedrivs i ordinärt boende och att hemsjukvården också blir allt mer avancerad. Man noterade dessutom att i många fall är tillgången till läkare och sjuksköterska otillräcklig. Andra iakttagelser i rapporten är att tillgången till undersökningar och behandlingar varierar, beroende på vem som är huvudman för hemsjukvården och att patienterna har bättre tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser när ansvaret är samlat för hemsjukvård i både ordinärt och särskilt boende. Social-

styrelsen påtalar också behovet av åtkomst till journalanteckningar, särskilt under jourtid.

Vidare konstaterades att den statistik och de uppgifter som finns om hemsjukvården är ofullständig och inte jämförbar och därför föreslog man en total översyn av statistik för hemsjukvårdens processer, resultat och kostnader.

Socialstyrelsen presenterade också förslag till indikatorer för redovisning och uppföljning av hemsjukvård, totalt 17 indikatorer inom sju olika områden.

3.4. Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55)

I juni 2010 tillsatte regeringen en nationell samordnare med uppdraget att stödja landsting och kommuner i kommunalisering av hemsjukvården. Ett år senare, juni 2011, överlämnade utredningen sitt betänkande till regeringen i rapporten "Kommunaliserad hemsjukvård", SOU 2011:55.

Syftet med uppdraget var att på frivillig väg få ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården i landet. I uppdraget ingick också att dels utreda om kommuner ska ges befogenhet att anställa läkare, dels att belysa kommunernas förutsättningar att tar över (där så inte skett) ansvaret för hemsjukvård.

Utredningen redogör bl.a. för läget i landet och konstaterar bl.a. att omfattningen av kommunernas ansvar för hemsjukvård varierar. Gemensam grund är dock den s.k. tröskelprincipen, dvs. att hemsjukvården erbjuds endast till de personer som inte själva kan ta sig till vårdcentral/motsvarande. Utredningen konstaterar vidare att det finns olika definitioner av hemsjukvård och föreslår att begreppet hemsjukvård bör ersättas av "hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet".

I utredningens uppdrag har även ingått att lyfta fram goda exempel där huvudmannaförändringar givit ett gott resultat och man lyfter då överenskommelserna i Kalmar län (2008) respektive Sörmlands län (2010). Skälen för detta är dels att överenskommelserna är tydliga, dels att det gjorts utvärderingar.

Utredningen föreslår också vissa förändrade lagformuleringar för att avveckla den nuvarande lagtolkning/praxis som innebär att den kommunala kompetensen begränsas till att avse enbart hemsjukvård på primärvårdsnivå. Skälet till detta anges vara att vårdens utveckling gjort den avgränsningen mindre tillämplig. Man framhåller Kalmar län och Västra Götalandsregionen som goda exempel på att även avancerad hemsjukvård kan ingå i en samlad hemsjukvårdsorganisation i kommunal regi.

Däremot vill inte utredningen att kommunerna ska få möjlighet att svara för hälso- och sjukvård på läkarnivå.

Mot bakgrund av hur man uppfattat de hittills genomförda kommunaliseringarna av hemsjukvård, ger utredningen förslag på vilka hemsjukvårdsinsatser som bör ingå i den kommunala hemsjukvården och vilka insatser som därutöver skulle kunna överföras till kommunerna.

Följande hemsjukvård föreslås vara kommunernas ansvar:

- All planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem.
- Kommunen ansvarar för insatserna inom hemsjukvården från den dag behovet uppstår.
- Hemsjukvård omfattar alla sjuksköterskeinsatser, inklusive insatser som erfordrar specialistsjuksköterska, samt basal rehabilitering och habilitering av sjukgymnast och arbetsterapeut.
- Hemsjukvård utförs hela dygnet.
- Palliativ vård på primärvårdsnivå.
- Hemsjukvården omfattar alla personer över 18 år.

Därutöver föreslås att följande insatser ska kunna utföras av kommunen, om parterna är överens om det:

- All planerad hälso- och sjukvård på specialiserad somatisk vårdnivå och inom specialiserad psykiatrisk vårdnivå, som kan ske med bibehållen patientsäkerhet, i den enskildes hem, utförd av sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut.
- Hemsjukvård för alla personer, inkl. barn upp till 18 år.
- Planerade eller oplanerade hembesök. Med oplanerade besök avses snabb insats från sjuksköterska vid oförutsedda behov.
- Hjälpmedel till personer i ordinärt boende.

Utredningen gör också en omfattande genomgång avseende de ekonomiska aspekterna vid en kommunalisering av hemsjukvården. Bland annat beskrivs skatteväxling, konsekvenser för skatteutjämningssystemet samt de modeller för mellankommunal skatteutjämning som införts eller diskuteras i några län. I dessa frågor föreslås ett visst tillägg i kostnadsutjämningen för de kommuner som tagit över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. Utredningen är däremot mer tveksam till

mellankommunal skatteutjämning och föreslår att sådana modeller endast får tillämpas under en period av högst fem år.

Kommentar: Det är vår uppfattning att utredningen relativt väl redogör för den hittillsvarande utvecklingen när det gäller kommunaliseringen av hemsjukvård. Där finns också den tydliga insikten att den medicinska och tekniska utvecklingen ger nya förutsättningar för vilka sjukvårdsinsatser som kan tillhandahållas i patientens hem.

Utöver vad utredningen beskriver, uppfattar vi att utvecklingen av vårdvals-/kundvalsmodeller är en viktig förutsättning i den framtida hemsjukvården i Halland. När det gäller vilka nya förutsättningar och utmaningar som detta innebär, finns dock inte så mycket stöd och vägledning att hämta i rapporten.

4. Nuläge

Som en inledning på vårt projekt gjordes en inventering av nuläget i Halland, när det gäller hemsjukvårdens innehåll, målgrupper och organisation. I detta kapitel ger vi en sammanfattande bild.

4.1. Hemsjukvårdens patienter

Utvecklad diagnostik och bättre behandlingsmetoder i kombination med färre vårdplatser och en önskan att bo kvar hemma har inneburit att allt fler erhåller sjukvård i hemmet. Nationella siffror visar att drygt 87 % av hemsjukvårdens patienter är över 65 år. Många är äldre med flera diagnoser.

Nedan exemplifierar vi med några "vanliga" patienter.

Agda, 85 + som är multisjuk och behöver hjälp med medicinering, provtagning, förflyttning och/eller rehabilitering. Agda bor i särskilt boende eller har hemtjänstinsatser i ordinärt boende.

För Agda finns redan idag en till övervägande del väl fungerande hemsjukvård, ofta med stark koppling till kommunernas hemtjänst. De mest sjuka äldre ställer dock ökade krav på kompetens kring olika sjukdomar och helhetsbedömningar med hänsyn till åldrandets påverkan av sjukdomsförloppet.

De förbättringsområden som anges för dessa patienter är fler hembesök av läkare och ökad tillgång till geriatrisk kompetens.

Sven, 65 år, har drabbats av en stroke och har vid utskrivning från sjukhuset stora behov av rehabilitering. Sven bor i ordinärt boende och behöver hemtjänstinsatser på grund av sin stroke.

En annan stor grupp som idag får hemsjukvård är patienter i behov av rehabilitering efter en stroke eller annan neurologisk sjukdom. Ofta är det äldre personer som drabbas, men allt fler i yngre åldrar återfinns i patientgruppen.

År 2009 insjuknade 850 personer i stroke i Halland. Färre vårdplatser för rehabilitering och korta vårdtider[1] innebär att merparten av rehabiliteringen sker utanför sjukhuset.

[1] Länsövergripande rehabiliteringsprogram för strokepatienter i Halland, maj 2011

En annan patientgrupp i behov av rehabilitering i hemmet är de som drabbats av frakturer och som inte kan ta sig till rehabilitering på vårdcentral eller sjukhus.

I Halland beskriver dokumentet Lars Väg vårdkedja och insatser för rehabilitering generellt och specifikt för patienter med stroke. Vårdkedjan och insatserna avser både regionens och kommunernas verksamheter.

De förbättringsområden som anges vad avser rehabilitering i hemmet är rehabiliteringsbedömning i samband med utskrivning från sjukhus/vårdplanering, resurser i form av arbetsterapeut och sjukgymnast samt tillgång till specialistkompetens som neurorehabiliteringsteam. 29 av 48 vårdenheter anger att de har tillgång till detta[2] .

Arne 45 år och sjuk i cancer, palliativt skede. Vårdas av specialistsjukvården och har önskemål om palliativ vård i det egna hemmet. Kommunen får via tjänsteköp uppdrag att utföra omvårdnadsinsatser inklusive insatser från sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Palliativa konsultteamet ger stöd och Arne har möjlighet till öppen retur in i slutenvården. I samband med tjänsteköp blir närsjukvårdens läkare involverad.

Antalet patienter i behov av palliativ vård bedöms vara relativt konstant, men möjligheterna till hemsjukvård har ökat för dessa patienter. Vårdbehov och insatser varierar dock över tid. Palliativ vård i hemmet blir allt vanligare för även andra diagnoser än cancer, som t.ex. KOL, hjärtsvikt och njursvikt.

Personer med behov av palliativ vård får hemsjukvård av regionen och genom tjänsteköp även av kommunerna.

De förbättringsområden som anges för den palliativa vården är informationsöverföringen mellan olika vårdnivåer, ansvarsfördelningen mellan slutenvårdens och närsjukvårdens läkare samt kompetensen i omvårdnadsteamet.

Övriga patientgrupper som återfinns inom hemsjukvården är:

- Personer med demenssjukdom
- Patienter med psykisk sjukdom
- Patienter med funktionshinder
- Patienter i behov av avancerad vård

[2] Vårdval Halland, uppföljning 2011

Demens drabbar i huvudsak äldre patienter. På nationell nivå anges att cirka 92 % av de demenssjuka är över 65 år. Hemtjänstinsatser är vanliga, medan hemsjukvård är relativt begränsad om inte annan samsjuklighet ställer krav. När sjukdomen blir alltför märkbar är ofta plats på särskilt boende aktuellt.

Stöd för arbetet med demens ges i dokumentet Annas Led som tagits fram gemensamt mellan regionen och kommunerna i Halland.

Förbättringsområden som anges är kompetens för tidig upptäckt som möjliggör uppbromsning av sjukdomen samt tillgång till kognitiva hjälpmedel.

Drygt 1 500 personer med psykiskt funktionshinder har identifierats i länet[3]. Gruppen har i olika skeden relativt omfattande behov av socialt stöd genom hemtjänstinsatser och boendestöd. Målgruppen har en högre somatisk sjuklighet än andra patienter. Däremot ges idag relativt begränsad hemsjukvård. Vanligast är hjälp med läkemedelstilldelning.

Förbättringsområden avser kompetens om patientgruppen, informationsöverföring samt planering och ansvarsfördelning mellan olika vårdgivare.

Bland de funktionshindrade patienterna utgör utvecklingsstörning eller autismspektrumstörning den övervägande andelen. Gruppen är antalsmässigt relativt liten, men ofta resurskrävande. Dessa patienter har också behov av specialiststöd från i första hand habiliteringsverksamheten. Även avancerad vård i hemmet ges för dessa patienter och egenvårdsbegreppet är centralt.

Förbättringsområden är dels läkarinsatser i hemmet, dels ett ökat stöd från specialistklinikerna.

Patienter i behov av avancerad vård i hemmet, till exempel dialys, parenteral nutrition, respiratorvård. Avser ofta patienter i palliativ vård och patienter med funktionshinder. Specialistvården svarar för vården med stöd av primärvården, i de fall omsorgsinsats ges träder kommunens ansvar för hemsjukvården in.

Idag ger specialistsjukvården vård i hemmet för ett fåtal barnpatienter. Aktuella insatser har varit neonatal hemsjukvård, palliativ vård, injektioner i samband med infektioner samt subkutan gammaglobulinbehandling. Fler insatser i hemmet skulle kunna göras för framför allt kroniskt sjuka barn. Andra insatser i hemmet från specialistsjukvården ges till patienter med hemdialys. Samarbete sker idag kring dessa patienter med kommun och närsjukvård. Patientantalet beräknas öka i framtiden och

[3] Inventering 2011

också omfatta fler äldre. För patienter i behov av syrgasbehandling görs utprovning och kontroller i hemmet, under 2012 gjordes 235 hembesök.

Generellt kan sägas att kompetens och resurstillgång ofta är den begränsande faktorn.

Förbättringsområden är informationsöverföring mellan vårdnivåer och kompetens i omvårdnadsteamet.

4.2. Regionen och kommunerna - ansvarsfördelning och samverkan

Den nuvarande ansvarsfördelningen (fr.o.m. 2009) mellan regionen och kommunerna, innebär att kommunerna har ansvaret för hemsjukvård för de personer som beviljats bistånd för personlig omvårdnad enligt SoL (Socialtjänstlagen). Motsvarande gäller även för personer med beslut om assistans enligt Socialförsäkringsbalken (SFB) eller Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

All övrig hemsjukvård är regionens ansvar. Det innebär hemsjukvård på såväl primärvårdsnivå som specialistnivå.

För kommunernas och regionens samverkan om hälso- och sjukvården har en särskild samverkansstruktur utvecklats. Ett antal gemensamma styrdokument avseende samverkan mellan huvudmännen finns också framtagna. Utöver detta finns, utifrån lokala förutsättningar och initiativ, samverkan mellan regionen och respektive kommun.

4.2.1. Struktur för samverkan

Någon särskild struktur för samverkan kring hemsjukvårdens frågor finns inte, utan frågor av betydelse för hemsjukvården hanteras i befintlig samverkansstruktur.

På politisk nivå är Kommunberedningen det gemensamma organet, med uppdrag att samordna regionala och kommunala utvecklingsfrågor, att hantera hälso- och sjukvårdsfrågor av gemensamt intresse samt att vara ett forum för omvärldsbevakning. Samtliga kommuner samt regionen finns representerade i beredningen.

Inom regionens politiska organisation finns också lokala nämnder, en per kommun, med uppdrag att ur ett tydligt invånarperspektiv verka för god hälsa hos befolkningen. En del av uppdraget avser att utveckla samarbets- och samverkansformer med olika intressenter samt medverka till lokal förankring.

På tjänstemannanivå är chefsgrupp Halland det överordnade organet för samverkan mellan kommunerna och regionen.

Sedan våren 2010 pågår ett utvecklingsarbete kring nya former för samverkan mellan kommunernas socialtjänst och angränsande hälso- och sjukvård. Samverkan sker på strategisk, taktisk och operativ nivå. I den strategiska gruppen ingår socialchefer/motsvarande från kommunerna och hälso- och sjukvårdsdirektören från regionen.

Fem taktiska grupper finns inom områdena missbruk och beroendeproblematik, personer med funktionshinder, psykiatri, barn och unga samt för gruppen äldre.

Ett område som har prioriterats är vården för sjuka äldre med gemensamma mål för länet. Halland ingår också i den nationella satsningen från regering och SKL kring sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Halland deltar som ett team med representanter från Hallands kommuner, Vårdval Halland, Hallands sjukhus och processledare, utsedda av Taktisk grupp äldre. Områden som ingår i satsningen är:

God vård i livets slutskede. Modell ska finnas " Annas och Lars sista tid" med koppling till palliativa registret.

Preventivt arbetssätt. Modell ska finnas för ett preventivt arbetssätt "Anna och Lars hälsa" där kvalitetsregistret Senior Alert ingår.

Rehabilitering för äldre. Modell ska finnas "Lars väg".

God vård vid demenssjukdom. Modell med riktlinjer "Annas led" finns. Kvalitetsregistret BPSD[4] ingår samt kvalitetsregistret SveDem (svenska demensregistret).

God läkemedelsbehandling. Gemensam modell ska finnas.

Rätt vård- och omsorgsnivå. Undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar ska minska.

Samtliga dessa områden har stor betydelse för hemsjukvårdens utveckling och kvalitet.

4.3. Uppdrag och organisation

4.3.1. Region Halland

Hemsjukvård på primärvårdsnivå ingår som en del i uppdraget inom Vårdval Halland. Det uppdraget styrs av en modellbeskrivning som årligen uppdateras och fastställs av hälso- och sjukvårdsstyrelsen. År 2011 fanns inom Vårdval Halland 48 vårdenheter, varav hälften drivs av privata leverantörer och andra hälften finns inom reg-

[4] Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens

ionens närsjukvårdsorganisation. Drygt 40 % av hallänningarna har valt att lista sig hos privata vårdgivare.

Utöver hemsjukvård på primärvårdsnivå, utförs även delar av den specialiserade vården i hemmet, bland annat palliativ vård och barnsjukvård.

Inom regionen utförs hemsjukvård framför allt av läkare inom allmänmedicin, distriktssköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och undersköterska.

Som stöd i den palliativa vård som ges i hemmet finns inom regionens organisation palliativa konsultteam som täcker hela länet. Teamen har till uppdrag att ge konsultativt stöd till närsjukvården, specialistsjukvården och till kommunernas hälso- och sjukvård. Teamen har samma uppdrag, men har utvecklats olika lokalt.

4.3.2. Kommunerna

Kommunerna har ingen enhetlig organisering av hemsjukvården. I Kungsbacka och Halmstad har två nämnder ansvar för hemsjukvård, medan ansvaret åvilar en nämnd i övriga kommuner. Hemsjukvården ingår ofta i annan verksamhet som äldreomsorg eller omsorgen om funktionshindrade.

I kommunerna utförs hemsjukvård av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal (distriktssköterska, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast). Hälso- och sjukvårdsinsatser kan också utföras av undersköterskor, personliga assistenter, boendestödjare och hemtjänstpersonal med stöd av delegering. Arbetsterapeut och sjukgymnast arbetar till stor det konsultativt gentemot övrig personal.

Den kommunala hälso- och sjukvården drivs huvudsakligen i egen regi, medan samtliga kommuner utom Hylte även har privata utförare av hemtjänst. Delegerade sjukvårdsinsatser kan utföras av såväl kommunala som privata utförare av hemtjänst.

4.4. Hemsjukvårdens omfattning och innehåll

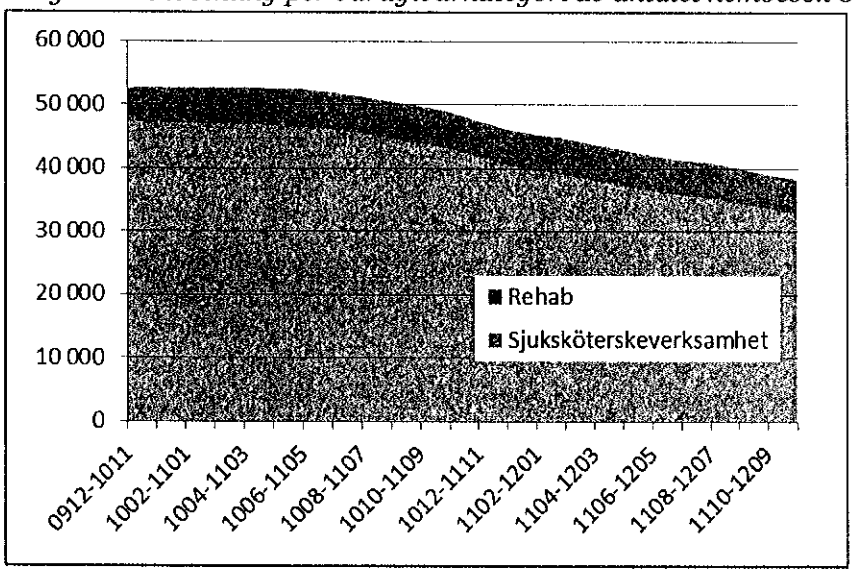
Det är svårt att ge en tydlig bild av omfattning och innehåll i hemsjukvården, eftersom det bara i begränsad omfattning finns sådan redovisning och statistik. I detta avsnitt har vi ändå sökt ge en bild utifrån de uppgifter som finns tillgängliga. Den skiftande tillgången till information innebär att detta avsnitt innehåller mer uppgifter om den mindre delen hemsjukvård (regionens ansvar).

4.4.1. Region Halland

Antalet hembesök från primärvården har minskat de senaste åren, samtidigt som den del av hemsjukvården som ingår i Vårdvalet, men som utförs av kommunerna via

tjänsteköp har ökat. Under perioden oktober 2011 – september 2012 gjordes knappt 40 000 hembesök inom Vårdval Halland. Minskningen av hembesök avser i första hand sjuksköterskeverksamheten, medan rehabverksamheten är relativt oförändrad, se diagram nedan.

Diagram 1 Utveckling per vårdgivarkategori av antalet hembesök 0901-1209

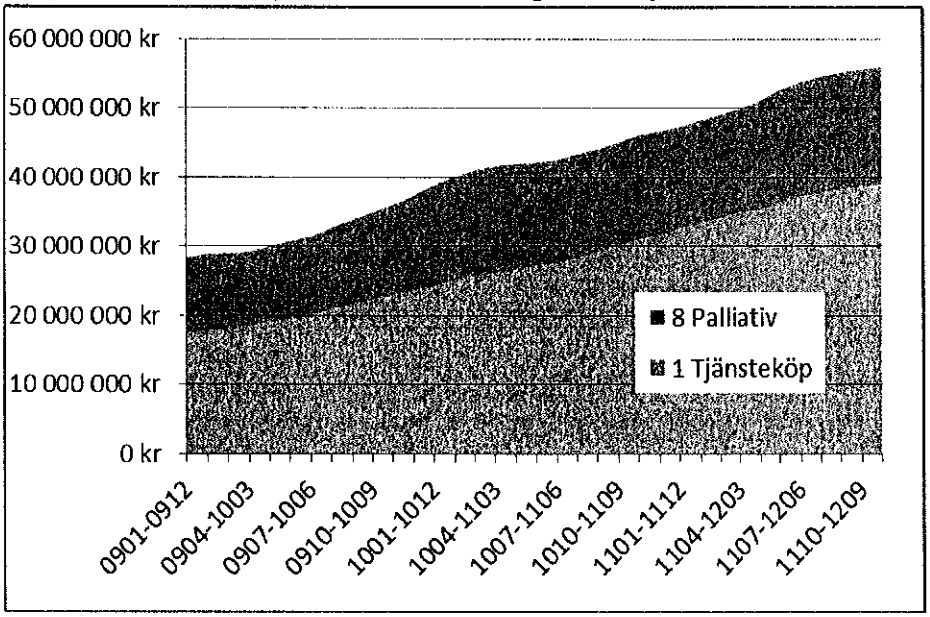


Omfattningen av hembesöken uppges motsvara ca 10 mkr år 2012.

Samtidigt som antalet hembesök minskat, har det skett en ökning av den kommunala hemsjukvård som utförs på regionens uppdrag, som tjänsteköp. Regionens kostnader för tjänsteköp har sedan 2009 ökat med närmare 10 mkr per år, från 21 mkr till 56 mkr (oktober 2011 – september 2012).

Det innebär att merparten av regionens hemsjukvård utförs av kommunerna.

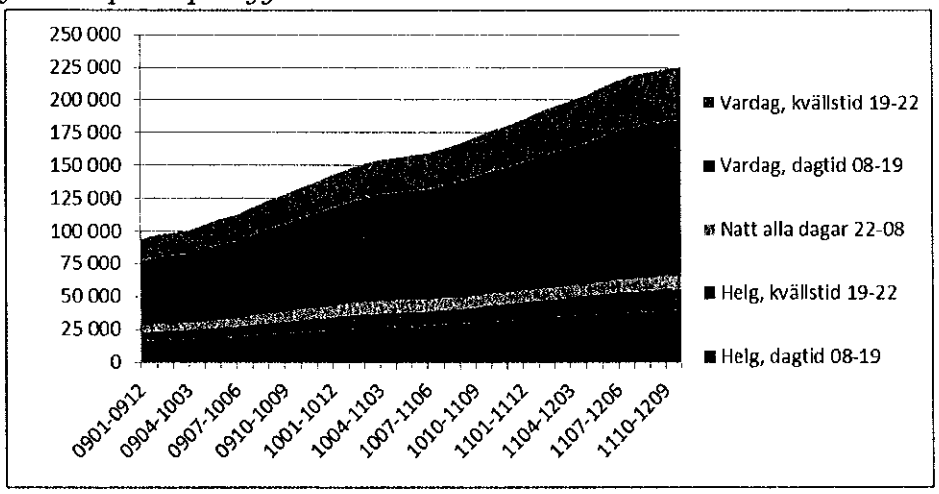
Diagram 2 Utveckling av antalet insatser per vårdtjänst 0901-1209.



Palliativ vård avser ca 25 % av tjänsteköpen, medan 75 % avser primärvårdsinsatser.

Den stora volymökningen av tjänsteköpen avser vardagar dagtid.

Diagram 3 Utveckling av tjänsteköp från regionen till kommunerna, antal vårdinsatser fördelat på tid på dygnet

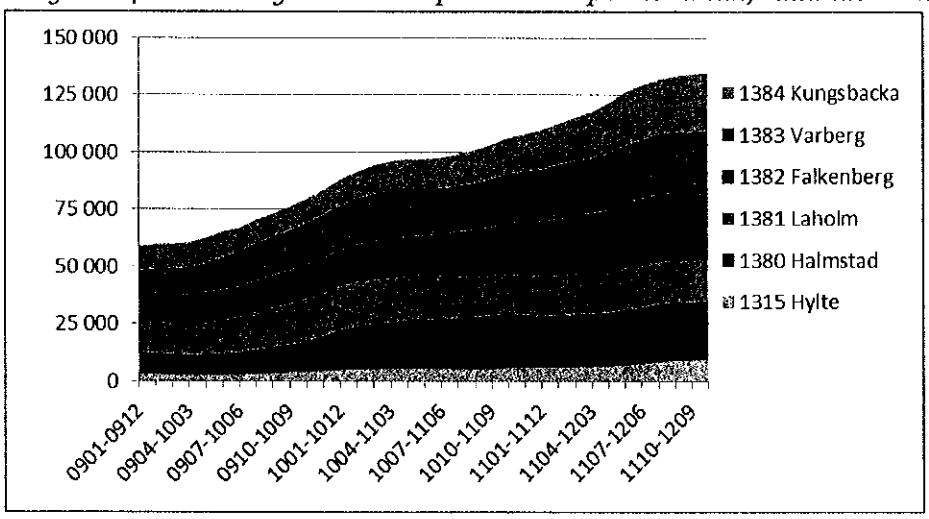


I Halmstad har tjänsteköpen ökat kraftigast, medan Kungsbacka och Hylte har minst antal tjänsteköp. Tjänsteköpens fördelning mellan de olika kommunerna framgår av nedanstående tabell.

Tabell 1 Antal insatser per kommun, oktober 2011 – september 2012

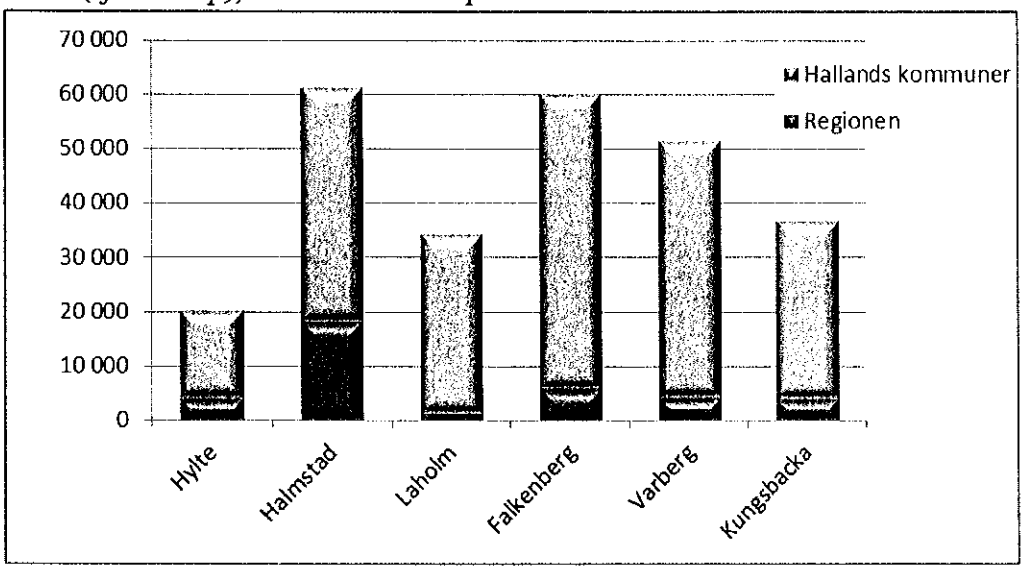
Kommun	Antal insatser
1315 Hylte	15973
1380 Halmstad	42900
1381 Laholm	32912
1382 Falkenberg	54125
1383 Varberg	47072
1384 Kungsbacka	32461
Summa	225443

Diagram 4 Utveckling av antal köpta timmar per kommun, rullande 12 månader



Omfattningen av hembesök och tjänsteköp sammantaget, varierar mellan kommunerna. Det sker i princip lika många hembesök (vårdvalet + tjänsteköp) i Laholm som i Kungsbacka, fast Kungsbacka har ca 3 gånger så många invånare. Även antalet besök i relation till antal invånare 65 år och äldre är olika. Genomsnittet för Halland är 4,0 besök per invånare i den åldersgruppen, men i Hylte sker nästan 9 besök medan det sker 2,4 i Kungsbacka. Se nedanstående diagram

Diagram 5 Antalet vårdkontakter/insatser avseende egenregi (vårdvalet) och kommunerna (tjänsteköp), oktober 2011 – september 2012.



De variationer som ses mellan de olika länsdelarna, kan inte självklart förutsättas motsvara det reella vårdbehovet. Förklaringar kan även vara skillnader i resurser och kompetens i respektive kommun, närhet till sjukhus, tidigare relationer mellan region och kommun, prioritering av respektive vårdgivare etc.

4.4.2. Kommunerna

Kommunerna saknar motsvarande redovisning av uppgifter avseende hemsjukvårdsinsatser, utöver tjänsteköpen. Den uppskattning som respektive kommun har gjort avseende antalet individer som har hemsjukvård inklusive tjänsteköp visar att antalet patienter i hemsjukvård har ökat, se tabell nedan.

ÅR	Falkenberg	Kungsbacka	Halmstad	Laholm	Hylte	Varberg
2009	1 100	1 500	3 200	800	300	1 500
2011	1 500	1 600	3 500	900	300	2 500

4.5. Ekonomi

Omfattningen av hemsjukvården kan också illustreras utifrån kommunernas respektive regionens kostnader för verksamheten. Även om dessa uppgifter inte framgår av

den ordinarie rapporteringen har vi, inom projektet, begärt in sådana uppgifter från regionen och de olika kommunerna, baserat på utfall för år 2012.

Kommun/regionen	Kostnader 2012, tkr (beräknat)	Motsvarar, kostnad per invånare över 65 år	Motsvarar, kostnad per invånare över 80 år	Kommentar
Falkenberg	30 062	3 045	10 047	
Halmstad	53 081	2 152	9 254	
Hylte	6 837	2 956	9 576	
Kungsbacka	44 178	2 943	12 064	
Laholm	21 983	3 972	13 644	
Varberg	39 580	3 255	10 372	
Kommunerna totalt	186 016	2 945	10 001	
Region Halland	71 000	1 173	3 817	Varav 56 mkr utförs av kommunerna

Vi vill betona att dessa siffror bygger på uppskattade värden, baserat på utfall för 2012. Exakta uppgifter är, som tidigare nämnts, inte möjliga redovisa. Man bör därför vara försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser av uppgifterna.

5. Sjukvårdens utveckling – nya möjligheter och framtida behov

I arbetet med att lägga grunden för "Framtidens hemsjukvård" har såväl dagsläget som framtiden betydelse. I detta avsnitt vill vi ge några bilder av utvecklingen, som vi bedömer är av vikt för hemsjukvården i Halland.

5.1. Framtidens hälso- och sjukvård

Den som idag söker information om Hälso- och sjukvårdens utveckling kan snabbt konstatera att det i flera landsting pågår särskilda aktiviteter med inriktningen mot hur hälso- och sjukvården ska möta framtiden. Information om det arbetet kan man bl.a. finna på hemsidorna för landstingen i Stockholms län, Sörmlands län och Norrbottens län, samt Västra Götalandsregionen.

Inom Socialdepartementet pågår LEV-projektet (den Långsiktiga Efterfrågan på Välfärdstjänster) som hittills givit ut två rapporter: "Den ljusnande framtid är vård" samt "Empati och high tech".

Vi ser några återkommande trender i rapporterna om den framtida hälso- och sjukvården. En trend handlar om påfrestningarna på finansieringen. Den avstår vi från att kommentera i denna rapport. Däremot vill vi lyfta två andra trender som handlar om dels den tekniska utvecklingen, dels patientens förändrade roll i vård och omsorg.

Dessa aspekter hänger delvis samman, genom att den tekniska utvecklingen gör det möjligt för den enskilda patienten att i allt högre grad bli delaktig i sin vård. Det handlar både om möjligheterna att söka information om sin egen sjukdom och dela den med andra, samt att den tekniska utvecklingen ökar patientens möjligheter att kommunicera med sin vårdgivare och att själv kunna ta delansvar för provtagning och viss behandling.

5.2. Några exempel

I rapporten: "HealthCast: The Customization of Diagnosis, Care and Cure"[5] sammanfattas några internationella utvecklingstrender. Rapporten bygger bl.a. på intervjuer med högt ansvariga chefer och ledare inom hälso- och sjukvård i 50 länder, samt på genomgång av forskningsrapporter och liknande dokumentation.

[5] PwC Health Research Institute (2010)

Den sammanfattande bedömningen i rapporten är att den framtida hälso- och sjukvården kommer att innebära mer av individanpassade behandlingar och ytterligare ökat patientfokus. Rapporten redovisar fem viktiga utvecklingsområden inom hälso- och sjukvård:

- Samordnade vårdteam och vårdinsatser
- Stöd via "navigatörer"
- Patienternas upplevelser av vården
- Medicinska utvecklingscentra
- Nätverk för lättillgänglig vård (avser IT-stöd i kommunikation och behandling)

Rapporten "Empati och High tech" från socialdepartementen lyfter fram behovet av produktivitetsförbättringar i hälso- och sjukvården och utgår ifrån att ny teknik kan fungera som en katalysator för ett sådant förändringsarbete. I rapporten redovisas ett antal exempel på hur den tekniska utvecklingen ger nya förutsättningar för framtidens vård. Några exempel är

- **Webbaserade tjänster.** Det finns idag många olika tjänster där patienter delar med sig av kunskap och erfarenheter av sina sjukdomar. Ett exempel är "Patientslikeme" (USA), där patienter med olika symtom och medicinering fritt utbyter erfarenheter. Användarna har möjlighet att lägga in hundratals typer av symtom och terapier och många användare lägger in väldigt detaljerad information. Sajten är lite av Facebook för patienter med komplexa sjukdomar, både diagnosticerade av läkare och odiagnosticerade. Företaget som driver tjänsten säljer informationen till forskare och andra.
- **Digitalt beslutsstöd.** Det pågår idag utveckling av datorstödda beslutsstöd för undersökning och bedömning (diagnossättning) av patienter. Rapporten redogör för beslutsstödet ISABEL, som prövades på en amerikansk akutmottagning. Systemet laddades med information om drygt 10 000 diagnoser och med hjälp av detta beslutsstöd kunde läkarna påtagligt öka precisionen i diagnossättningen.
- **Robotliknande stöd.** Utvecklingen av olika typer av robotliknande stöd spås kunna förbättra funktion och livskvalitet, t.ex. så kallade exo-skelett, som är en sorts mekaniska, utanpåliggande förstärkningar av armar och ben när funktionen i dessa har försämrats av ålder eller sjukdom.
- **Mer vård i hemmet.** Genom att vi ständigt kan vara uppkopplade genom den nya tekniken kommer människor själva i högre grad att svara för provtagning i hemmet, som antingen automatiskt rapporterar in resultat till behandlande läkare eller som stämmer av resultaten mot databaser och sätter "diagnoser"/

gör bedömningar. Utvecklingen av medicinteknisk utrustning kan innebära att vi kommer att kunna ha sådan utrustning i våra hem, som vi också kan sköta själva.

I Stockholms läns landsting har man i utredningen "Framtidens hälso- och sjukvård" belyst förutsättningarna för utvecklingen av hälso- och sjukvården i Stockholms län. Utredningen har i en delrapport översiktligt redogjort för trender och utveckling i den svenska och internationella hälso- och sjukvården. I denna översikt framhåller man bl.a. utvecklingen av vårdvalsmodeller och därmed också den ökande andelen privat driven vård. Vidare noterar man att den statliga styrningen av vården har ökat och att den utvecklingen bedöms fortsätta, samt att patientens ställning och inflytande över vården ökar. Man beskriver också utvecklingen mot en ökande specialisering i organisering av sjukhusen och slutligen beskriver man hur bristen på samverkan mellan olika huvudmän leder till brister i vården av de äldre och de psykiskt sjuka.

5.3. Patienten

Patientens delaktighet och inflytande över sin egen vård har lyfts fram allt mer under senare år, både i den politiska debatten och i lagstiftning.

Socialstyrelsen har också utarbetat en handbok för vårdgivare avseende patientens delaktighet: "Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig" som är aktuell fr.o.m. 1 januari 2012. Handboken omfattar olika områden som t.ex. Patientens självbestämmande; Bemötande, information och delaktighet; Individuellt anpassad information; Val av behandlingsalternativ, Information om vårdgarantin och val av vårdgivare; Journalföring, sekretess och informationssäkerhet.

Sedan 1 juli 2010 har också patienten rätt att begära att få en särskilt utsedd fast vårdkontakt. Syftet med detta är att bistå patienten i kontakter med olika delar av vården. I en nyligen genomförd utvärdering konstaterar Socialstyrelsen att rätten till fast vårdkontakt ännu inte fått något starkt genomslag i verksamheterna i landet.

I slutet av januari 2013 presenterade den s.k. Patientmaktsutredningen i ett delbetänkande ett förslag till ny patientlag, som samlar de delar av nuvarande Hälso- och sjukvårdslagen som avser dels patientens delaktighet, dels frågor med direkt betydelse för vårdens utformning. Till detta föreslås nya eller utvecklade lagbestämmelser inom flera områden. Syftet med Patientlagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning och lagen ska främja integritet, självbestämmande och delaktighet.

Förslaget till patientlag innehåller bestämmelser om patientens rätt till information, delaktighet samt förtydliganden när det gäller att vården inte får ges utan patientens samtycke. Likaså finns bestämmelser om patientens rätt att välja behandling, om det finns flera medicinskt försvarbara behandlingsalternativ och dessutom föreslås förenklade regler kring rätten till s.k. Second opinion, för patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom. Vidare ingår den gällande lagstiftningen ang. rätt till fast vårdkontakt samt ett förslag om fritt val av vårdgivare i hela landet, när det gäller primärvård och öppen specialistvård.

Kommentar: Vi har, i vårt uppdrag, velat lyfta dels patientens delaktighet i beslut om vård och behandling, dels betydelsen av att se den enskilde patientens behov och förutsättningar som en grund för beslut om vård och insatser.

Vi ser att det finns ett behov av utbildningsinsatser och erfarenhetsutbyte för både den personal som möter patienterna i vårdplaneringen och för dem som utför insatserna i patienternas hem. Vi vill föreslå detta som en viktig del i genomförandet av Framtidens hemsjukvård. Förslaget till ny patientlagstiftning är också en anledning att genomföra sådana utbildningsinsatser.

5.4. Befolkningsutveckling

När det gäller förutsättningarna för framtiden har också befolkningsutvecklingen en stor betydelse. Vi har inom projektet haft ambitionen att kunna ge en bild av den beräknade befolkningsutvecklingen fram till år 2030. Vår inriktning har varit att använda prognoser från Region Halland, men det har visat sig svårt att få fram aktuella uppgifter för samtliga kommuner den vägen.

Vi har därför sökt uppgifter från olika källor och sammanställt dessa. Även om detta delvis kan innebära att uppgifterna inte är helt jämförbara bedömer vi att det ändå kan användas för att ge en översiktlig bild av den förväntade utvecklingen. I detta avsnitt ger vi en sammanfattad bild av beräknad befolkningsutveckling.

Totalt sett förväntas befolkningen i Halland öka med ca 45 000 invånare (ca 15 %) från 2010 till 2030. Andelen äldre kommer också att öka, 65-79 år med cirka 1,8 % och 80 år och äldre med cirka 2,2 %.

Tabell Befolkning och åldersstruktur, basalternativ 2010-2030

	2010	2030	Andel av befolkningen 2010	2030	
0-19	72 528	75 640	24,2	22,0	
20-64	168 318	186 979	56,2	54,4	
65-79	41 901	54 499	14,0	15,8	
80+	16 737	26 865	5,6	7,8	
Totalt	299 484	343 983	100	100	

Källa: Region Halland

Utvecklingen ser dock något olika ut för de olika kommunerna:

- **Falkenberg**, som idag har en större andel äldre än genomsnittet för länet, beräknas 2030 ha en lägre andel äldre än länet, främst när det gäller andelen 80 år och äldre. Totalt beräknas antalet invånare i Falkenberg öka med drygt 5 000 personer, varav ca 850 är 65 år och äldre. *(Källa: Region Halland/SCB)*
- **Halmstad** har idag än större andel av sin befolkning i yrkesverksam ålder jämfört med länet och år 2030 kommer den åldersgruppen att fortsatt vara stor. Andelen 65 år och äldre beräknas vara något mindre än länet. Totalt beräknas antalet invånare i Halmstad öka med knappt 9 500 personer, varav ca 5 600 är 65 år och äldre. *(Källa: www.Halmstad.se)*
- **Hylte,** som idag har en äldre befolkning än länet, beräknas få en minskande andel äldre och år 2030 beräknas åldersfördelningen i Hylte överensstämma med förhållandet på länsnivå. Totalt beräknas befolkningen öka med ca 150 invånare. *(Källa: Region Halland/SCB)*
- **Kungsbacka** har idag en ung befolkning jämfört med länet. Betydligt större andel 0-19 år och mindre andel 80 år och äldre. År 2030 har andelen 80 år och äldre hamnat på samma nivå som för länet, men åldersgruppen 0-19 år är fortsatt stor. Även för Kungsbacka beräknas en kraftig befolkningsökning, drygt 15 700 personer, varav drygt 4 200 i åldern 80 år och äldre. *(Källa: Tillväxtanalys[6])*
- **Laholm** har idag en något äldre befolkning än länet. År 2030 beräknas andelen äldre ha ökat både i gruppen 65-79 år (800 personer) och framför allt i åldersgruppen 80 år och äldre (1 100 personer). Ökningen är större än för länet. Totalt sett beräknas befolkningen öka med drygt 150 personer. *(Källa: Region Halland/SCB)*
- **Varberg** har idag en större andel av sin befolkning i yrkesverksam ålder jämfört med länet. Andelen äldre är lika som länet. År 2030 kommer detta för-

[6] Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser

hållande i stort sett att bestå. En kraftig befolkningsökning väntas för Varberg, drygt 18 100 nya invånare, varav en ökad andel äldre, men också en ökad andel 18 år och yngre. *(Källa: www.varberg.se)*

6. Hemsjukvårdens uppdrag i Halland - vårt förslag

I detta avsnitt vill vi presentera vårt förslag till innehåll och uppdrag för hemsjukvården i Halland. Vi använder begreppet "Uppdraget" och avser med det den modell för hemsjukvård som efterfrågas i projektdirektivet.

I vårt förslag beskriver vi ett uppdrag som är tydligt i sin kärna och inriktning, men som också är en modell för en hemsjukvård i utveckling. Uppdraget är inte begränsat till en vårdnivå eller till specifika diagnoser, utan ansluter till ett arbetssätt och ett förhållningssätt som i delar redan tillämpas i Halland och som innebär att specialistsjukvården och hemsjukvården söker erbjuda sjukvårdsinsatser i hemmet även för patienter med mer komplicerade diagnoser.

På samma sätt som gränserna för hemsjukvården därigenom förflyttas i de enskilda patientfallen, ser vi också att den gräns för vad som idag kan erbjudas i hemsjukvård inte är statisk i ett större perspektiv utan att den successivt kommer att förskjutas, bl.a. genom den medicinska och tekniska utveckling som idag kan anas men inte exakt bedömas och planeras.

Vi ser därmed att behovet av alltför tydliga avgränsningar minskar. Detta är en av förutsättningarna för vårt förslag, där vi istället lyfter betydelsen av en utvecklad och kompetent vårdplanering, som ingången till hemsjukvården.

Inriktningen på vårt förslag kan alltså sammanfattas som att det är patientnyttan tillsammans med de medicinska bedömningarna, som ska avgöra vilka insatser som bör och kan tillhandahållas inom hemsjukvården.

6.1. Definition

Vi utgår ifrån Socialstyrelsens definition av hemsjukvård: *Hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid.*

Vi föreslår att denna definition ligger till grund även för hemsjukvården i Halland, med kompletteringen att vårdplaneringen är grunden för inskrivning i hemsjukvården. Därtill föreslår vi att hemsjukvårdens uppdrag även ska kunna omfatta enstaka hembesök hos patient som inte är inskriven i hemsjukvården.

Förslag:

"Hemsjukvård i Halland avser hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid. Vårdplaneringen är grunden för inskrivning i hemsjukvården. Hemsjukvårdens uppdrag omfattar också enstaka hembesök hos ej inskrivna patienter."

6.2. Hemsjukvård - ett erbjudande till patienten och ett ansvar för sjukvårdshuvudmannen

Utgångspunkten för hälso- och sjukvården är att den tillhandahålls för patienten vid vårdcentraler och andra mottagningar i öppen vård samt vid sjukhus och andra inrättningar för sluten vård.

För patienter som inte har möjlighet att ta sig till vårdcentralen eller annan mottagning finns hemsjukvård, som erbjuder vårdinsatser i patientens hem. Detta ligger i linje med kommunens och regionens ansvar att tillhandahålla vård efter patientens behov och förutsättningar.

Denna förutsättning benämns ofta "Tröskelprincipen" och används för att förtydliga målgruppen. Samtidigt bör det betonas att detta är en riktlinje, som inte får hanteras som en absolut gräns i mötet med den enskilde patienten. Bedömningen av vilka patienter som får hemsjukvård ska alltid utgå från patientens behov och förutsättningar och sker i samband med vårdplanering och inskrivning i hemsjukvården.

6.3. Vårdplaneringen är ingången till hemsjukvården

För den patient som är aktuell för hemsjukvård påbörjas en vårdplanering. Det är i vårdplaneringen som patientens behov av vårdinsatser ska bedömas i förhållande till hemsjukvårdens möjligheter att tillhandahålla vårdinsatser i hemmet. Vårdplaneringen ska beskriva behov och förutsättningar samt insatser och behandling och ska också beskriva vem som gör vad i vården av patienten.

I sin kartläggning[7] av hemsjukvården beskriver Socialstyrelsen vårdplaneringen som "inträdesbiljett" till hemsjukvård. Man betonar där att vårdplanering ofta är en pågående process, där en första vårdplanering följs upp av återkommande vårdplaneringar och att denna kontinuerliga vårdplanering ökar patientsäkerheten. Man betonar också vikten av att vårdplaneringen samordnas med planering av socialtjänstens insatser för de många patienter som också behöver exempelvis hemtjänst.

Vi vill knyta an till Socialstyrelsens betoning av vårdplaneringens betydelse. Samtidigt har vi i vårt uppdrag mött många uppgifter om brister i dagens vårdplanering. Det kan t.ex. handla om att det alltför ofta saknas medicinsk kompetens i vårdplaneringsmötet och att kommunens biståndsbedömare av det skälet "tvingas" göra bedömningar som han/hon saknar kompetens för. En annan återkommande synpunkt är att patienter skrivs ut från sjukhus till hemsjukvård, med mer eller mindre ofullständiga bedömningar och beslut om insatser.

För att utveckla vårdplaneringens roll föreslår vi att ett metodiskt utvecklingsarbete påbörjas. Det handlar dels om att säkerställa rätt kompetens i vårdplaneringsmöten; dels om att utveckla övergripande riktlinjer samt beslutsstöd med råd, tillämpningsanvisningar och exempel på lösningar för patienter med mer långtgående vårdbehov.

När det gäller medverkan i vårdplaneringen finns exempel på hur videokonferenser både effektiviserat vårdplaneringen och bidragit till höjd kompetens.

Med beslutsstöd för vårdplaneringen avser vi en form av "handbok" som samlar övergripande riktlinjer, vårdprocessprogram, tillämpningsanvisningar och konkreta exempel på vilka insatser som kan bli aktuella för olika typer av diagnoser och behov. Avsikten med detta är att säkerställa kvalitet i vårdplanering för den enskilda patienten och att ge en god grund att fatta beslut, för de olika personer/funktioner som ingår i vårdplaneringen. På ett sätt blir detta också en dokumentation av "best practice" och bidrar därigenom till att skapa en mer enhetlig hemsjukvård. Att arbeta fram ett sådant beslutsstöd har, som vi ser det, en nära koppling till den utveckling av styrning och uppföljning som vi föreslår i kapitel 7.

Tydliga riktlinjer och ett beslutsstöd kan också bidra till ökad tydlighet även gentemot specialistvården, om förutsättningarna för att ta emot patienter i hemsjukvården och behovet av en gemensam planering.

Ett utvecklat beslutsstöd bör också vara utformat så att det ger underlag för patienten att förstå och kunna vara delaktig i beslut om behandlingsalternativ.

---

[7] Hemsjukvård i förändring (2008)

Särskilt för patienter med psykiatrisk funktionsnedsättning kan samordnad individuell vårdplan upprättas, som ska klargöra och samordna insatserna från regionen och kommunen.

Kommentar: Vi har noterat ett pågående arbete i Örebro län[8] (med stöd från SKL), som bl.a. inriktas mot att utskrivningsplaneringen (efter sjukhusvistelse) differentieras beroende på patientens behov och att den mer långsiktiga planeringen sker i form av samordnad individuell vårdplanering (SIP) i ett senare skede i patientens hem. Beslut om handledning, specialiststöd etc. tas innan patienten lämnar sjukhuset.

6.4. Hemsjukvård och en delaktig patient

Under senare år har det blivit ett ökat fokus på patientens möjlighet att vara delaktig i sin vård och det nyligen presenterade förslaget till ny patientlag är en del i denna utveckling. Patientens delaktighet och möjlighet att påverka sin vård är särskilt viktig när vården ges i patientens eget hem och ofta kan avse en längre tidsperiod. Det innebär bland annat att vårdpersonalens förhållningssätt bör kännetecknas av respekt och lyhördhet för patientens önskemål och förutsättningar att ta ansvar.

Sedan 2010 finns i lagstiftningen ett ansvar och en möjlighet för hälso- och sjukvården att utse en "fast vårdkontakt" för vissa patienter. En fast vårdkontakt ska utses för patienter med ett särskilt behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet eller om en patient själv begär det.

Hemsjukvårdens patienter kan i stor utsträckning anses motsvara den målgrupp som beskrivs i den nya lagstiftningen och vi anser därför att hemsjukvårdens patienter bör erbjudas en fastvårdkontakt.

6.5. Ett sammanhållet uppdrag

Hemsjukvårdens uppdrag bör vara ett och sammanhållet. Idag är uppdragen delvis parallella och ansvaret fördelat på regionen och kommunerna, med en gränsdragning som inte uppfattas som självklar, vare sig i verksamheten eller av patienterna.

I praktiken utförs redan idag en allt större del av primärvårdens hemsjukvårdsinsatser av den kommunala hemsjukvården, som "tjänsteköp". Den utvecklingen, om än oav-

[8] ViSam-projektet: Vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell. Avser vårdplanering vid utskrivning, samordnad vård och omsorg i hemmet samt utarbetande av beslutsstöd för de kommunala sjuksköterskorna.

siktlig, innebär att merparten av hemsjukvårdens utförande successivt har samlats i en organisation på ett sätt som kan sägas motsvara intentionen att skapa en sammanhållen hemsjukvård.

6.6. Uppdragets innehåll

I vår beskrivning av hemsjukvårdens innehåll har vi valt att utgå ifrån de förslag som presenteras i utredningen "Kommunaliserad hemsjukvård" (se avsnitt 3.4).

Förslag. Hemsjukvårdens uppdrag i Halland avser:

- All planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem.
- Planerad hälso- och sjukvård på specialiserad somatisk vårdnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem.
- Alla hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av sjuksköterska (inklusive specialistsjuksköterska), sjukgymnast och arbetsterapeut.
- Insatser från den dag behovet identifierats och vårdplanering genomförts.
- Hemsjukvård utförs hela dygnet.
- Hemsjukvården omfattar alla åldrar.
- Palliativ vård som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem.
- Planerade och oplanerade hembesök. Med oplanerade besök avses snabb insats från sjuksköterska vid oförutsedda behov.
- Hjälpmedel till hemsjukvårdens patienter.

I det följande redovisar vi våra överväganden och kommentarer kring de olika punkterna.

- *All planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem.*
  (Utförs idag av både primärvården och kommunernas hemsjukvård.)
- *Planerad hälso- och sjukvård på specialiserad somatisk vårdnivå, som med bibehållen patientsäkerhet kan ges i den enskildes hem.*
  (Utförs idag till viss del av kommunernas hemsjukvård, i mindre utsträckning av primärvården.)

Kommentar: Hemsjukvårdens uppdrag bör omfatta såväl hemsjukvård på primärvårdsnivå som hemsjukvård för patienter med diagnoser och vårdbehov som motsvarar somatisk specialistvård.

Ett argument för detta är att det i Halland inte är aktuellt att bygga upp en separat organisation för sjukhusansluten hemsjukvård, på det sätt som skett i vissa andra landsting/regioner. Ett annat argument är att hemsjukvården redan idag utför insatser som kan sägas avse specialiserad vårdnivå. Uppdelningen i primärvårdnivå och specialiserad vårdnivå blir därför mindre relevant i Halland.

Vårt förslag innebär alltså att hemsjukvårdens uppdrag inte begränsas till primärvårdsnivån. Den utveckling av hemsjukvården som redan har skett, i samverkan mellan specialistvården och den kommunala hemsjukvården, innebär att en sådan avgränsning inte längre är aktuell. Denna samverkan har bland annat inneburit att introduktion och utbildning ges till hemsjukvården utifrån den enskilda patientens behov av särskilda insatser; dels olika inslag av specialistinsatser, direkt och/eller konsultativt.

Det finns givetvis gränser för vilka insatser som, oavsett kompetens, är möjliga och rimliga att genomföra i hemsjukvård. Exempel på patienter som idag knappast är aktuella för vård i hemmet kan vara patienter som kräver kontinuerlig kvalificerad övervakning, t.ex. vissa infusioner, liksom patienter med behov av snabb tillgång till akutvård respektive intensivvårdsinsatser.

Under utredningens gång har vi också diskuterat hemsjukvården i förhållande till den psykiatriska vården. I de diskussionerna har det varit svårt att konkretisera i vilka avseenden hemsjukvården skulle kunna utvecklas gentemot psykiatrin. Däremot framhålls vikten av ett närmare samarbete mellan psykiatrin och hemsjukvården, bl.a. när det gäller hemsjukvårdsinsatser för patienter med psykiatrisk diagnos. Redan idag medverkar hemsjukvården med insatser för dessa patientgrupper, t.ex. när det gäller medicindelning och omläggning av sår. Där är ett väl fungerande samarbete extra viktigt för att rätt kunna möta patientens samlade behov, med beaktande av patientens förutsättningar i övrigt.

En slutsats av våra överväganden när det gäller hemsjukvårdens relationer till psykiatrin är att det i grunden finns en utvecklad strategi när det gäller samverkan mellan regionens specialiserade psykiatri och kommunernas insatser. I denna struktur är det osäkert om hemsjukvården kan tillföra ytterligare psykiatrisk kompetens. Vi ser samtidigt att hemsjukvården kan vara en viktig resurs, t.ex. för patienter som skrivs ut från den psykiatriska slutenvården men där det finns en osäkerhet om regionens öppenvård och kommunernas stödinsatser svarar mot patientens fortsatta vårdbehov.

Om det vid utskrivning från sluten vård finns en osäkerhet om patientens förmåga att på eget initiativ hålla kontakt med öppenvården, kan man i vårdplaneringen komma överens om insatser från hemsjukvården för exempelvis medicindelning och regelbunden kontakt. Precis som när det gäller övrig specialiserad vård, bör utgångspunkten vara att hemsjukvårdens personal vid behov får tillräcklig introduktion och utbildning utifrån de olika patienternas behov.

Förslag: När det gäller hemsjukvårdens samverkan med psykiatrin ser vi att det kan behövas ytterligare gemensamma diskussioner om bl.a. hemsjukvårdens roll och former för vårdplanering. Vi föreslår att detta blir en av de första insatserna när det gäller genomförande av Framtidens hemsjukvård.

- *Alla hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av sjuksköterska (inklusive specialistsjuksköterska), sjukgymnast och arbetsterapeut.*
  (Idag görs insatser på primärvårdsnivå. Övrigt i mån av befintlig kompetens och/eller särskild introduktion, handledning och specialiststöd.)
  (Idag svarar den kommunala hemsjukvården för huvuddelen av rehabiliteringsinsatserna i hemmet, medan primärvården erbjuder rehabilitering på mottagning.)

Kommentar: Vi utgår här ifrån den kompetens som idag gäller för den kommunala hemsjukvården, dvs. upp t.o.m. sjuksköterskenivå.

Samtidigt vill vi framhålla det allt ökande behovet av specialiserad kompetens inom hemsjukvården. När man tidigare ofta talat om hemsjukvården (i kommunerna) som baserad på en allmän sjuksköterskekompetens, har det efterhand blivit tydligare att det inom hemsjukvården måste finnas specialiserad sjuksköterskekompetens, t.ex. distriktssköterskor och sjuksköterskor med specialistutbildning med inriktning mot äldre. Den senare specialiseringen är efterfrågad, samtidigt som tillgången till dessa sjuksköterskor är ytterst begränsad. Den specialistkompetens som idag finns representerad i Halland är distriktsköterska samt specialistkompetens Vård av äldre. Särskild kompetens finns också inom områden som diabetes, demens, geriatrik, onkologi, smärta, palliativ vård, inkontinens och sårvård.

Även när det gäller rehabilitering är det vår uppfattning att hemsjukvården ska kunna svara för insatser som inte bara avser "primärvårdsnivå". Avgörande ska vara möjligheten att med bibehållen medicinsk kvalitet tillhandahålla sådana insatser i hemmet.

Den begränsning vi här kan se är, utifrån medicinsk kvalitet, att det kan vara svårt att upprätthålla kompetens för "sällan förekommande" behandlingar och behov. Ett exempel på detta kan vara komplicerade handrehabiliteringar. Det får i samband med

vårdplaneringen avgöras om det behövs särskild kompetens utöver vad som tillhandahålls inom hemsjukvården.

När det gäller vissa särskilda specialistkompetenser, som logoped och dietist, är det vår bedömning att de lämpligen bör finnas kvar inom nuvarande organisation och istället kopplas in som specialister i hemsjukvården, i de fall behovet finns.

- *Insatser från den dag behovet identifierats och vårdplanering genomförts.*
- *Hemsjukvård utförs hela dygnet.*
  (Idag utför primärvården och kommunerna hemsjukvårdsinsatser från den dag behovet uppstår och utskrivnings-/vårdplanering är gjord. Kommunernas hemsjukvård utför hemsjukvård hela dygnet.)

Kommentar: Normalt utgår vårdplanering från en planeringsperiod på 5 dagar, vid utskrivning från sjukhus. Denna planeringsperiod kan i många fall vara motiverad, bl. a. för de praktiska förberedelser som kan behöva göras i patientens hem, men det kan ibland vara önskvärt med en kortare utskrivningsperiod. Att genomföra detta med bibehållen trygghet och patientsäkerhet kan ställa höga krav på hemsjukvården och i många fall också på hjälpmedelsverksamheten.

I de fall som ingången till hemsjukvård inte går via utskrivning från sjukhusvård, kan behovet av snabbare lösningar vara en större utmaning för hemsjukvården.

Hemsjukvården ska tillhandahållas dygnet runt, med utgångspunkt från patientens behov. Idag finns en tydlig skillnad i detta avseende mellan primärvårdens hemsjukvård och den kommunala hemsjukvården, en skillnad som också kan ses i övriga landet. Den skillnaden har också i flera sammanhang, bl.a. i de nationella utredningarna, nämnts som argument för en kommunaliserad hemsjukvård. Samtidigt kan påpekas att detta givetvis ytterst är en fråga om styrning, ledning och organisation av verksamheten och ingenting som i grunden är beroende av vem som är huvudman för verksamheten.

- *Hemsjukvården ska bedriva palliativ vård i den omfattning som kan ske, med bibehållen patientsäkerhet.*
  (Idag utförs palliativ vård i hemmet av kommunernas hemsjukvård med stöd av regionens palliativa konsultteam.)

Kommentar: Den palliativa vården är ett bra exempel på hur hemsjukvården och specialistvården utvecklat former för samverkan. Därigenom kan även patienter med långt gångna sjukdomstillstånd få palliativa insatser i hemmet, genom kommunala hemsjukvården, med specialiststöd från de palliativa konsultteamen (PKT).

Exempel på insatser som PKT kan bidra med är initiering av smärtbehandling, blodtransfusion och insatser vid svårhanterad symtomkontroll. De palliativa insatserna kan gälla alla diagnosgrupper och alla åldrar.

Dessa specialistsjukvårdsinsatser är också tydliga exempel där patienten får insatser från många olika delar av vården och där det därför är viktigt att vårdplaneringen tydligt anger ansvarsfördelningen, t.ex. mellan den patientansvarige läkaren i primärvården och ansvarig läkare inom den specialiserade vården.

- *Planerade och oplanerade hembesök. Med oplanerade besök avses snabb insats från sjuksköterska vid oförutsedda behov.*
  (Utförs idag av primärvården och kommunernas hemsjukvård)

Kommentar: Hemsjukvården ska svara för planerade och oplanerade hembesök för alla patienter som är inskrivna i hemsjukvården.

Hemsjukvården ska också kunna göra hembesök (enstaka) även för patienter som inte är inskrivna, för bedömning av eventuella behov av sjukvårdsinsatser. Sådana besök kan initieras av primärvården eller av den kommunala hemtjänsten.

- *Hemsjukvården omfattar alla åldrar.*
  (Idag anges ingen åldersgräns för insatser från primärvårdens och kommunernas hemsjukvård.)

Kommentar: Vi har inom projektet resonerat kring hemsjukvård för sjuka barn och ungdomar. Ett av de goda exempel som har lyfts fram, är hur man i Kungsbacka har utvecklat väl fungerande former när det gäller hemsjukvård för barn.

Insatser sker även i andra delar av länet och vi har uppfattat att de finns både vilja och förutsättningar att utveckla hemsjukvården, även för barn. Hemsjukvård för barn är samtidigt ett område med relativt få patientfall och därför krävs att den specialistkunskap som finns kan göras tillgänglig över hela länet, oavsett närhet till sjukhus.

Även när det gäller hemsjukvård för sjuka barn är vårdplaneringen avgörande i bedömningen av vilka insatser som kan erbjudas i hemmet.

- *Hjälpmedel till hemsjukvårdens patienter.*

Kommentar: Hemsjukvården svarar för förskrivning av hjälpmedel, utifrån bedömning av sjuksköterska, arbetsterapeut och/eller sjukgymnast. Hemsjukvården har kostnadsansvaret för de hjälpmedel man förskriver.

Merparten av hjälpmedlen köps eller hyrs från regionens Hjälpmedelscentrum. Det är en utmaning för såväl hemsjukvården som Hjälpmedelscentrum att säkerställa att nödvändiga hjälpmedel finns snabbt tillgängliga, t.ex. i samband med vårdplanering och utskrivning från sjukhus.

6.7. Läkarstödet till hemsjukvården

Läkaren är en avgörande kompetens i hemsjukvården, men ingår inte i det uppdrag vi beskrivit. En anledning till detta är givetvis att vi beskriver ett uppdrag som ska kunna bedrivas av såväl kommunen som regionen. Läkarens medverkan i hemsjukvården handlar också ofta om att medverka i vissa skeden av vårdprocessen, såsom diagnos, överväganden och beslut om behandling, ordination av läkemedel, uppföljning och beslut om fortsatt vård eller att bedöma patienten som "färdigbehandlad".

En återkommande diskussionspunkt i vårt arbete har rört läkarstödet till hemsjukvården. I varierande har kommentarerna handlat om att detta inte fungerar enligt förväntningarna. Det är också en fråga som Socialstyrelsen lyfte i sin nationella kartläggning. De synpunkter som kommit fram i vårt arbete har bl.a. handlat om svårigheter för hemsjukvården att konsultera patientansvarig läkare. Likaså har vi mött uppfattningen att läkarna inte i tillräcklig omfattning gör hembesök hos patienterna. Frågan har diskuterats i projektgruppen där det dels framkommit att bilden varierar mellan olika delar av länet, dels konstaterats att det är svårt att bedöma omfattningen av problemet eftersom det inte sker någon systematisk uppföljning av detta.

Till den gällande samverkansöverenskommelsen mellan regionen och kommunerna, finns en bilaga som avser "Läkarmedverkan för personer som har kommunal hälso- och sjukvård". Inledningsvis framgår av den bilagan att regionen ska erbjuda läkarmedverkan utifrån den enskildes behov, oberoende av boendeform. Likaså framgår att regionen ska utse en patientansvarig läkare, om det behövs utifrån patientsäkerheten. Vidare anges att regionen svarar för god tillgänglighet till läkare, genom Vårdval Halland. Det omfattar oplanerat behov av medicinsk bedömning, konsultation under dag- och jourtid samt planerade läkarinsatser.

Avtalet ska följas upp årligen. Detta sker också, enligt uppgift, men av någon anledning avser uppföljningen bara läkarinsatser i särskilt boende. Med tanke på betydelsen av en fungerande läkarmedverkan, anser vi att en sådan uppföljning avseende eget boende bör göras snarast, som en del i förberedelser för Framtidens hemsjukvård.

Förutom läkarstödet från primärvården ser vi också en utveckling där specialistvårdens läkare i allt högre omfattning blir en del av stödet till hemsjukvården. I takt med den utvecklingen ser vi ett behov av att tydliggöra ansvarsfördelning mellan primärvårdsläkare och specialistläkare och formerna för kommunikation mellan de olika vårdnivåerna.

Kommentar: Frågan om läkarmedverkan är en av de frågor som många har uppfattningar om, men som regionen och kommunerna uppenbarligen inte funnit fungerande former att hantera. Vi utgår i vårt förslag ifrån den ordning som regionen fastställt, dvs. att läkaransvaret gentemot hemsjukvården är en del av vårdvalsenheternas uppdrag. Samtidigt finns det all anledning för regionen och kommunerna att gemensamt uppmärksamma denna viktiga fråga, för att få en gemensam bild av problemet och ambitionsnivån och för att säkerställa en ändamålsenlig läkarmedverkan i hemsjukvården.

6.8. Informationsöverföring – rätt information i rätt tid

Även om vi beskriver hemsjukvården som ett särskilt uppdrag, är hemsjukvård ofta en del av vårdprocessen för den enskilda personen. Målet är att den enskildes vårdprocess ska vara samordnad, när det gäller insatser från olika delar av samhällets vård- och omsorg. Det gäller t.ex. då patienten skrivs ut från sjukhus till hemsjukvård, med eller utan hemtjänstinsatser.

Inom hemsjukvården är det väl fungerande "teamet" runt patienten en viktig målsättning och ibland en nödvändighet för att klara uppdraget. För detta krävs också att väl fungerande former för kommunikation både med och om patienten skapas.

Återkommande i vårt utredningsarbete, men även i hälso- och sjukvården på andra håll, noteras brister när det gäller överföring av patientinformation mellan vårdens aktörer. Även om detta delvis handlar om legala aspekter såsom patientsekretess, saknas det ibland ändamålsenliga former för informationsöverföringen. Det gäller i första hand tekniska stödstrukturer såsom bl.a. system för patientdokumentation, men det är delvis också en fråga om skillnader i traditioner och arbetssätt mellan regionens hälso- och sjukvård och den kommunala.

Utifrån en enkel inventering av de olika dokumentations- och journalsystemen, kan konstateras att i de sex kommunerna används fyra olika system, medan regionen använder ett femte.

Under 2012 har "Nationell Patientöversikt" (NPÖ) införts i Region Halland och journalsystemet VAS har därmed anslutits till NPÖ. Även de privata vårdgivare som an-

vänder VAS är därmed anslutna till NPÖ. Regionens enheter och de privata vårdgivarna är såväl producenter (av patientinformation) som konsumenter i NPÖ. Under 2013 ansluts även länets kommuner till NPÖ, men enbart som konsumenter, d.v.s. med möjlighet att ta del av patientinformation från VAS. På så vis blir NPÖ en brygga mellan regionen och kommunerna när det gäller patientinformation. Informationsutbytet skulle förbättras om kommunerna i Halland blir producenter av information i NPÖ. Ambitionen är att detta ska genomföras under 2014.

Enligt uppgift har också ett arbete påbörjats för att etablera en gemensam kommunikationsplattform för de olika journal- och dokumentationssystemen i Halland. Detta sker i samarbete mellan regionen och länets kommuner.

7. Styrning och uppföljning inom hemsjukvården

Av direktiven för vårt uppdrag framgår bland annat att syftet är att skapa en enhetlig och för patienten optimal och sammanhållen hemsjukvård, samt att modellen för hemsjukvård ska ge förutsättningar för en effektiv resursanvändning. Vidare är intentionerna att skapa tydlighet, minimering av parallella organisationer samt kontinuitet. Detta lyfter betydelsen av en ändamålsenlig styrning och uppföljning.

I vår inventering av nuläget har vi konstaterat att det i dag är svårt att få fram uppgifter om prestationer och innehåll i hemsjukvården, t.ex. när det gäller antalet patienter, antal besök och omfattningen av dessa, liksom t.ex. hur många patienter/brukare som har insatser från både kommunens och regionens sjukvård. Dessa svårigheter gäller även den ekonomiska redovisningen, där det har visat sig vara svårt att få fram uppgifter avseende enbart hemsjukvård.

Den redovisning som är tydligast avser de delar av den kommunala hemsjukvården som utförs på regionens uppdrag ("tjänsteköpen"). Detta är kanske inte så konstigt, eftersom den redovisningen utgör underlag för vad kommunerna kan fakturera regionen. Samtidigt betonas från kommunerna att detta är förenat med en omfattande administration.

Vi kan alltså konstatera att styrning och uppföljning avseende hemsjukvården inte är särskilt väl utvecklad. Såvitt vi kan se finns en något mer utvecklad redovisning inom regionen, jämfört med kommunerna.

Bilden av en svagt utvecklad uppföljning av hemsjukvården stämmer relativt väl med hur det ser ut i övriga landet, även om det givetvis kan variera lokalt. Socialstyrelsen konstaterar samma sak, i sin kartläggning av hemsjukvården[9]. Där ges samtidigt förslag till nationella, kvalitativa indikatorer avseende hemsjukvård, totalt 17 indikatorer inom sju delområden.

Även om det kan finnas skäl att invänta beslut om nationella kvalitativa indikatorer, finns det egentligen inga hinder att påbörja utveckling och användande av mer basala nyckeltal för hemsjukvården i Halland. Det kan exempelvis avse antalet patienter i hemsjukvården, medelvårdtid, antalet besök och antalet utförda timmar. Likaså finns det väl skäl att i den ekonomiska redovisningen kunna särskilja kostnaderna för hemsjukvård, bl.a. för att kunna följa upp resursanvändning i förhållande till prestationer.

[9] Hemsjukvård i förändring, 2008

Ytterligare en aspekt på uppföljning avser att säkerställa genomförandet av särskilda kvalitativa mål liksom överenskommelser mellan regionen och kommunerna. Vi har tidigare nämnt ett sådant exempel, läkarstöd till hemsjukvården, där det finns fastställda riktlinjer, men ingen uppföljning av hur detta fungera i praktiken. Vi har mött flera kommentarer om väl genomtänkta riktlinjer, där ingen tar ansvar för genomförande och följsamhet i verksamheten.

7.1. Uppföljning och utvärdering – ett verktyg för utveckling

Utöver den mer traditionella uppföljning vi hittills beskrivit ser vi att uppföljning och utvärdering spelar en viktig roll för utveckling av hemsjukvården. Med det avser vi att uppföljning och utvärdering av vad som sker i hemsjukvården också kan vara en del i kunskapsspridning och ett lärande arbetssätt. Det är relativt lätt att konstatera att det idag pågår en utveckling av hemsjukvården, i det patientinriktade samarbetet mellan specialistvården och hemsjukvården. Det lösningsinriktade, lokala arbetet bidrar i sig till utvecklingen, men det finns idag ingen medveten struktur för att ta tillvara sådana lokala lösningar och erfarenheterna av dessa. Vi föreslår att det inrättas ett forum eller en särskild funktion, med ansvar för denna utvecklingsinriktade uppföljning och utvärdering. Detta kan bl.a. avse att ta ett ansvar för utvecklingen av beslutsstöd för vårdplaneringen, i linje med vad vi föreslagit i avsnitt 6.3.

Oavsett var ansvaret för hemsjukvården kommer att hamna, ser vi behovet av denna utvecklade uppföljning. Om ansvaret för hemsjukvården även i fortsättningen ska finnas hos kommunerna, ser vi att detta är ett område där kommunerna lämpligen kan samverka och därmed skapa en gemensam kompetens i styrningen av det som benämns som en gemensam modell för Halland och en likvärdig vård för hallänningen.

7.2. Kundval i hemsjukvården

Idag finns vårdval inom regionens närsjukvård och kundval inom hemtjänsten i flera av kommunerna. Det finns därför anledning att reflektera över möjligheterna att organisera även hemsjukvården i en kundvalsmodell.

Vi ser inga principiella hinder för detta. Däremot ser vi att detta kan kräva ett antal överväganden, t.ex. om ett kundval för hemsjukvården ska vara ett eget uppdrag eller om det ska ingå som en del i något annat kundvals- eller vårdvalsuppdrag.

Men framför allt ser vi att det behövs ett betydande förarbete, när det gäller att samla kunskap och strukturera beskrivning av vad hemsjukvården faktiskt gör och ska göra.

Man bör även noga överväga vilka ersättningssystem som kan tänkas ge rätt incitament för hemsjukvårdens utveckling.

I kapitel åtta har vi särskilt kommenterat möjligheterna att utifrån de olika alternativen organisera hemsjukvård i en kundvalsmodell.

Förslag: Vi föreslår att arbete påbörjas snarast med att utveckla former för styrning och uppföljning av hemsjukvården. Inledningsvis bör detta inriktas mot basala nyckeltal, för att beskriva dagens verksamhet utifrån ekonomi och prestationer, samt bemanning och kompetens. Därefter bör arbetet avse former för uppföljning av verksamhetens kvalitet.

8. Alternativa modeller för samverkan och styrning

I projektets uppdrag ingår bl.a. att redovisa och konsekvensbeskriva alternativa former för samverkan kring och organisering av ansvaret för hemsjukvården.

Under projektets gång har vi uppfattat att det finns tre huvudsakliga alternativ.

- **Ansvaret samlas hos kommunerna**
- **Ansvaret samlas i en gemensam nämnd/kommunalförbund (Delat ansvar)**
- **Ansvaret samlas hos regionen**

I det följande vill vi försöka belysa de tre alternativen, motiven för dem och dess konsekvenser.

När det gäller de ekonomiska aspekterna har vi i avsnitt 4.4 redovisat de olika huvudmännens beräknade kostnader för hemsjukvården i dagsläget.

8.1. Ansvaret samlas hos kommunerna

Detta alternativ innebär att ansvaret för hemsjukvård samlas hos kommunerna.

8.1.1. Motiv

Motiv för detta alternativ kan vara:

- Det finns redan en organisatorisk bas, såväl politiskt som administrativt och verksamhetsmässigt.
- Verksamheten kan samordnas med hemtjänst och särskilt boende – vilket kan underlätta styrning och bidra till kostnadseffektivitet.
- Utvecklingen är i linje med vad som sker i övriga landet, så det går att lära av andras erfarenheter.
- Detta kan bidra till att stärka statusen på den kommunala hemsjukvården och därmed underlätta rekrytering.
- Det blir ett gränssnitt mellan regionens och kommunernas ansvar

8.1.2. Förändring av verksamhetsansvar:

Jämfört med nuläget kommer ansvaret för följande verksamhet att föras över från regionen till kommunerna:

- Primärvårdens hemsjukvård. Ingår idag som en del av uppdraget i Vårdval Halland.
- Palliativ vård, som idag utförs av kommunerna som tjänsteköp.

- Övrig sjukvård i hemmet som idag utförs av kommunerna som tjänsteköp.

I praktiken är den verksamhetsmässiga förändringen inte så omfattande, eftersom merparten av regionens hemsjukvård redan idag utförs av kommunerna (motsvarande 56 mkr av totalt 71 mkr).

8.1.3. Förändring av ekonomiskt ansvar:

Det ekonomiska ansvaret för hemsjukvården samlas hos kommunerna. Ansvarsförändringen innebär en skatteväxling med utgångspunkt från Region Hallands kostnader för ovanstående verksamheter. Dessa var år 2012 ca 71 mkr.

8.1.4. Kommentar - juridiska konsekvenser

Vi ser inga egentliga juridiska komplikationer med detta alternativ.

I utredningen "Kommunaliserad hemsjukvård" redogörs dock för en viss otydlighet i hälso- och sjukvårdslagen när det gäller kommunernas juridiska kompetens att ansvara för hemsjukvård på specialiserad vårdnivå, men samtidigt konstateras att i detta avseende behöver lagstiftningen uppdateras till vad som i praktiken gäller på flera håll i landet.

8.1.5. Konsekvenser i sammanfattning

- Ansluter till intentionerna om sammanhållet ansvar för hemsjukvård och hemtjänst och stödjer det påbörjade arbetet med samlad vård och omsorg för de mest sjuka äldre.
- Risk att de sex kommunerna har olika inriktning och ambition och att hemsjukvården därför kan bli olika för hallänningen, beroende på bostadsort. En gemensam modell för hemsjukvård kräver former för samverkan mellan kommunerna.
- Det krävs ett gemensamt arbete mellan regionen och kommunerna, för att säkerställa läkarmedverkan och för att utveckla specialistsjukvårdens samverkan med hemsjukvården.
- Hemsjukvården är beroende av specialistkompetens, som ligger utanför kommunernas ansvar.
- Risk för att ökade resurser för hemsjukvården "tar" från andra verksamheter i kommunen.

8.1.6. Övrigt

Kundval: Detta alternativ gör det möjligt att etablera kundval inom hemsjukvården. Varje kommun beslutar om eventuellt kundval.

8.2. Ansvaret samlas i en gemensam nämnd (Delat ansvar)

Detta alternativ innebär att ansvaret för all hemsjukvård i eget boende förs till en gemensam nämnd (alternativt kommunalförbund). Hemsjukvård i särskilt boende berörs ej.

8.2.1. Motiv

Motiv för detta alternativ kan vara:

- Kan samla både regionens och kommunernas erfarenhet och kompetens i den gemensamma nämnden.
- Tar ansvar för gemensamma mål, system, strukturer och utveckling.
- Delat ansvar för finansiering.
- En samlad beställarkompetens, med fokus på hemsjukvård.
- Årliga beslut om finansiering/styrning.
- Kan samordna ekonomiska styrsystem/incitament för vård på rätt vårdnivå.

8.2.2. Förändring av verksamhetsansvar:

Nuvarande hemsjukvård från såväl regionen som kommunerna samlas under en gemensam nämnd (alternativt kommunalförbund).

Kommunerna behåller sitt ansvar för hemsjukvård i särskilt boende m.m (den lagreglerade sjukvården).

8.2.3. Förändring av ekonomiskt ansvar:

Ingen skatteväxling krävs.

Årliga beslut om bidrag från respektive huvudman.

Regionen och kommunerna kommer överens om riktlinjer för fördelning av finansieringen.

8.2.4. Kommentar - juridiska konsekvenser

Vi ser inga juridiska hinder för denna lösning. Lagstiftningen har särskilt betonat möjligheterna till gemensam nämnd för vård och omsorg.

Inrättande av gemensam nämnd alternativt bildande av kommunalförbund ska förberedas.

Finansiering utifrån varje parts juridiska kompetens och ansvar.

8.2.5. Konsekvenser i sammanfattning

- Kan stödja intentionerna om sammanhållet ansvar för hemsjukvård och hemtjänst och stödjer det påbörjade arbetet med samlad vård och omsorg för de mest sjuka äldre.
- En ny politisk och administrativ ledningsstruktur ska etableras. Formerna för styrning måste klargöras. Kräver betydande förberedelser.
- Det kan finnas risk för att varje enskild kommun/regionen upplever att de får en svagare representation i styrningen.
- Relativt omfattande förändring.
- Det är möjligt att låta kommunerna utföra verksamheten, men formerna för styrning måste klargöras.
- Genom att både regionen och kommunerna ingår i nämnden, ökar förutsättningarna för att samordna styrningen av läkarstödet till hemsjukvården, liksom utveckling av hemsjukvårdens samarbete med specialistsjukvården.
- Risk för nya gränssnitt och gränsdragningsproblem i förhållande till övrig verksamhet i såväl regionen som kommunerna.
- Det finns få andra exempel att lära av.

8.2.6. Övrigt

Kundval: Detta alternativ gör det möjligt att etablera kundval inom hemsjukvården.

8.3. Ansvaret samlas hos regionen

Detta alternativ innebär att ansvaret för och finansieringen av hemsjukvård samlas hos regionen. Hemsjukvård i särskilt boende berörs inte.

8.3.1. Motiv för förslaget

Motiv för detta alternativ kan vara:

- Ett samlat ansvar för all hälso- och sjukvård i länet (förutom i särskilt boende). Goda förutsättningar för en enhetlig modell.
- En beställare – samlad beställarkompetens.
- Kundvalsmodell kan utvecklas utifrån regionens erfarenheter av vårdval.
- Ett gränssnitt mellan regionen och kommunerna.
- Utveckling av hemsjukvården genom utflyttning från sjukhusen, berör samma huvudman.

8.3.2. Förändring av verksamhetsansvar

Kommunernas ansvar för hemsjukvård förs till regionen. Den lagreglerade sjukvården (hemsjukvård i särskilt boende m.m.) berörs inte.

Alternativet utgår ifrån att kommunerna även i fortsättningen är utförare av hemsjukvård, på regionens uppdrag. I annat fall blir det en omfattande förändring.

8.3.3. Förändring av ekonomiskt ansvar

Det ekonomiska ansvaret för hemsjukvård samlas hos regionen, som får ansvaret för utvecklingen av hemsjukvård, även ekonomiskt.

Ansvarsförändringen innebär en skatteväxling med utgångspunkt från kommunernas beräknade kostnader för hemsjukvård. En närmare beräkning måste göras, baserat på sammanställda uppgifter från de sex kommunerna. Dessa var år 2012 ca 196 mkr.

8.3.4. Kommentar - juridiska konsekvenser

Tjänsteköp har tidigare bedömts vara svårförenligt med gällande lagstiftning. Ytterligare utredning indikerar möjligheter att åberopa undantag, som gör det möjligt för regionen att fortsätta att köpa hemsjukvård av kommunerna. Detta är dock inte en oomtvistad tolkning. Det är tveksamt om de möjliga undantagen är tillämpliga om hemsjukvård även ska köpas ifrån privata vårdgivare.

8.3.5. Konsekvenser i sammanfattning

- Förändring som kräver förberedelser och överväganden om organisation.
- Risk att man i styrningen tappar det sammanhållna synsättet avseende ansvar för hemsjukvård och hemtjänst.
- Samma huvudman för läkarstödet till hemsjukvården och ansvaret för utveckling av hemsjukvården, även gentemot specialistsjukvården.
- Inga andra exempel att lära av.
- En utveckling i annan riktning än resten av landet. Kan finnas risk för kommande lagstiftning som inskränker möjligheterna för denna lösning.
- Regionen blir beroende av att samtliga kommuner vill vara utförare. Regionen får ett "sistahands-ansvar", för hemsjukvård.
- Kommunernas möjlighet att påverka utförande och inriktning är begränsat.

8.3.6. Övrigt

Kundval: Enligt gällande lagtolkning är det tveksamt om det är möjligt att etablera en kundvalsmodell med både kommuner och privata utförare. En kundvalsmodell med regionen som utförare och privata vårdgivare eller med enbart privata utförare är däremot möjlig.

8.4. Ekonomiska konsekvenser

Det är svårt att förutsäga de ekonomiska konsekvenserna för de tre alternativen och om de finns någon avgörande skillnad mellan alternativen. Detta är i sig en "risk" för den part som får ansvaret för hemsjukvården.

En erfarenhet från andra län, där kommunerna tagit över ansvaret för hemsjukvård, är att kostnaderna ökat inledningsvis, men att den utvecklingen successivt planat ut. Detta har förklarats med att kommunerna, genom sitt lokala perspektiv och sitt ansvar för hemtjänsten, haft lättare att se behov som inte tidigare tillgodosetts.

En utmaning, oavsett modell, är att hitta former för kostnadsansvar hos såväl huvudman/beställare som hos utförare av hemsjukvården. Den kostnadsutveckling som skett inom de s.k. tjänsteköpen, visar på riskerna med ett alltför splittrat system, där en part avropar, en annan part utför tjänsten och en tredje part finansierar.

Detta visar dels på behovet av ett tydligt mål för uppdraget och utvecklade former för att följa upp verksamheten, dels på betydelsen av genomtänkta ersättningssystem som ligger i linje med de uppställda målen.

9. Förslag till genomförande/ Förslag till åtgärder

I detta kapitel har vi samlat förslag till åtgärder i samband med genomförande av den föreslagna modellen för hemsjukvård.

9.1. Beslut om ansvar och form för styrning av hemsjukvård.

- Utarbeta underlag för skatteväxling (alt 1 och 3) alternativt fastställa riktlinjer för finansiering (alt. 2).
- Se över och ev. anpassa struktur för samverkan.
- Bekräfta vald modell i nya avtal m.m.
- Hantera övriga praktiska aspekter.
- Utforma informationsaktiviteter, förankring m.m.

9.2. Beskrivning och riktlinjer för verksamheten

- Vårdplanering – se över riktlinjer.
- Vårdplanering – utarbeta beslutsstöd.
- Fortsatt utredning avseende utvecklad samverkan mellan hemsjukvården och psykiatrin, bl.a. när det riktlinjer för vårdplanering.
- Följ upp och utvärdera riktlinjerna för läkarmedverkan i hemsjukvården.

9.3. Styrning och uppföljning

- Utveckla nyckeltal för beskrivning av verksamheten, såsom ekonomi, prestationer, bemanning m.m.
- Inför successivt kvalitativa indikatorer i uppföljningen, t.ex. där registrering redan sker (bl.a. Senior Alert).
- Överväg vilka former som behövs för samverkan i styrning och uppföljning, bl.a. för att säkra enhetlig modell.

9.4. Utbildningsinsatser

- Utbildning avseende ökat patientinflytande för all personal i hemsjukvården, bl.a. med anledning av ny lagstiftning.
- Utveckla en långsiktig plan för kompetensförsörjning i hemsjukvården, t.ex. avseende specialistkompetenta sjuksköterskor, behov av ökad kompetens inom vissa områden m.m.

9.5. Genomförandeorganisation

- Inrätta ett politiskt samverkansorgan (exempelvis politisk beredning) med ansvar för förberedelser och genomförande av den nya modellen för hemsjukvård. Beredningen ska ha ett särskilt fokus på utveckling av former för uppföljning.
- Inrätta en genomförandeorganisation på tjänstemannanivå, som bl.a. får ansvaret för att ta fram riktlinjer och beslutsstöd för vårdplaneringen. Båda dessa genomförandeorgan bör inordnas inom ramen för den regionala samverkansstrukturen.
- Utarbeta en "handbok" (beslutsstöd) för hemsjukvården, med samverkansöverenskommelser och kompletterande anvisningar.

10. Områden för fortsatt utredning

10.1. Forskning och utveckling

Den modell för hemsjukvård som vi föreslår, är inriktad mot att successivt utvecklas för att möjliggöra att fler kan få vård i hemmet. Därigenom skulle hemsjukvården också mer aktivt kunna bidra till utvecklingen av sjukvårdsstrukturen i Halland.

I vårt arbete har vi sett flera exempel på utveckling av hemsjukvårdsuppdraget, ofta utifrån att man sökt lösningar i enskilda patientfall. Då har det handlat om konstruktiv samverkan mellan specialistsjukvården och den kommunala hemsjukvården. Det är inte osannolikt att detta utvecklingsarbete främjats av att den finansierats via tjänsteköp, dvs. det har inte funnits ekonomiska incitament som motverkar sådan samverkan.

Vi tror att det finns en utvecklingskraft i hemsjukvården, som bör tas tillvara i ett mer systematiskt utvecklings- och innovationsarbete. Detta kan t.ex. innebära att regionen och kommunerna tar ett gemensamt ansvar för att inrätta en utvecklingsfunktion, med särskild inriktning på hemsjukvård. Det kan också innebära att Halland knyter närmare kontakt med någon eller några forskningsinstitutioner, som en stödresurs i arbetet med utveckling av hemsjukvården.

Förslag: Vi föreslår ett fortsatt utredningsarbete, för att utveckla en funktion eller ett forum med inriktning på att främja och ta tillvara innovations- och utvecklingsarbete för hemsjukvården i Halland. De erfarenheter som gjorts genom Hälsoteknikcentrum bör tas tillvara i detta utredningsarbete.

Överenskommelse om hemsjukvården i Halland 2019 (Reviderad 2018)

I enlighet med 14 kap § 1 Hälso- och sjukvårdslagen överlåter Region Halland till kommunerna i Halland skyldigheten att erbjuda de som vistas i respektive kommun hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende. Överlåtelsen regleras närmare i denna överenskommelse och bygger på av parterna framtagen ”Slutrapport – Framtidens hemsjukvård”, se bilaga 1.

Genom denna överenskommelse:

- Regleras ett gemensamt ansvar för angivna frågor inom hemsjukvården genom en gemensam nämnd
- Regleras kommunernas uppdrag att tillhandahålla hemsjukvård för länets invånare
- Regleras finansieringen av den del av hemsjukvården i Halland som Regionen överlämnar till kommunerna.

Definition hemsjukvård i Halland:

- Hemsjukvård i Halland avser hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid. Vårdplaneringen är grunden för inskrivning i hemsjukvården. Hemsjukvårdens uppdrag omfattar också enstaka hembesök hos ej inskrivna patienter. Hemsjukvården omfattar alla åldrar. Ansvarsfördelningen följer 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.

1. Giltighet

- Denna överenskommelse gäller från och med 2019-01-01 och till och med 2023-12-31. Överenskommelsen kan sedan förlängas, genom skriftlig överenskommelse, 4 år i taget om samtliga parterna överenskommer om det senast ett år innan överenskommelsens upphörande. Överenskommelsen upphör att gälla utan uppsägning vid avtalstidens slut om inte överenskommelse om förlängning har träffats
- Denna överenskommelse ersätter från och med 2019-01-01 samtliga tidigare överenskommelser om hemsjukvård och tjänsteköp men ersätter inte gällande bilagor från 2009 års samverkansavtal om vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och rehabilitering och habilitering.
- Denna överenskommelse gäller under förutsättning att den godkänns av Regionfullmäktige och samtliga kommunfullmäktige i Halland genom beslut som vinner laga kraft. Om laglighetsprövning skulle komma att ske skall överenskommelsen träda i kraft först när det prövade beslutet vinner laga kraft. Slutdatumet för denna överenskommelse ändras dock inte.

2. Tvist, tolkning, ändring och tillägg

- Denna överenskommelse kan ändras, respektive tillägg kan göras, genom skriftlig handling som har undertecknats av behöriga företrädare för samtliga parter
- Oenighet angående tolkningen eller tillämpningen av denna överenskommelse ska i första hand lösas genom förhandling mellan parterna. Om någon lösning därigenom inte uppnås ska tvisten slutligt avgöras vid allmän domstol.

3. Informationsskyldighet

- Part är skyldig att samråda med sina samarbetspartners innan förändring vidtas i parts organisation samt vid förändrade vård- och behandlingsformer och förskjutningar mellan vårdnivåer som kan påverka samarbetspartnerns organisering och kostnader för hemsjukvården
- Ovan innebär att Region Halland åtar sig att årligen informera de andra parterna om förändringar inom förvaltningar härrörande hemsjukvården, exempelvis om den interna ansvarsfördelningen mellan närsjukvård och specialistsjukvård förändras.

4. Gemensam nämnd för frågor inom hemsjukvården

4.1. Gemensam nämnd

- Reglementet för den gemensamma nämnden biläggs denna överenskommelse, bilaga 2.

4.2. Den gemensamma nämndens uppgifter

Den gemensamma nämnden har följande uppdrag inom hemsjukvårdsområdet:

- Utarbeta indikatorer för att kunna följa upp utvecklingen av hemsjukvården i ordinärt boende avseende volymer (såväl utifrån demografiska förändringar som förskjutningar av vårdnivåer med allt mer avancerad vård i hemmet), resurseffektivitet, kvalitet och likvärdig vård för hallänningen
- Fortlöpande analysera och följa upp hemsjukvården för att inom avtalsperioden kunna föreslå förbättringar och justeringar i modellen
- Vara det politiska samverkansorganet rörande frågor som avser hemsjukvårdsansvaret
- Föreslå samverkansmöjligheter till huvudmännen inom vård-, omsorgs- och hälso- och sjukvårdsverksamheter som riktar sig till för huvudmännen gemensamma patienter
- Särskilt ansvar för samverkan inom hemsjukvårdsområdet
- Utvärdera att ändamålsenlig läkarresurs garanteras samt att övrig medicinsk kompetens och kunnande tillförs hemsjukvården i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen
- Med underlag från kvalitetsindikatorer rekommendera satsningar på utveckling och kompetens som bäst kan anordnas gemensamt i Halland.

4.3. Ev. tillkommande uppgifter

- Under giltighetstiden kan ytterligare uppgifter tillkomma. Beslut om tillkommande uppgifter ska dokumenteras som ett tillägg till överenskommelsen.

4.4. Försäkring och skadestånd

- Region Halland, som juridisk person för den gemensamma nämnden, svarar för nämnden mot tredje man. I samband med skadeståndstalan mot Region Halland har regionen regressrätt mot den huvudman som det berör för kostnader i samband med skadeståndsprövningen samt för eventuellt skadestånd.

4.5. Budgetprocess och verksamhetsplanering

- Budgetprocess och verksamhetsplanering syftar till att skapa enighet hos parterna om respektive parts årliga bidrag till den gemensamma nämndens budget och uppdrag inom denna överenskommelse och avser nämndens kanslifunktion.
- Region Halland har planeringsansvaret för budget- och verksamhetsplaneringsprocessen. Samråd ska ske med kommunerna rörande den del av gemensamma nämndens budget som berörs av denna överenskommelse.

4.6. Insyn i förvaltningen

- Kommunerna har rätt till löpande insyn i förvaltning och redovisning som gäller nämndens verksamhet.

5. Kommunernas uppdrag för hemsjukvården

5.1. Omfattning

- Kommunerna i Halland ansvarar för hemsjukvård som utförs av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Definition av hemsjukvård och hemsjukvårdens uppdrag, se s. 1.

5.2. Uppdrag

- Hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av sjuksköterska, sjukgymnast/fysioterapeut och arbetsterapeut som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem (i ordinärt boende) efter vårdplanering
- När kommunen saknar den medicinska kompetens som krävs upprättas en plan för hur denna kompetens ska inhämtas. Planen upprättas gemensamt av berörda verksamheter
- Hemsjukvårdsinsatser utförs hela dygnet. Rehabilitering och habilitering av sjukgymnaster/fysioterapeuter och arbetsterapeuter utförs emellertid dagtid och ej under helgdagar.

6. Regionens uppdrag för hemsjukvården

- Region Halland ska i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen ansvara för att säkerställa att ändamålsenlig läkarresurs garanteras i hemsjukvården
- Region Halland ska vid behov bistå med medicinsk kompetens och kunskap i hemsjukvården i enskilda patientfall där det krävs för att säkerställa en god patientsäkerhet
- Region Halland ansvarar för all hälso- och sjukvård som inte beskrivs under *5. Kommunernas uppdrag för hemsjukvård* ovan.

7. Finansieringen av hemsjukvården

- Finansieringen av hemsjukvården regleras särskilt. För att denna överenskommelse om hemsjukvård i Halland ska vara giltig förutsätts det att det vid varje tidpunkt finns en överenskommelse om ersättning mellan kommunerna och regionen. Annars är överenskommelsen utan verkan.

Bilaga 1: Slutrapport – Framtidens hemsjukvård

Se separat handling

Bilaga 2: Reglemente för gemensam nämnd Hemsjukvård - Hjälpmedel

Se separat handling

Hemsjukvårdsöverenskommelsen mellan Region Halland och Hallands kommuner
– förslag till beslut angående ekonomisk fördelning och hemsjukvårdsöverenskommelsen
Reviderad ekonomisk modell

bilaga 1

2017-12-21

Reviderad version med kompensation enligt politisk förhandling

Utfall i total ersättningsnivå för respektive kommun utifrån förhandlat resultat

	Faktisk utbetalning	Tillägg regionens materialkostn.	Revideringsalternativ Bas 2012-2016, 100% demografisk effekt utifrån 60/40. Fördelning 100% utifrån antal inskrivna		Resultat utifrån förhandling Revideringsalternativ med kompensation till de kommuner som skulle "förlora" på en övergång till Revideringsalternativet		
(tkr)	Tot.	(2013)	Tot.	Förändring mot faktisk utbetalning 2016	Kompensation enligt förhandling	**Totalt ersättnings-belopp per kommun**	Förändring mot faktisk utbetalning 2016
Halmstad	18 358	+700	31 232	12 874		**31 232**	12 874
Kungsbacka	13 596	+600	15 401	1 805		**15 401**	1 805
Varberg	13 504	+900	12 716	-788	+788	**13 504**	0
Falkenberg	16 293	+900	10 418	-5 875	+5 875	**16 293**	0
Laholm	8 612	+500	7 929	-683	+683	**8 612**	0
Hylte	4 945	+300	2 408	-2 537	+2 537	**4 945**	0
Regionen	75 308	+3 900	**80 104**	**4 796**	**9 883**	**89 987**	**14 679**

Not. Ersättningsnivån är i 2016 års nivå. Region Halland kompenserar de kommuner som skulle förlora på övergång till Revideringsalternativ. Det innebär att Region Halland tillskjuter 9 883 tkr till Revideringsalternativ och totalt blir det en kostnadsökning för Region Halland på 14 679 tkr jämfört med utbetalt belopp 2016.

Effekt på fördelning av resurser per inskriven

	Faktisk utbetalning 2016		Revideringsalternativ Bas 2012-2016, 100% demografisk effekt utifrån 60/40. Fördelning 100% utifrån antal inskrivna		Resultat utifrån förhandling Revideringsalternativ med kompensation till de kommuner som skulle förlora på en övergång till Revideringsalternativet	
	Tot. (tkr)	Kronor per inskriven	Tot.(tkr)	Kronor per inskriven	Totalt ersättnings-belopp per kommun (tkr)	Kronor per inskriven
Halmstad	18 358	10 900 kr	31 232	18 543 kr	31 232	18 543 kr
Kungsbacka	13 596	16 469 kr	15 401	18 655 kr	15 401	18 655 kr
Varberg	13 504	19 579 kr	12 716	18 437 kr	13 504	19 579 kr
Falkenberg	16 293	28 918 kr	10 418	18 490 kr	16 293	28 918 kr
Laholm	8 612	19 707 kr	7 929	18 144 kr	8 612	19 707 kr
Hylte	4 945	38 080 kr	2 408	18 543 kr	4 945	38 080 kr
Regionen	**75 308**	**17 393 kr**	**80 104**	**18 484 kr**	**89 987**	**20 783 kr**

Not.
Alla belopp är 2016 års nivå
Fördelning bygger på antal inskrivna per kommun 2015

Jämförelse av ersättningsnivå 2018 utifrån uppräkning enligt föreslagen modell

	Resultat utifrån förhandling 2016	Resultat utifrån förhandling Uppräknat till 2017		Resultat utifrån förhandling Uppräknat till 2018	
(tkr)	Totalt ers. per kommun 2016 års nivå	Uppräkning OPI, demografisk effekt 100%(40% <80år, 60%>79 år)	Totalt ers. per kommun 2017 års nivå	Uppräkning OPI, demografisk effekt 100%(40% 80 år och äldre, 60% under 80 år)	Totalt ers. per kommun 2018 års nivå
Halmstad	**31 232**	1 270	**32 502**	1 565	**34 067**
Kungsbacka	**15 401**	729	**16 130**	1 104	**17 234**
Varberg	**13 504**	635	**14 139**	594	**14 733**
Falkenberg	**16 293**	631	**16 924**	713	**17 637**
Laholm	**8 612**	360	**8 972**	277	**9 249**
Hylte	**4 945**	207	**5 152**	242	**5 394**
Regionen	**89 987**	3 832	**93 819**	4 495	**98 314**

Not:
Uppräkning till 2017 års nivå: Omsorgsprisindex(OPI 2,7%) och demografisk effekt 100% enligt befolkningsförändring (60%>79 år, 40% <80 år)
Uppräkning till 2018 års nivå: Omsorgsprisindex(OPI 2,6%) och demografisk effekt 100% enligt befolkningsförändring (60%>79 år, 40% <80 år)

Reglemente för gemensam nämnd för hemsjukvård och hjälpmedel

Utöver vad som följer av författning gäller detta reglemente och mellan huvudmännen ingångna samverkansavtal för nämnden.

Region Halland är värdkommun för nämnden.

Uppgifter

§ 1

Nämndens uppgifter regleras i detta reglemente samt enligt Avtal om samverkan i gemensam hjälpmedelsnämnd 2001-04-02 och Överenskommelse om hemsjukvården i Halland ~~2015~~ 2018 mellan huvudmännen.

Hjälpmedel

§ 2

Nämnden ska:

- via beställning till utförare, i första hand Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa, säkerställa att Hallands invånare erbjuds en god hjälpmedelsförsörjning,
- säkerställa att hjälpmedelsförsörjningen sker på lika villkor med krav på effektivitet och professionellt omhändertagande som utförs i rätt tid och med rätt vårdnivå,
- säkerställa att förskrivna hjälpmedel håller utlovad funktion och teknisk prestanda, samt att hjälpmedel följer patienten.
- fastställa övergripande riktlinjer för hjälpmedelsförskrivning av samtliga hjälpmedel i Halland.

§ 3

Nämnden ska ställa krav och fastställa riktlinjer som säkerställer att rätt kompetens, utöver yrkesutbildning, finns och som är lämplig för förskrivning av hjälpmedel. Nämnden ska beställa sådan utbildning samt andra utbildningar inom hjälpmedelsområdet.

§ 4

I produktområdesdelen Hjälpmedelsanvisningarna fastställer nämnden utbud och tjänster för:

- daglig livsföring (förutom syn- och hörseltekniska hjälpmedel)
- rekreation och normal fritid
- hjälpmedel för vård och behandling
- inkontinensprodukter

Utanför nämndens ansvarsområde faller:

- hjälpmedel för yrkesinriktad rehabilitering
- pedagogiska hjälpmedel inom skolan
- tävlings- och idrottshjälpmedel
- ortopedtekniska hjälpmedel
- synhjälpmedel
- hörseltekniska hjälpmedel

Nämnden ska tillse att tjänster och utbud tillhandahålles. Nämnden ska därför säkerställa att Region Halland tillhandahåller specialistkompetens för rådgivning vid förskrivning av hjälpmedel, teknisk kompetens och kompetens för specialanpassningar av hyreshjälpmedel genom uppdrag till utförare.

§ 5

Nämnden ska tillse att huvudmännen fortlöpande får uppföljning av fattade beslut vad gäller sortiment och den ekonomiska ställningen.

§ 6

Nämnden ska följa utvecklingen inom hjälpmedelsområdet.

§ 7

Utifrån bedömt behov av produkter och tjänster ska hjälpmedelsnämnden årligen lägga en beställning till Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa för utförandet av uppdraget. Driftnämnden ska ge erforderliga underlag till hjälpmedelsnämnden inför beställning av uppdraget.

Utförare av uppdraget inom Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa är hjälpmedelscentrum. Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa ansvarar för

hjälpmedelscentrums drift och verksamhet såsom lokaler, personal, transporter och i förekommande fall investeringar.

Hemsjukvård

§ 8

Nämnden ska:

- vara det politiska samverkansorganet rörande frågor som avser ~~kommunernas övertagande av~~ hemsjukvårdsansvaret

- fortlöpande analysera och följa upp hemsjukvården för att ~~inför kommande mandatperioder~~ inom avtalsperioden kunna föreslå förbättringar och justeringar i modellen
- föreslå samverkansmöjligheter till huvudmännen inom vård- omsorgs- och hälso- och sjukvårdsverksamheter som riktar sig till för huvudmännen gemensamma ~~brukargrupper~~ patienter.

- ha särskilt ansvar för samverkan inom hemsjukvårdsområdet ~~och angränsande områden~~

- utarbeta indikatorer för att kunna följa upp utvecklingen av hemsjukvården i ordinärt boende avseende volymer (såväl utifrån demografiska förändringar som förskjutningar av vårdnivåer med allt mer avancerad vård i hemmet), resurseffektivitet, kvalitet och likvärdig vård för hallänningen

- utvärdera att ändamålsenlig ~~läkarmedverkan~~ läkarresurs garanteras samt att övrig medicinsk kompetens och kunnande ~~systematiskt~~ tillförs hemsjukvården i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen.

- med underlag från kvalitetsindikatorer rekommendera satsningar på utveckling och kompetens som bäst kan anordnas gemensamt i Halland

§ 9

Utöver uppgifterna i § 8 kan de samverkande parterna under den tid överenskommelsen gäller överväga att utvidga nämndens uppgifter.

§ 10

En utvidgning av den gemensamma nämndens ansvar beslutas genom skriftlig handling som har undertecknats av behöriga företrädare för samtliga parter

Personuppgiftsansvar

§ 11

Nämnden är personuppgiftsansvarig i enlighet med bestämmelserna i ~~personuppgiftslagen (1998:208)~~ EU:s dataskyddsförordning och i förekommande fall patientdatalagen (2008:355) för den behandling av personuppgifter som nämnden utför.

Ekonomiska ramar

Finansiering

§ 12

Ekonomisk reglering sker i enlighet med de avtal om nämndens verksamhet som de samverkande parterna enats om.

Budget

§ 13

Nämnden ansvarar för att:

- föreslå budget där prismodell för prissättning av tjänster ingår
- föreslå egenavgifter för hjälpmedel till Regionfullmäktige

Bokslut

§ 14

Nämnden ansvarar för årsbokslut gentemot regionstyrelsen.

Revision

§ 15

Nämnden granskas av revisorerna i var och en av de samverkande parterna.

Det praktiska revisionsarbetet fördelas mellan Region Hallands och kommunens revisorer på det sätt som revisorerna sinsemellan kommer överens om.

Nämndens arbetsformer

Mandatperiod

§ 16

Mandatperioden ska vara fyra år räknat från den 1 januari året efter det allmänna val till fullmäktige hållits i hela landet.

Sammansättning

§ 17

Nämnden består av 11 ledamöter och 11 ersättare. Region Halland väljer 5 ledamöter och 5 ersättare. Kungsbacka, Varbergs, Falkenbergs, Halmstads, Laholms och Hylte kommuner väljer vardera 1 ledamöter och 1 ersättare.

Huvudmännen är överens om att nämndens partipolitiska sammansättning bör så långt möjligt motsvara sammansättningen i regionfullmäktige.

Av kommunallagen följer att Region Halland ska välja posterna som ordförande och vice ordförande. Huvudmännen är överens om att ordförande bör nomineras bland regionens ledamöter för samma tid som ledamöterna i nämnden väljs, vice ordförande bör nomineras bland kommunernas ledamöter för samma tid som ledamöterna i nämnden väljs.

Såväl val av ledamöter och ersättare som nominering av ordförande respektive vice ordföranden ska föregås av samråd mellan huvudmännen.

Representant för handikapporganisationerna inom Regionhandikapprådet har närvarorätt vid nämndens behandling av ärenden som rör hjälpmedelsfrågor.

Administrativt stöd

§ 18

Region Halland ansvarar genom Regionkontoret för nödvändig administration för verksamheten, bland annat sekreterare i nämnden. Sekreteraren för på ordförandens ansvar nämndens protokoll samt expediering av nämndens beslut.

Genom avtal med Regionkontoret köper nämnden administrativt stöd. Tjänster och omfattning regleras i särskilt avtal.

Nämndens sammanträden

§ 19

Nämnden sammanträder på tid och plats som nämnden bestämmer.

Deltagande på distans i nämndsmöte

§ 20

Nämnden har möjlighet att i undantagsfall bevilja nämndsledamot möjlighet att delta på distans i ett nämndsmöte. Förutsättningen är dock att ljud- och bildöverföring kan ske i realtid på ett sådant sätt att samtliga deltagare kan se och höra varandra och delta på lika villkor, samt att villkoren för obehörigt deltagande säkras.

Kallelse

§ 21

Ordföranden ansvarar för att kallelse utfärdas till sammanträdena.

Kallelsen ska vara skriftlig och innehålla uppgift om tid och plats för sammanträdet.

Kallelsen ska på lämpligt sätt tillställas varje ledamot och ersättare senast fem dagar före sammanträdesdagen.

Kallelsen bör åtföljas av föredragningslista. Ordföranden bestämmer i vilken utsträckning handlingar som tillhör ett ärende på föredragningslistan ska bifogas kallelsen.

I undantagsfall får kallelse ske på annat sätt.

När varken ordförande eller vice ordförande kan kalla till sammanträde ska den till åldern äldste ledamoten göra detta.

Ersättare för ordföranden

§ 22

Om varken ordföranden eller vice ordföranden kan delta i ett helt sammanträde eller i del av ett sammanträde får nämnden utse annan ledamot att fullgöra ordförandens uppgifter.

Om ordföranden på grund av sjukdom eller av annat skäl är hindrad att fullgöra uppdraget för en längre tid får nämnden utse en annan ledamot att vara ersättare för ordföranden. Ersättaren fullgör ordförandens samtliga uppgifter.

Anmälan av förhinder

§ 23

En ledamot eller ersättare som är förhindrad att delta i ett sammanträde eller i en del av ett sammanträde ska snarast anmäla detta till nämndens sekreterare

Ersättarnas tjänstgöring

§ 24

Om en ledamot är förhindrad att inställa sig till ett sammanträde eller att vidare delta i ett sammanträde ska en ersättare från den huvudman som valt ledamoten tjänstgöra i ledamotens ställe.

Om regionens ersättare inte valts proportionellt ska de tjänstgöra enligt den av regionfullmäktige bestämda ordningen.

En ledamot som inställer sig under pågående sammanträde har rätt att tjänstgöra även om en ersättare har trätt in i ledamotens ställe.

En ledamot eller ersättare som avbrutit sin tjänstgöring på grund av jäv får åter tjänstgöra sedan ärendet handlagts.

Ersättarna har rätt att närvara och yttra sig på sammanträde även när de inte tjänstgör.

Justering och anslag av protokoll

§ 25

Protokollet justeras av ordföranden och en ledamot.

Nämnden kan besluta att en paragraf i protokollet ska justeras omedelbart.

Paragrafen bör redovisas skriftligt innan nämnden justerar den.

Nämndens protokoll ska anslås på varje samverkande huvudmans digitala anslagstavla. Nämndens sekretariat har ansvar för att kontrollera när nämndens protokoll anslagits på de olika anslagstavlorna.

Arvode

§ 26

Varje deltagande huvudman svarar själv för samtliga kostnader för sina respektive deltagande förtroendevalda enligt respektive huvudmans arvodesregler.

Nytt kapitel

Delegering av beslut

§ 27

Nämnd får uppdra åt ledamot eller en anställd hos regionen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

Att beslutanderätten i vissa ärenden inte får delegeras följer av 6 kap. 38 KL

Ärenden, i vilka beslutanderätten delegerats, får överlämnas till nämnd för avgörande om det finns särskilda skäl för detta.

Nämnd får delegera beslutanderätten till ordföranden eller annan ledamot i nämnden i brådskande ärenden, där nämndens avgörande inte kan avvaktas.

Beslut, som fattats med stöd av delegation, ska anmälas till nämnden som bestämmer i vilken ordning detta ska ske. Brådskande delegationsbeslut av ordföranden eller annan ledamot ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde.

Delgivning

§ ~~27~~ 28

Delgivning med nämnden sker med ordföranden eller nämndsansvarig tjänsteman.

Nämnden ska i anslutning till delgivning som kan medföra rättslig process omedelbart underrätta regionstyrelsen.

Undertecknande av handlingar

§ ~~28~~ 29

Avtal, andra handlingar samt skrivelser i nämndens namn ska, om inte annat beslutas, undertecknas av ordföranden med kontrasignering av nämndansvarig tjänsteman.

Vid ordförandens förfall sker undertecknande av vice ordförande med kontrasignation av nämndansvarig tjänsteman.

Från nämnden utgående skrivelser som avser löpande ärenden eller ärenden av mindre vikt undertecknas av ansvarig tjänsteman enligt delegation.

Upphandlande enhet

§ ~~29~~ 30

Verksamheten omfattas av lagen om offentlig upphandling (LOU). Region Halland, som värdkommun för nämnden, är upphandlande enhet för den upphandlade myndigheten.

All upphandling inom nämndens verksamhetsområde ska förberedas, genomföras och avslutas av utförarförvaltningen och Region Hallands upphandlingsverksamhet efter samråd och förankring i den gemensamma nämnden.

Arkivering

§ ~~30~~ 31

För vården av nämndens arkiv enligt arkivlagen gäller Region Hallands arkiv-reglemente.

———

Detta reglemente gäller från och med ~~2015-01-01~~ 2019-01-01

§115
Överenskommelse om hemsjukvården i Halland
RS160373

Beslut
Regionstyrelsen beslutar att föreslå regionfullmäktige besluta att
- godkänna reviderad Överenskommelse om hemsjukvården i Halland att gälla från och med 2019-01-01
- godkänna den politiska styrgruppens förslag till överenskommelse om att under tiden 2018-2019 ska ekonomisk ersättning utgå enligt förslag till ersättningsmodell
- kostnaderna för den nya hemsjukvårdsöverenskommelsen från 2019 och framåt hanteras i samband med budgetarbetet inför 2019

Ärendet
Region Halland och kommunerna enades under 2014 om en ny överenskommelse för hemsjukvården i Halland. Överenskommelsen innebar att kommunerna under 2015 från Region Halland övertog ansvaret för hemsjukvården upp till och med sjuksköterske-, fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeutsnivå utifrån den så kallade tröskelprincipen. I överenskommelsen om hemsjukvård från 2015 framgick att överenskommelsen skulle utvärderas efter två år. Överenskommelsen utvärderades av extern konsult under våren 2017. Utvärderingen var överlag positiv till överenskommelsen, men identifierade flera förbättringsområden.
I juni 2017 tog Gemensamma nämnden för Hemsjukvård och Hjälpmedel (GNHH) beslut om att en revidering skulle genomföras av hemsjukvårds-överenskommelsen utifrån utvärderingens slutsatser. Strategisk grupp för socialtjänst och närliggande hälso-och sjukvård fick utifrån detta i uppdrag att, i nära samarbete med den gemensamma nämnden, arbeta fram ett förslag till en reviderad överenskommelse om hemsjukvård i Halland utifrån utvärderingens resultat.

Förslag till beslut
Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott föreslår regionstyrelsen besluta att föreslå regionfullmäktige besluta att
- godkänna reviderad Överenskommelse om hemsjukvården i Halland att gälla från och med 2019-01-01
- godkänna den politiska styrgruppens förslag till överenskommelse om att under tiden 2018-2019 ska ekonomisk ersättning utgå enligt förslag till ersättningsmodell
- kostnaderna för den nya hemsjukvårdsöverenskommelsen från 2019 och framåt hanteras i samband med budgetarbetet inför 2019

Beslutsunderlag

- Överenskommelse om hemsjukvården i Halland
- Hemsjukvårdsöverenskommelse/ Bilaga 1 slutrapport Framtidens hemsjukvård
- Förslag till Slutgiltig reviderad överenskommelse om hemsjukvården i Halland att gälla fr o m 2019
- Hemsjukvårdsöverenskommelse/ Reglemente för Gemenensamma nämnden hemsjukvård och hjälpmedel
- Hemsjukvårdsöverenskommelse/ Bilaga 1 till Politisk Styrgrupps beslut om Hemsjukvårdsöverenskommelse - Kompensation hemsjukvård ekonomiskt ersättningsförslag - 171221

Expedieras till
Driftnämnden Ambulans, diagnostik och hälsa
Gemensam nämnd för Hemsjukvård och Hjälpmedel

Vid protokollet

Maria Fransson

Justering av protokollet sker vecka 24

Mikaela Waltersson Lise-Lotte Bensköld Olsson