



Fördjupad utredning av konsekvenserna vid en eventuell tröskelväxling av hemsjukvården i Gävleborg

30 juni 2021

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Definitioner	5
1. Bakgrund	6
2. Metod.....	8
3. Resultat	10
4. Sammanfattande slutsatser	26
5. Rekommendationer och nästa steg	28
Appendix	31
Bilaga 1 – Projektorganisation för utredningen.....	31
Bilaga 2 – Lista över områden som är relevanta att växla	32
Bilaga 3 – Sammanställning av antal intervjuer per område och yrkeskategori	33
Bilaga 4 – Intervjuguide till medarbetare och chefer	33
Bilaga 5 – Intervjuguide till patienter	35
Bilaga 6 – Lista över intervjurespondenter	36
Bilaga 7 – Ekonomiska beräkningar	38
Bilaga 8 – Källförteckning.....	40

Sammanfattning

Det övergripande ansvaret för hemsjukvården på primärvårdsnivå i Gävleborg växades under 2013 över från regionen till kommunerna. En del områden stannade emellertid kvar i regionens drift för att eventuellt växlas över vid ett senare tillfälle. Sedan växlingen har ett antal utredningar genomförts för att utvärdera resultatet och ge förslag till förbättringar. Såväl positiva effekter för patienter och kommunerna har identifierats, men även flera utmaningar såsom ett svårtolkat hemsjukvårdsavtal, otydliga gränsdragningar av ansvar, samt bristande informationsöverföring. Mot denna bakgrund beslutade regionen och kommunerna via Nätverk Välfärd, att utreda konsekvenserna av att växla över resterande områden till kommunerna, en så kallad tröskelväxling. En första övergripande utredning genomfördes våren 2020 av en arbetsgrupp utsedd av Nätverk Välfärd. Denna utredning ställde sig positiv till en växling men beslöt att en djupare utredning behövde genomföras för att förstå konsekvenserna i detalj.

Sirona Health Solutions fick i december 2020 uppdraget av Nätverk Välfärd att genomföra denna fördjupade utredning av konsekvenserna av en eventuell tröskelväxling av hemsjukvården. Denna utredning har belyst konsekvenserna ur fyra perspektiv; patient, personal, samverkan och organisation samt ekonomi. Utredningen har pågått mellan december 2020 och juni 2021.

Den övergripande bedömningen är att en tröskelväxling skulle gynna både patienter och personal samt bidra till en tydligare ansvarsfördelning och därmed förbättrad samverkan mellan region och kommuner. Nedan listas de huvudsakliga slutsatserna som utredningen har kommit fram till:

1. De intervjuade från kommuner och region är positiva till en tröskelväxling, men betonar vikten av att kommunerna behöver få rätt förutsättningar för att bedriva ett utökat uppdrag i form av ekonomi, resurser och rätt kompetens.
2. En tröskelväxling kommer i synnerhet att gynna patienterna genom en tryggare och säkrare vård med bättre kontinuitet och en smidigare inskrivningsprocess till hemsjukvården.
3. Det kan även innebära en tydligare ansvarsfördelning mellan regionen och kommunerna samt ett mer resurseffektivt arbetssätt. Detta kan i sin tur generera viktiga besparingar för regionen i form av exempelvis minskade akuta besök och inläggningar.
4. Utöver att tillräckligt med resurser behöver växlas från region till kommuner så behöver kommunerna arbeta med kompetensutveckling samt säkra tillgång till specialistkompetenser. Detta är en viktig och stor utmaning där genomförandet av växlingen blir avgörande.
5. Ur ett ekonomiskt perspektiv så är det cirka 64 miljoner kronor som återstår att växlas till kommunerna vilket motsvarar ca 18% av de totala hemsjukvårdskostnaderna.
6. En tröskelväxling bör även ta hänsyn till den framtida kostnadsutvecklingen inom hemsjukvården drivet av en åldrande befolkning, ett ökat fokus på en nära vård och teknisk utveckling. Uppskattningen är att kostnaderna för kommunerna kan öka med 5 till 8% per år de närmsta 10 åren, och det är därför viktigt att tröskelväxlingen tar hänsyn till denna framtida utveckling för att säkerställa att kommunerna får rätt förutsättningar.
7. Arbetet kring en god och nära vård stärker behovet av en växling där vården kommer närmare patienten och ger förutsättningar för att förbättra samverkan mellan region och kommunerna.

8. Informationsöverföring mellan region och kommuner är en viktig utmaning som inte kommer att lösa sig automatiskt av en tröskelväxling. Ett gemensamt journalsystem ligger inte i närtid enligt regionledningens plan, men det finns befintliga lösningar såsom NPÖ (Nationell Patientöversikt). Kommunerna behöver fortsätta att arbeta med att implementera och använda dessa lösningar i större utsträckning.
9. Baserat på lärdomar från andra regioners växling finns det inte en färdig mall för hur en växling bör genomföras, men flera goda exempel på hur regionerna tillsammans med kommunerna har utvecklat gemensamma lösningar och nya arbetssätt utifrån patientens behov. Exempel inkluderar praktiska anvisningar och regelbundna samverkansmöten.
10. Trots att mycket kan förbättras av en tröskelväxling, finns det fortfarande områden som regionen och kommunerna behöver fortsätta att förbättra, exempelvis läkarmedverkan, informationsöverföring och samverkan mellan region och kommuner. Dessa listas mer i detaljerat under rekommendationer.

Om ett positivt beslut fattas och en tröskelväxling genomförs, är vår rekommendation att Nätverk Valfärd utser en arbetsgrupp som kan ansvara för ett förberedande arbete under hösten 2021/våren 2022. Aktiviteter inkluderar bland annat att definiera exakt omfattning av växlingen, den skattemässiga regleringen, samt arbeta fram ett nytt hemsjukvårdsavtal med praktiska anvisningar.

Utöver direkta aktiviteter kopplade till en växling, finns det ett antal områden som Nätverk Valfärd bör se över för att skapa optimala förutsättningar för en framtida hemsjukvård i kommunerna. Exempel på dessa inkluderar ansvar- och kostnadsfördelning av hjälpmedel, direktiv och plan för informationsöverföring mellan region och kommuner, metod och rutiner för registrering och uppföljning av statistik i kommunerna samt möjligheter till utökad läkarmedverkan i kommunerna.

Definitioner

Följande tabell sammanfattar viktiga begrepp och definitioner som används i rapporten:

Begrepp	Definitioner
Hemsjukvård	Hälsa- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden (Socialstyrelsen, termbank 2021) ¹
Tröskelprincipen	Tröskelprincipen innebär att patienten i första hand ska ta sig till vård. Kommunen ansvarar för den hälsa- och sjukvård som ges i det egna hemmet till patienter som på grund av sjukdom, funktionshinder, eller social situation inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka en hälsocentral eller mottagning. Tröskelprincipen innebär vidare att både oplanerade och planerade hemsjukvårdsbesök och hembesök för personer från 18 år tillhör kommunerna. Tröskelprincipen innebär även att ansvaret för hembesök hos personer som inte är inskrivna i hemsjukvården ingår i kommunernas uppdrag (Region Sörmland) ²
Skatteväxling	Ett överförande av ansvaret för hemsjukvården från regionen till kommunerna är en huvudmannaskapsförändring. En sådan ansvarsförändring regleras ekonomiskt genom en skatteväxling mellan kommuner och regionen. Det innebär att mottagaren (kommunerna) i samförstånd höjer sin skattesats med samma procentsats som regionen sänker sin (Regeringen, 2008) ³

¹ Socialstyrelsens termbank: <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>

² Region Sörmland – Avtal kommunalisering av hemsjukvård, [https://samverkan.regionsormland.se/for-
vardgivare/narvard/avtal-riktlinjer-och-overenskommelser/](https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/narvard/avtal-riktlinjer-och-overenskommelser/)

³ Betänkande av utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård, Regeringen, 2008

1. Bakgrund

Den demografiska utvecklingen i Sverige medför att vård- och omsorgsbehoven i befolkningen successivt ökar⁴. Ädelreformen gav kommunerna det utökade ansvaret för vård och omsorg av äldre och personer med funktionsnedsättningar samt befogenhet att bedriva hemsjukvård i ordinärt boende. Hemsjukvård kan omfatta alla åldrar, men äldre människor med komplexa vårdbehov utgör en majoritet. Det finns en ambition i Sverige och hos landets regioner och kommuner att sjukvården ska flytta närmare patienten med en ökad andel vård som utförs i hemmet. Vårdinsatser i hemmet ökar kraftigt och detsamma gäller möjligheterna att utföra insatser i hemmet. Hemsjukvården blir mer avancerad och ställer högre krav på vårdgivarna att möta det behov som finns idag och i framtiden.

I Region Gävleborg flyttades ansvaret för hemsjukvården på primärvårdsnivå över till kommunerna 2013. I samband med detta skedde även en skatteväxling mellan regionen och kommunerna, samt att omkring 150 sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och distriktssköterskor skiftade arbetsgivare. Målet med denna skatteväxling var att uppnå en sammanhållen organisation vid vård och omsorg i hemmet som kan leda till bättre kontinuitet, smidigare planering samt färre kontaktpersoner för vård och omsorgsinsatser. Idag ansvarar kommunerna för hemsjukvård för vuxna (över 18 år) när individen på grund av sjukdom eller skada behöver långvariga hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet i mer än två veckor, antingen i samband med utskrivning från sjukhus eller uppstått behov påkallat från hälsocentralen. Regionen ansvarar för hembesök för barn (0–18 år) och för vuxna när behovet av hemsjukvård är uppskattat till två veckor eller kortare, exempelvis i samband med vård efter en operation. Regionen ansvarar även för läkarstöd åt hemsjukvården samt för rehabiliteringsinsatser inom LSS.

Vid växlingen 2013 var det ansvarsområden som inte växlades över till kommunerna utan stannade kvar i regionens drift. Tidigare utvärderingar⁵ gällande kommunaliseringen av hemsjukvården och hemsjukvårdsavtalet har visat att skatteväxlingen i sin helhet har varit lyckad utifrån ett patientperspektiv med en mer sammanhållen vård än tidigare. Utvärderingarna⁶ visar även att skatteväxlingen 2013 innebar en del utmaningar och förbättringsområden i form av ett svårtolkat hemsjukvårdsavtal, otydliga ansvarsgränser, samt bristande informationsöverföring. Regionen och kommunerna har sedan dess genomfört flertalet förbättringsåtgärder och initiativ för att lösa de otydligheter och utmaningar som har uppstått. Nu vill Region Gävleborg och länets tio kommuner (Bollnäs, Gävle, Hofors, Hudiksvall, Ljusdal, Nordanstig, Ockelbo, Ovanåker, Sandviken, och Söderhamn) utreda konsekvenserna av att växla över de resterande områden som kvarstår i regionens regi för hemsjukvården för vuxna (över 18 år), en så kallad tröskelväxling.

Under våren 2020 genomförde en arbetsgrupp, bestående av representanter från både Region Gävleborg och länets kommuner, på uppdrag av Nätverk Välfärd, en första översiktlig utredning om konsekvenserna av en tröskelväxling av hemsjukvården i Gävleborg. Utredningen ställer sig positiv till en tröskelväxling men bedömde att det borde genomföras ett mer grundligt arbete och beslutade att en fördjupad utredningen skulle genomföras. Denna fördjupade utredning skulle på en mer omfattande och detaljerad nivå belysa konsekvenserna av en tröskelväxling och utgöra ett fullgott underlag för att kunna fatta ett politiskt beslut i Region Gävleborg samt i var och en av länets kommuner kring en

⁴ Socialstyrelsen – Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport (2020)

⁵ Kommunaliseringen av hemsjukvården i Gävleborg: En utvärdering efter ändringen av huvudmannaskap (2015)

⁶ Översyn av avtal för hemsjukvård i Gävleborgs län, Public Partners (2017)

framtida tröskelväxling av hemsjukvården. Sirona Health Solutions fick i uppdrag att genomföra den fördjupade utredningen med uppgift att fokusera på följande frågeställningar:

Huvudfrågeställning för utredningen:

- Vilka konsekvenser skulle en tröskelväxling av hemsjukvården medföra för länets kommuner och för Region Gävleborg? Berört åldersspann är 18 år och uppåt.

Delfrågeställningar i utredningen:

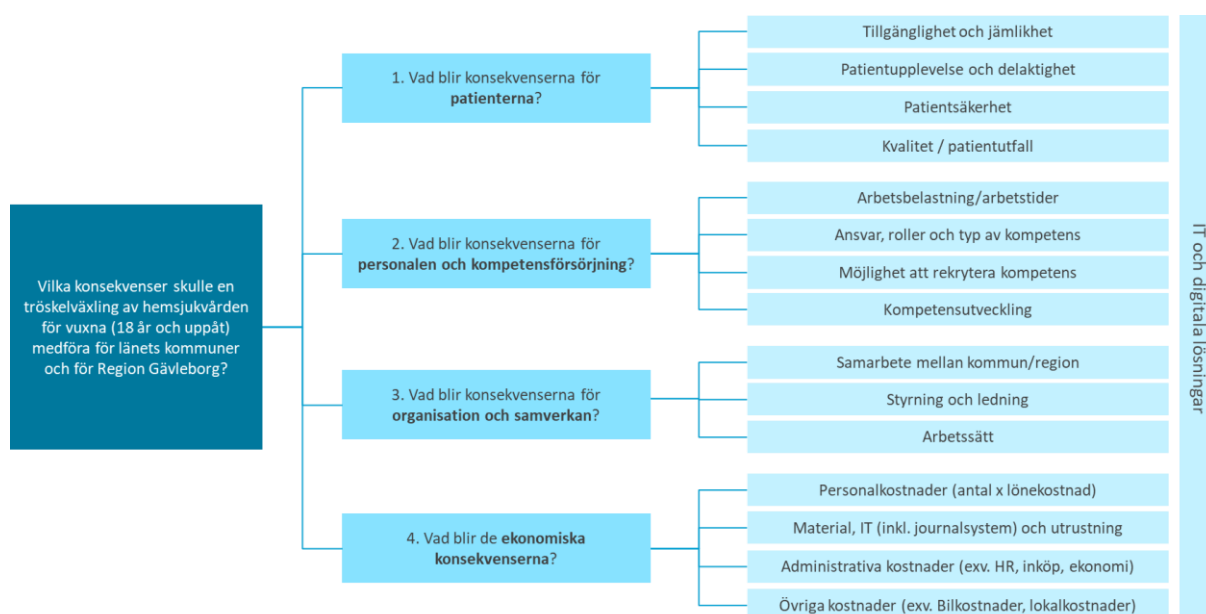
- Hur förhåller sig en tröskelväxling till de förslag som finns i slutbetänkandet för nära vård?
- Vilka blir de ekonomiska konsekvenserna för kommunerna och för regionen?
- Hur kan och bör 1177 hanteras vid ett eventuellt utökat kommunalt uppdrag? Vilka svårigheter kan uppstå, och hur kan/bör dessa eventuellt lösas?
- Vilka kompetenser behöver föras över till kommunerna från regionen, och hur bedöms möjligheterna vara för kommunerna i länet (där kommunstorleken varierar) att rekrytera, upprätthålla och utveckla kompetens?
- Vilka blir konsekvenserna för samverkan utifrån hur den idag är strukturerad mellan kommunerna och regionen, och vilka förändringar kan behöva göras?

Ansvarsfördelningen för hemsjukvården som har överlåtits till kommunerna skiljer sig mellan olika regioner i Sverige och det finns därför inte en gemensam definition av begreppet "tröskelväxling" eller en klar gräns för var "tröskelprincipen" går. Utredningen har därför valt att fokusera på de frågeställningar som listas ovan samt de områden inom hemsjukvården som regionen ansvarar för idag, vilket inkluderar: hemsjukvårdsbesök när behovet är kortvarigt (mindre än 14 dagar), enstaka hembesök, hjälpmedel (inom LSS och första 14 dagarna inom hemsjukvården), rehabilitering inom LSS samt eventuell växling av specialistkompetenser. En komplett lista över områden som är relevanta att växla för Gävleborg återfinns i appendix – Bilaga 2.

2. Metod

Den fördjupade utredningen har belyst konsekvenserna av en tröskelväxling utifrån fyra perspektiv; 1) patient, 2) personal och kompetens, 3) organisation och samverkan samt 4) ekonomi, enligt strukturen i Figur 1. För att inkludera samtliga perspektiv har utredningen genomfört kvalitativa och kvantitativa analyser i form av en intervjustudie, enkät samt beräkningar av kostnader och volymer för hemsjukvården. Utredningen har även genomfört en omvärldsanalys för att inhämta lärdomar och erfarenheter från andra regioner och kommuner i Sverige.

Utredningens tillvägagångssätt, preliminära resultat samt slutsatser och rekommendationer har löpande förankrats med utredningens styrgrupp och referensgrupp. Styrgruppen har bestått av två representanter från regionen och en representant från kommunen, samtliga på ledningsnivå. Referensgruppen har bestått av 15 deltagare med representation från fem kommuner och regionen inklusive chefer och medarbetare från hemsjukvården, primärvården och specialistsjukvården. Se appendix – Bilaga 1 Projektorganisation för utredningen.



Figur 1. Analysträd – Fördjupad utredning av hemsjukvården i Region Gävleborg

Intervjustudie

Utredningen genomförde en intervjustudie med totalt 82 intervjukandidater. Intervjuerna genomfördes med medarbetare och chefer i kommunerna, primärvården och specialistsjukvården samt med patienter / anhöriga inskrivna i hemsjukvården. För att fånga in flera perspektiv intervjuades personer på olika nivåer inom respektive organisation och verksamhet. I första hand tillfrågades deltagarna i referensgruppen att identifiera medarbetare och chefer lämpliga att intervjuas. Målsättningen var att intervjuas tre till fyra personer inom respektive kommun samt få en geografisk spridning och representation från både primärvården och slutenvården. För sammanställning av antal intervjuer och yrkeskategorier se Bilaga 3. I appendix återfinns även en sammanställning av samtliga intervjukandidater under Bilaga 6.

Temaintervjuer genomfördes utifrån en fördefinierad frågemall vilket innebär att frågorna är förutbestämda och alla teman ställs till samtliga intervjupersoner. Intervjumallen återfinns under appendix i Bilaga 4 – Intervjuguide för medarbetare och chefer samt Bilaga 5 – Intervjuguide för patienter. Intervjuerna genomfördes digitalt via Teams eller via telefon. Utförliga minnesanteckningar upprättades i samband med samtliga intervjuer men inte med regelrätta transkriptioner.

Den kvalitativa analysen genomfördes med utgångspunkt i den huvudsakliga frågeställningen samt från de fyra perspektiven återfunna i Figur 1. Intervjuerna analyserades genom att jämföra respondenternas svar inom respektive perspektiv för att identifiera gemensamma och skilda uppfattningar samt faktorer som främjar respektive hindrar en tröskelväxling. Resultatet från sammanställningen analyserades därefter för att generera slutsatser kring regionens och kommunernas samlade synpunkter och erfarenheter inför en eventuell tröskelväxling av hemsjukvården.

Kvantitativ analys

Utredningen genomförde kvantitativa analyser för att beräkna ekonomiska konsekvenser samt volymer vid en eventuell tröskelväxling. Statistik samlades in ifrån samtliga kommuner, regionen och hjälpmedel SAM för att genomföra beräkningar. För att beräkna regionens kostnader för hemsjukvården sammanställdes personalkostnader, hjälpmedelskostnader samt övriga kostnader⁷. Personalkostnader beräknades genom att utifrån registrerade besök och estimerad tidsåtgång per besök sammanställa antal årsarbetare per yrkeskategori. Totalt antal timmar per årsanställd beräknades till 1 760 timmar⁸ inklusive semester, sjukfrånvaro samt vård av barn. Vidare beräknades kommunernas kostnader kopplade till hemsjukvården för att ta reda på hur stor andel av hemsjukvårdens totala kostnader som kvarstår i regionen. Kostnader beräknas utifrån insamlad statistik från kommunerna uppdelat på personalkostnader och övriga kostnader (utrustning, hjälpmedel, IT, lokaler och transport). För de områden där kostnader saknades togs estimat fram baserat på statistik från andra kommuner.

Utredningen har även analyserat kostnadsutvecklingen för hemsjukvården i tre framtidsscenario fram till 2030 för att få en uppskattning om hur kostnaderna för hemsjukvården kommer att utvecklas. Framtidsscenarioerna beräknas utifrån demografisk utveckling, inflation och ett ökat fokus på nära vård, teknisk utveckling och ökad tillgänglighet. Se avsnittet med kostnadsberäkningar för framtidsscenarioer för detaljerad beskrivning av antaganden per scenario, lågt, medel och högt samt Bilaga 7 Ekonomiska beräkningar. En analysmodell i Excel har utvecklats för att enkelt kunna justera estimat och antaganden, både för regionens och kommunernas kostnader och volymer som för de olika scenarierna för framtidsutvecklingen.

Omvärldsanalys

Utöver ovanstående genomfördes även en omvärldsanalys i syfte att inhämta lärdomar och erfarenheter från skatteväxlingar i andra regioner i Sverige. Omvärldsanalysen genomfördes i två steg. I det första steget genomfördes en pragmatisk litteratursökning för att samla in information på både nationell och regional nivå där bland annat Regeringsdirektiv, utredningar, delbetänkanden samt avtal för hemsjukvård genomlästes. I steg två kompletterades litteratursökningen med intervjuer i fyra regioner som identifierades baserat på litteratursökning och i samråd med styrgruppen, referensgruppen och experter. De regioner som ingick i den fördjupade omvärldsanalysen var Region Västerbotten, Region Sörmland, Region Kalmar och Region Skåne (se tabell 1). Syftet med detta var att få en fördjupad förståelse för lärdomar och erfarenheter från tidigare skatteväxlingar som kan användas för lärande och inspiration vid en eventuell tröskelväxling av hemsjukvården i Region Gävleborg. Viktigt

⁷ Statistik inhämtades från primärvårdens system i Region Gävleborg

⁸ Antal timmar för årsarbetare är baserat på Region Gävleborgs estimat för en nettoårsarbetare

att notera är de lärdomar och bästa praxis-exempel baseras på regioners fullskaliga skatteväxling av hemsjukvården till skillnad från den eventuella tröskelväxling Gävleborg ska genomföra av resterande hemsjukvårdsansvar.

Tabell 1. Sammanställning av granskade regioner för omvärldsanalys

Region	Skatteväxlade år	Åldersgrupper inkluderade
Västerbotten	2013, 2015 (Extra skatteväxling)	18 år och uppåt
Sörmland	2010	18 år och uppåt
Kalmar	2008	0 år och uppåt
Skåne	1992 (Ädelreformen)	0 år och uppåt

3. Resultat

De intervjuade är positiva till en tröskelväxling, men betonar vikten av att kommunerna behöver få rätt förutsättningar för att bedriva ett utökat uppdrag

En majoritet av de intervjuade i kommunerna och i regionen ställer sig positiva till en tröskelväxling, men belyser vikten av att kommunerna behöver få rätt förutsättningar för att bedriva ett utökat uppdrag. Både intervjurespondenter från kommunerna och regionen menar att kommunerna behöver få tillräckligt med ekonomisk ersättning och resurser samt rätt kompetenser för att kunna hantera ett större uppdrag. Det finns en viss oro hos kommunerna baserat på den tidigare skatteväxlingen 2013 då man upplever att skatteväxlingen resulterade i större volymer än man fick ekonomisk ersättning för. Vid en eventuell tröskelväxling blir det därför viktigt att det blir tydligt vad som ska ingå i kommunernas uppdrag för hemsjukvården och att man genomgående utgår från patientperspektivet. Regionen och kommunerna behöver även komma överens om en gemensam definition av tröskelprincipen. Det som intervjurespondenterna, från både regionen och kommunerna, framför allt ser som positivt med en tröskelväxling är att det kommer att gynna patienterna som kommer att få en tryggare och säkrare vård samt bättre kontinuitet.

“ En tröskelväxling skulle i synnerhet gynna patienterna, de skulle få en tryggare vård och tydligare kontaktvägar från dag ett ”

- Fysioterapeut hemsjukvården

“ Kommunerna är bäst på hemsjukvård och borde ha hela ansvaret men de kommer behöva mer resurser och kompetens om man växlar ”

- Sjuksköterska primärvården

En växling kan innebära en tryggare och säkrare vård, bättre kontinuitet för patienterna och en smidigare inskrivningsprocess

Intervjuerna ger en samlad bild av att en tröskelväxling kan leda till flera fördelar för patienterna. Idag är ansvaret för hemsjukvården uppdelat mellan regionen och kommunerna vilket i vissa fall kan innebära att en patient först omhändertas av sin hälsocentral (regionen) och sedan flyttas över till den kommunala hemsjukvården. Detta varierar beroende på patientens behov och utfall. En tröskelväxling, där kommunen får det samlade ansvaret för hemsjukvården, skulle innebära att patienterna får en mer

sammanhållen vårdkedja, en tryggare och säkrare vård samt bättre kontinuitet i att träffa samma personal. Intervjuerna har även indikerat att en tröskelväxling skulle innebära att patienterna får tydligare och snabbare kontaktvägar till vården.

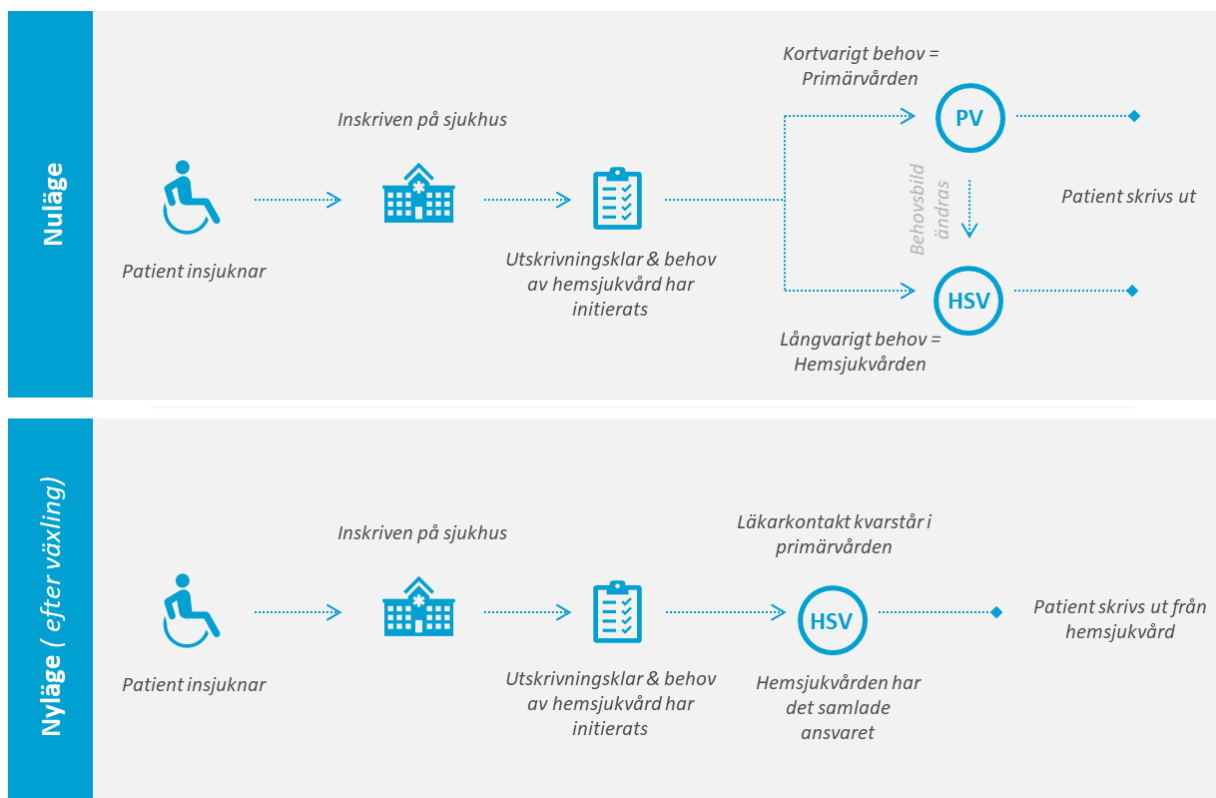
“

Att samla hemsjukvården under en huvudman kommer bidra till tydligare processer och flöden. Idag är hemsjukvården två parallella spår. Om vi i kommunerna får ansvaret skulle det bli en tydligare röd tråd för patienterna

- Arbetsterapeut hemsjukvården

En tröskelväxling kan även innebära att inskrivningsprocessen blir smidigare och mer tidseffektiv med färre steg och parter involverade. Patienterna kan få snabbare återkoppling och omhändertagande, vilket bidrar till både bättre återhämtning och utfall för patienten. Det kan även innebära enklare kommunikation då slutenvården kan höra av sig direkt till hemsjukvården och behöver inte gå via hälsocentralen som idag. Läkaren från hälsocentralen behöver dock ge sitt godkännande innan en patient kan skrivas in i den kommunala hemsjukvården. Figur 2 illustrerar en förenklad bild över hur patientflödet ser ut idag (nuläge) och hur patientflödet kan se ut efter en eventuell växling (nyläge). Den tydliga förbättringen för patienten är att man från dag ett kommer att tillhöra den kommunala hemsjukvården och det blir därför ingen förflyttning mellan vårdgivare. En tröskelväxling skulle därför innebära en tydligare process och flöde för patienterna. Det som dock behöver noteras vid ett nyläge är att ansvaret för läkarkontakten kvarstår i regionen.

Patienternas egen uppfattning och bild av hemsjukvården idag är mycket positiv trots det delade ansvaret mellan regionen och kommunerna. Samtliga patienter som intervjuades i utredningen känner sig trygga och nöjda med den vård de får i hemmet och blir väl omhändertagna av vårdpersonalen. Några av patienterna som intervjuades upplevde dock viss otydlighet i samband med inskrivning till hemsjukvården och tyckte att det dröjde några dagar innan allt fungerade väl, till exempel att hjälpmedel var på plats.



Figur 2. Illustrativ exempel av förändring i patientflödet vid en tröskelvaxling

En växling kan innebära en tydligare ansvarsfördelning samt ett mer resurseffektivt arbetssätt

I samband med skatteväxlingen 2013 upprättades ett avtal för hemsjukvården för att reglera regionens och kommunernas insatser inom hemsjukvården. Trots tidigare revideringar och förtydligande av det nuvarande avtalat återstår viss otydlighet enligt både kommuner och region. Intervjuerna i utredningen har påpekat att avtalet idag tolkas på olika sätt och inte ger tillräckligt med stöd och vägledning till verksamheterna i regionen och kommunerna. Otydligheterna som uppstår idag bidrar till diskussioner kring ansvarsfördelning samt bristande samförstånd vid bedömningsprocessen för att klargöra om en patient ska tillhöra hemsjukvården eller inte. Flera intervjurespondenter indikerar dock att en eventuell tröskelvaxling där kommunerna får det samlade ansvaret för hemsjukvården kan innebära att ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunerna blir tydligare, givet att uppdraget och avtalet tydligt definieras samt utgår ifrån patientperspektivet. Det som framför allt blir tydligare är, som tidigare nämnts i rapporten, att patienterna från dag ett kommer att tillhöra den kommunala hemsjukvården. På så sätt kan det bidra till färre diskussioner i samband med inskrivning till hemsjukvården. Även rehabilitering inom LSS-boende som idag tillhör regionen kommer att tillhöra kommunerna vid en växling vilket kommer att bidra till en mer sammanhållen vård för patienterna samt ett fullständigt uppdrag för kommunerna.

Utöver att en eventuell tröskelvaxling kan innebära en tydligare ansvarsfördelning kan det även innebära att befintliga resurser inom både regionen och kommunerna kan används på ett mer resurseffektivt sätt. Idag när ansvaret är fördelat mellan två parallella organisationer kräver det både rätt kompetens och tillräckligt med resurser inom respektive verksamhet samt två beredskapsorganisationer (beredskapsorganisationerna ser däremot like olika ut inom regionen). Det

delade ansvaret för hemsjukvården kan idag innebära att två individer i samma hushåll kan bli omhändertagna av olika instanser. Den ena personen kan få vård från kommunen och den andra från regionen. Detta kan delvis innebära en förvirring och otrygghet för patienterna men även att resurserna inte används på bästa möjliga sätt.

Förutom de fördelar som intervjuerna belyser med en eventuell växling, indikerar intervjurespondenterna även ett par områden som regionen och kommunerna behöver fortsätta att arbeta med. Detta gäller bland annat samverkan vid SIP:ar (Samordnad Individuell Plan), kriterier för hemsjukvårdspatienter, informationsöverföring, förskrivning av hjälpmedel samt tillgänglighet till läkare. Mer utförlig beskrivning av dessa områden redovisas i ett senare avsnitt i rapporten. Till följd av de otydligheter som förekommit sedan växlingen 2013 samt flera år av diskussioner mellan regionen och kommunerna är det ytterst viktigt att kommunernas uppdrag blir tydligt definierat vid en eventuell tröskelväxling.

“ Utöver att det är medicinsk och etiskt klokt att genomföra en tröskelväxling så skulle det även bli mer resurseffektivt ”

- Läkare hemsjukvården

“ Idag är det ständiga diskussioner om tolkningar och ansvarsfördelning. Vid en tröskelväxling blir det viktigt att uppdraget tydligt definieras. ”

- Verksamhetschef hemsjukvården

Kommuner kommer att behöva fler resurser vid ett utökat uppdrag samt arbeta med kompetensförsörjning och säkra tillgång till specialistkompetenser

Den växande befolkningen och den demografiska utvecklingen med fler äldre bidrar till en ökad efterfrågan på personal inom både hälso- och sjukvården och omsorgen. Vid en tröskelväxling kommer kommunerna att behöva fler resurser, bättre tillgång till specialistkompetens, kontinuerlig kompetensutveckling samt bättre tillgänglighet till läkare för att de ska klara ett utökat uppdrag. De resurser som är aktuella att växla över från regionen till kommunerna är huvudsakligen sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt fysioterapeuter.

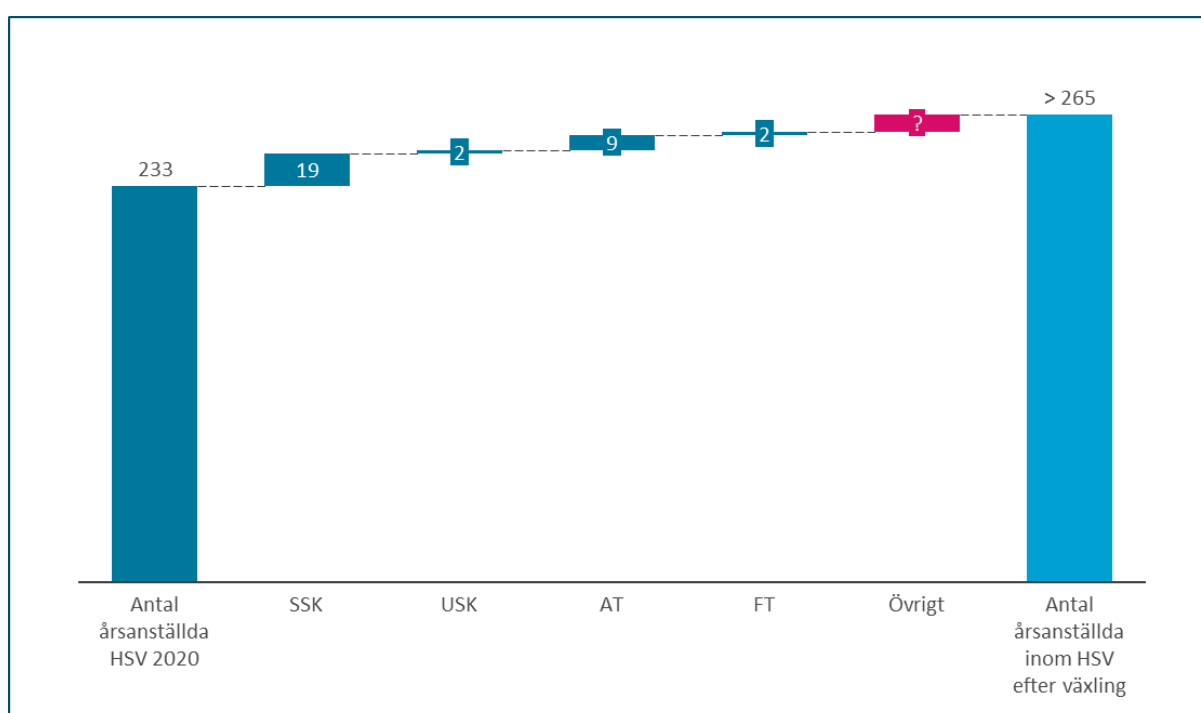
Vad gäller specialistkompetenser behöver kommunerna få bättre tillgång till både specialistkompetenser samt specialistfunktioner. Intervjuerna har framhävt att hemsjukvårdens tillgänglighet till specialistkompetenser idag är otillräcklig och behöver därför förstärkas vid en eventuell tröskelväxling. De specialistkompetenser och funktioner som intervjuerna har belyst är framför allt dietister, logoped, kuratorer och psykologer inklusive specialistsjuksköterskor inom bland annat diabetes och KOL. Då dessa specialistkompetenser och specialistfunktioner är bristkompetenser inom regionen idag är det svårt att växla över till kommunerna. Vid en tröskelväxling behöver regionen och kommunerna därför hitta samverkansformer för att öka tillgänglighet till dessa kompetenser inom hemsjukvården. För de större kommunerna kan det vara aktuellt att anställa egna medarbetare med dessa specialistkompetenser.

Intervjuerna har även påpekat att kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården i kommunerna inte sker kontinuerligt. Flera intervjurespondenter har belyst att kommunerna inte har samma möjlighet till kompetensutveckling och vidareutbildning som inom regionen. Intervjurespondenterna har dock förtydligat att det finns variationer mellan kommunerna och att en del kommuner främjar kompetensutveckling mer än andra. Vid ett utökat uppdrag för kommunerna samt medicinsk framdrift

inom hemsjukvården behöver kommunerna hitta rutiner för kontinuerlig och hållbar kompetensutveckling och vidareutbildning, såväl för nya som för befintliga medarbetare. En utbredd brist på geriatrisk kompetens lyftes fram som ett särskilt problemområde.

Tillgänglighet till läkare är ytterligare ett område inom personal och kompetensområdet som kommer att påverkas vid en tröskelväxling av hemsjukvården. Ett större uppdrag för kommunerna kommer innebära att behovet av läkarstöd blir mer omfattande. Detta område redovisas mer detaljerat i avsnittet om läkarmedverkan senare i rapporten.

Baserat på antalet genomförda hemsjukvårdsbesök från primärvården per yrkeskategori under 2020 har antalet årsarbetare som behöver växlas till kommunerna estimerats till minst 32 årsarbetare⁹. Detta gäller sjuksköterskor (SSK), undersköterskor (USK), arbetsterapeuter (AT) samt fysioterapeuter (FT). Denna siffra är troligtvis i underkant då det faktiska behovet av hemsjukvårdsinsatser är större än beräkningarna. Fördelningen av årsarbetare som redovisas i figur 3 inkluderar därför en "övrigt" stapel för att räkna det eventuellt större behovet av resurser.



Figur 3. Totalt antal årsanställda som kan växlas per yrkeskategori, 2020

Ur ett ekonomiskt perspektiv är den återstående andelen att växla till kommunerna cirka 18% av de totala hemsjukvårdskostnaderna

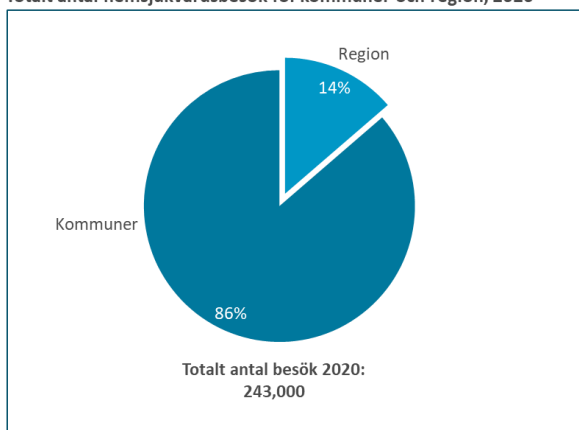
Utredningen har analyserat hur stor andel av hemsjukvården som återstår att växlas till kommunerna vid en eventuell tröskelväxling. Utifrån totalt antal hembesök och hemsjukvårdsbesök som genomförs idag står primärvården för cirka 14% (~3 402 hembesök) av besöken, vilket motsvarar de besök som återstår att växlas till kommunerna. Vad gäller kostnader står primärvården för cirka 18% (~64 miljoner)

⁹ Antalet årsarbetare = (antalet hemsjukvårdsbesök i primärvården x uppskattad tid per besök) ÷ 1760 timmar per årsanställd. Data från 2020.

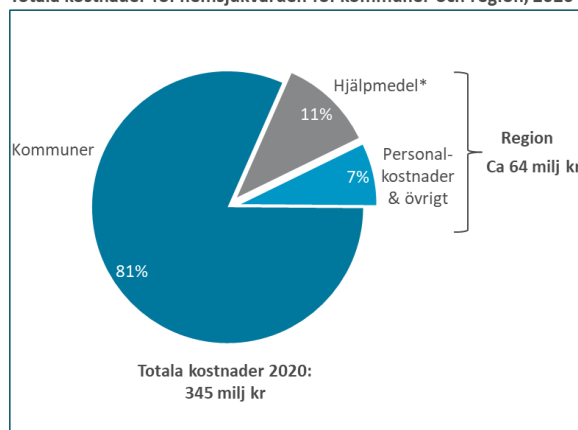
av totala hemsjukvårdskostnaderna som är uppdelade i personalkostnader och övrigt¹⁰, samt hjälpmedelskostnader. Kostnader för hjälpmedel (~ 38,5 miljoner) har särskilts från övriga kostnader då hjälpmedel står för en betydande del av de kostnader som återstår att växla, se figur 4. I primärvårdens hjälpmedelskostnader ingår även elrullstolar vilket motsvarar cirka 10 miljoner (6,4% av de totala kostnaderna).

Primärvårdens hjälpmedelskostnader är baserat på ett estimat utifrån de vanligaste hjälpmedlen som används inom hemsjukvården och inom LSS idag, då kostnaderna inte separeras från övriga hjälpmedel i nuvarande system. Vid beslut om en tröskelväxling bör mer exakta beräkningar av hjälpmedelskostnader genomföras. Exakt vilka hjälpmedel som ska växlas återstår att besluta.

Totalt antal hemsjukvårdsbesök för kommuner och region, 2020*



Totala kostnader för hemsjukvården för kommuner och region, 2020*



* Inkluderar uppskattade kostnader för hjälpmedel för hemsjukvården och LSS.

Figur 4. Antal hemsjukvårdsbesök och hemsjukvårdskostnader inom regionen respektive kommunerna¹¹

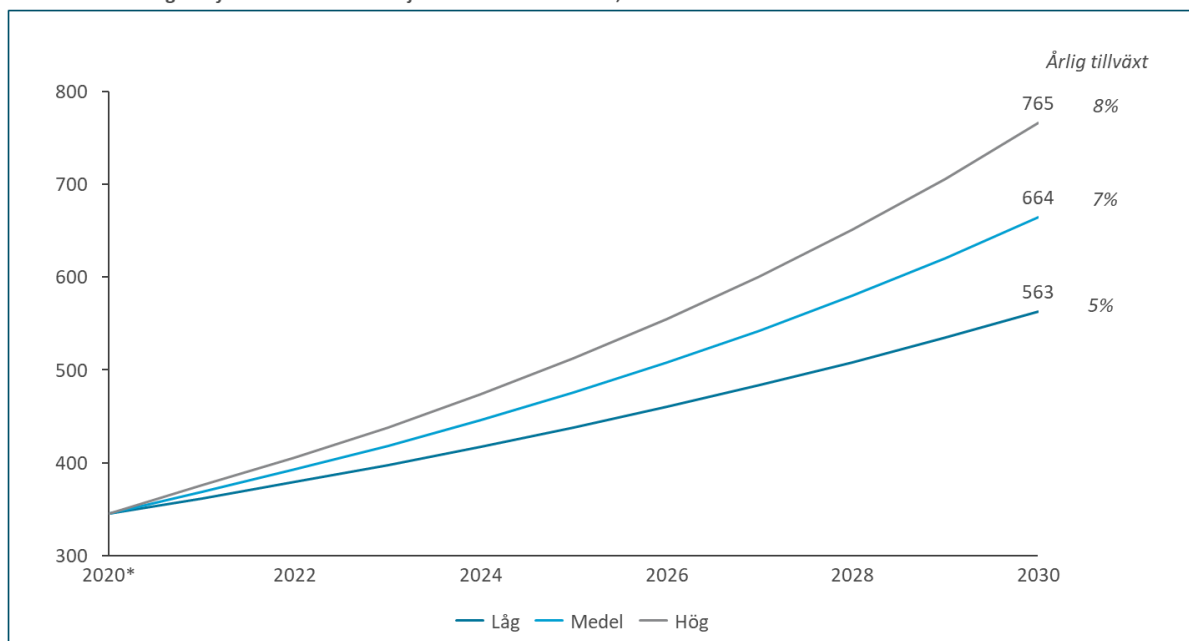
Kostnaderna för hemsjukvården kommer emellertid att öka fram till 2030, drivet av en åldrande befolkning och ett ökat fokus på en god och nära vård

Utredningen har tagit fram tre framtidsscenarioer för att få en uppfattning av hemsjukvårdens framtida kostnader givet den demografiska utvecklingen med en åldrande befolkning, ett ökat fokus på nära vård, teknisk utveckling samt ökad tillgänglighet fram till 2030. Framtidsscenarioerna är uppdelade i tre scenarier; lågt, medel och ett högt. Det låga scenariot estimeras till 563 miljoner, medel scenariot till 664 miljoner och det höga scenariot till 765 miljoner till år 2030, vilket motsvarar en årlig tillväxt mellan 5–8% mellan 2020 och 2030 (se figur 5). Det låga scenariot drivs endast demografisk utveckling samt inflation medan medel och det höga scenariot tar hänsyn till god och nära vård, teknisk utveckling, ökad tillgänglighet samt ökat antal inskrivna patienter över 80 år. Trots att medel scenariot och det höga scenariot inkluderar flera faktorer som påverkar kostnaderna drivs samtliga tre scenarier i synnerhet av den åldrande befolkningen i regionen. Se tabell 2 för detaljerad beskrivning av antaganden och estimat per scenario.

¹⁰ Övriga kostnader som inkluderades var lokalkostnader, administrativa tjänster (såsom ekonomi, HR, inköp och kommunikation), kostnader för IT system, IT support samt övriga verksamhetssystem

¹¹ Statistik inhämtat från samtliga kommuner, primärvården samt Hjälpmedel SAM

Kostnadsutveckling i miljoner kronor för hemsjukvården i tre scenarier, 2020 – 2030*



* Antaganden och estimat finns sammanställda i tabell 2 och appendix

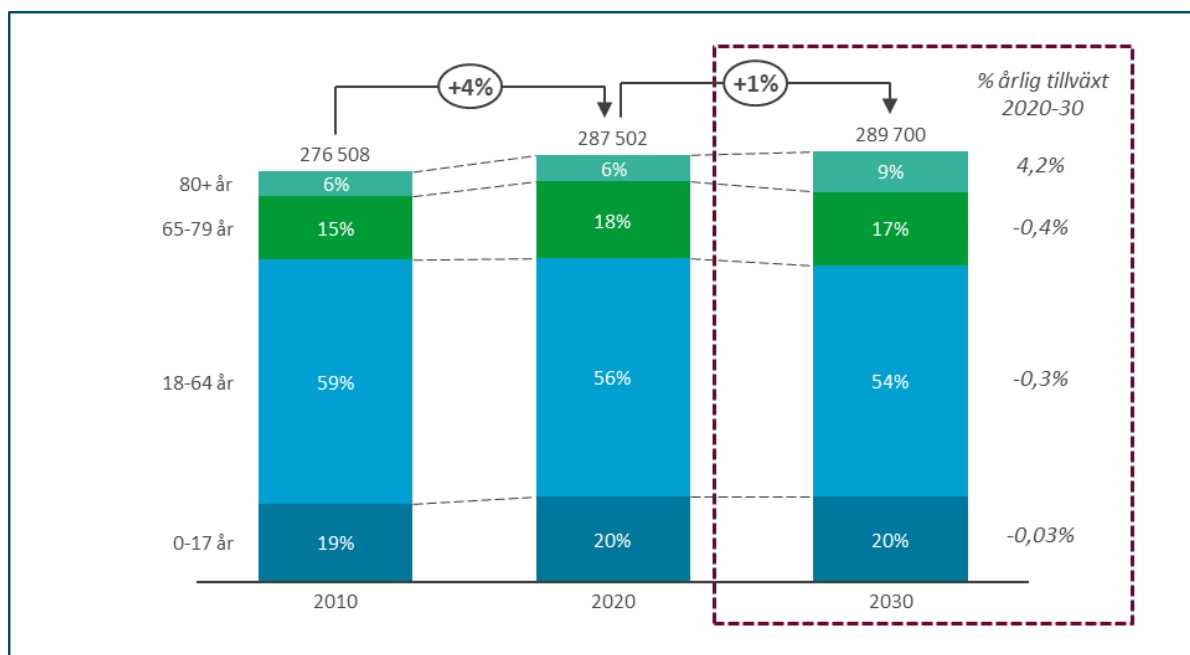
Figur 5. Framskrivning av hemsjukvårdens kostnader i miljoner kronor i tre scenarier, 2020 – 2030

Det är svårt att avgöra exakt hur hemsjukvårdens framtida kostnader kommer att utvecklas då stora omställningar pågår inom hälso- och sjukvården och ständiga medicinska framsteg görs inom hemsjukvården. Baserat på utredningens estimat och beräkningar kommer framtidens kostnader för hemsjukvården som lägst utvecklas i takt med den demografiska utvecklingen (lågt scenario). Det är därför viktigt att inför en eventuell tröskelväxling ta hänsyn till hemsjukvårdens framtida utveckling så att kommunerna får de resurser och den ekonomiska ersättning som krävs för att fullfölja ett utökad uppdrag under en längre tid.

Tabell 2: Antaganden för tre scenarier av kostnadsutvecklingen för hemsjukvården i Region Gävleborg

Nivå på antagande	Parametrar som är inkluderade	Antagande	Kommentar
Lågt	Demografisk utveckling	Enligt prognos	Enligt statistik från SCB
	Inflation	+2,4% per år	Enligt SKR index för inflation, (LPIK exkl. läkemedel)
	God och nära vård	0%	Ingen utveckling antas
	Teknisk utveckling	0%	Ingen utveckling antas
	Ökad tillgänglighet	0%	Ingen utveckling antas
Medel	Demografisk utveckling	Enligt prognos + andel inskrivna 80+ år ökar med 1,5 procentenheter mellan 2020-2030	Enligt statistik från SCB + att andel inskrivna 80+ år ökar mellan 2020-2030 till 8.8%
	Inflation	+2,4% per år	Enligt SKR index för inflation, (LPIK exkl. läkemedel)
	God och nära vård	+5% mellan 2020-2030	Antar att antal besök ökar på grund av fokus på nära vård
	Teknisk utveckling	-2% mellan 2020-2030	Antas påverka kostnader negativt i form av mindre antal besök (tex prevention, egenmonitorering)
	Ökad tillgänglighet	+5% mellan 2020-2030	Hemsjukvården är tillgänglig dygnet runt vilket kan innebär fler besök
Högt	Demografisk utveckling	Enligt prognos + andel inskrivna 80+ år ökar med 2,7 procentenheter mellan 2020-2030	Enligt statistik från SCB + antar att andel inskrivna 80+ år ökar mellan 2020-2030 till 10%
	Inflation	+2,4% per år	Enligt SKR index för inflation, (LPIK exkl. läkemedel)
	God och nära vård	+10% mellan 2020-2030	Antar att antal besök ökar på grund av fokus på nära vård
	Teknisk utveckling	-5% mellan 2020-2030	Antas påverka kostnader negativt i form av mindre antal besök (tex prevention, egenmonitorering)
	Ökad tillgänglighet	+10% mellan 2020-2030	Hemsjukvården är tillgänglig dygnet runt vilket kan innebär fler besök

Utredningen har tittat närmre på den demografiska utvecklingen i regionen för att få en uppfattning om hur befolkningstillväxten ser ut fram till 2030 då en åldrande befolkning har stor påverkan på antal besök och inskrivna patienter i hemsjukvården och därmed hemsjukvårdens kostnadsutveckling. Illustrerat i Figur 6 förväntas regionens totala befolkning öka med totalt 1% mellan 2020 – 2030¹². Jämfört med tidigare utveckling förväntas andelen 80+ år att öka i snabbare takt (4,2% per år mellan 2020 – 2030) än övriga ålderskategorier. De demografiska aspekterna ser dock olika ut i länets kommuner.

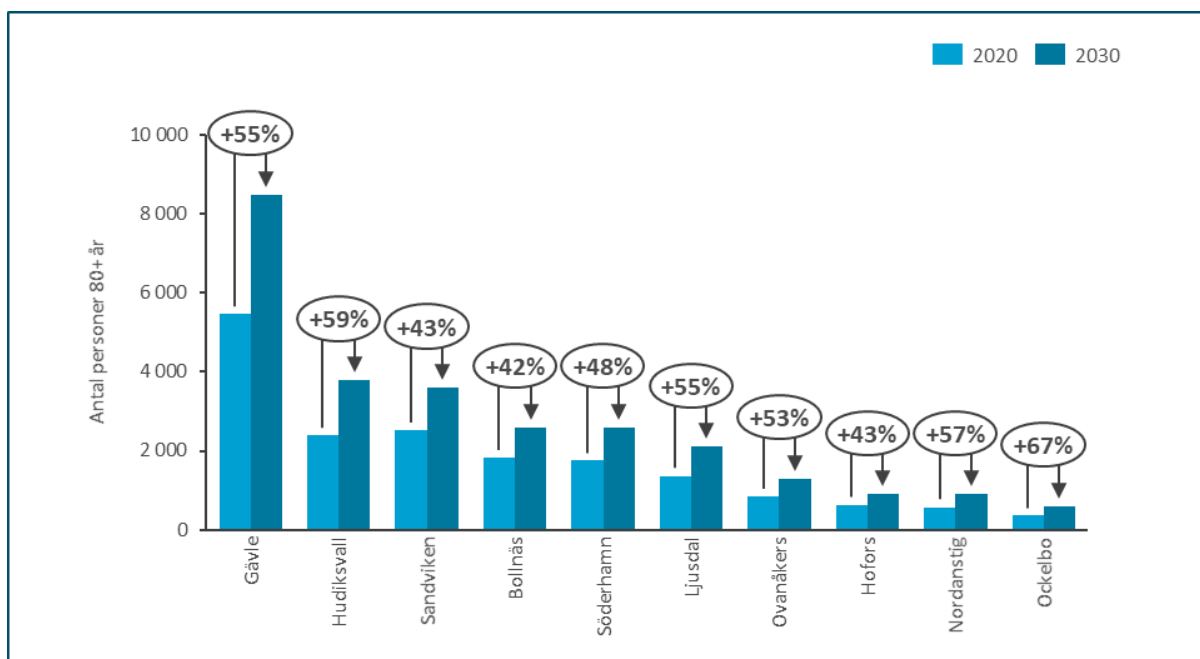


Figur 6. Befolkningsmängd fördelat per ålderskategori, 2010 – 2020 samt prognos 2030

Enligt den demografiska prognosen för Region Gävleborg kommer samtliga kommuner ha en hög tillväxttakt för ålderskategorin 80+ år och som därmed kommer utgöra en växande andel av befolkningen. Hudiksvall kommun och Ockelbo kommun har högst tillväxt med 59% respektive 67% år 2020 – 2030¹³. Gävle kommun som har högst antal invånare kommer att öka antalet äldre 80+ med 55% till ca 8 500 invånare.

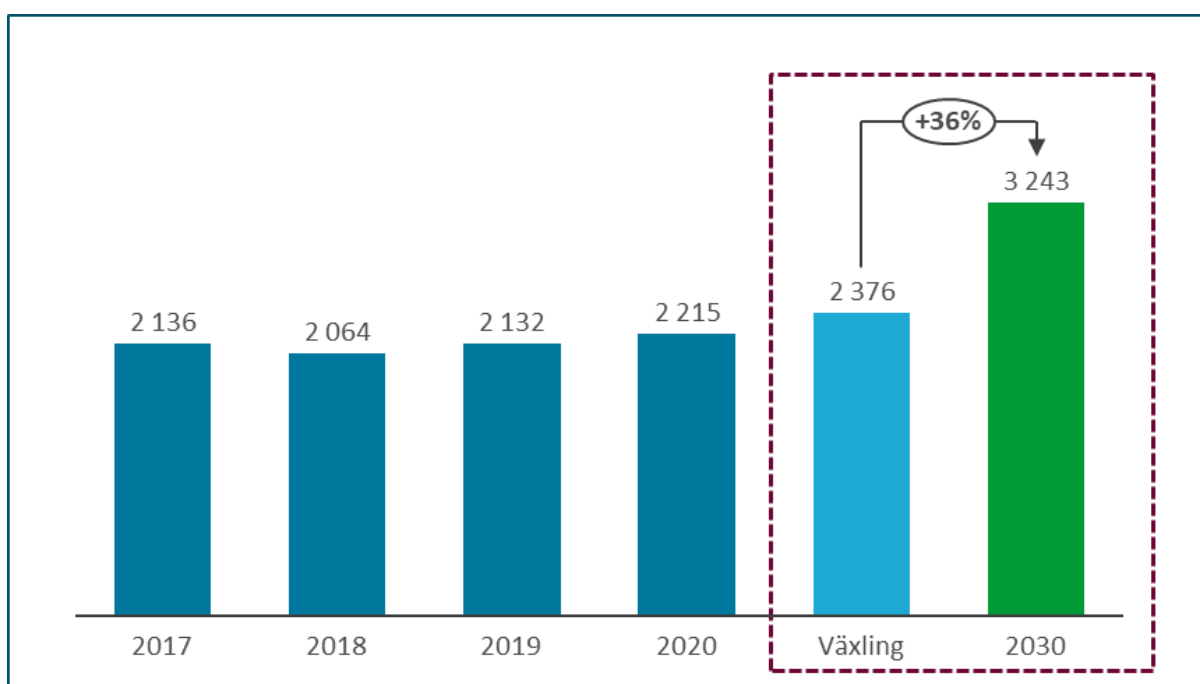
¹² Data inhämtat från Statistiska centralbyrån, 2021

¹³ Data inhämtat från Statistiska centralbyrån, 2021



Figur 7. Befolkningstillväxt för 80 + år per kommun mellan 2020 och 2030

Till följd av den åldrade befolkning förväntas även antal inskrivna patienter i hemsjukvården i Gävleborgs kommuner öka från 2 376 (efter en växling) till cirka 3 243 år 2030¹⁴, enligt grafen i Figur 8. Prognosen baseras på en estimerad ökning av antal besök utifrån medel scenario i tabell 2 ovan omräknat till antal inskrivna patienter. Antal besök per patient per månad är estimerat till 8 besök.



* Baserat på 2022 års prognos av antal inskrivna patienter i hemsjukvården

Figur 8. Totalt antal inskrivna patienter i hemsjukvården, 2017 till 2020 samt prognos för 2030

¹⁴ Data inhämtat från Statistiska centralbyrån, 2021

En tröskelväxling kan innebära bättre vård för patienterna samt viktiga besparingar i form av minskade akuta besök och inläggningar

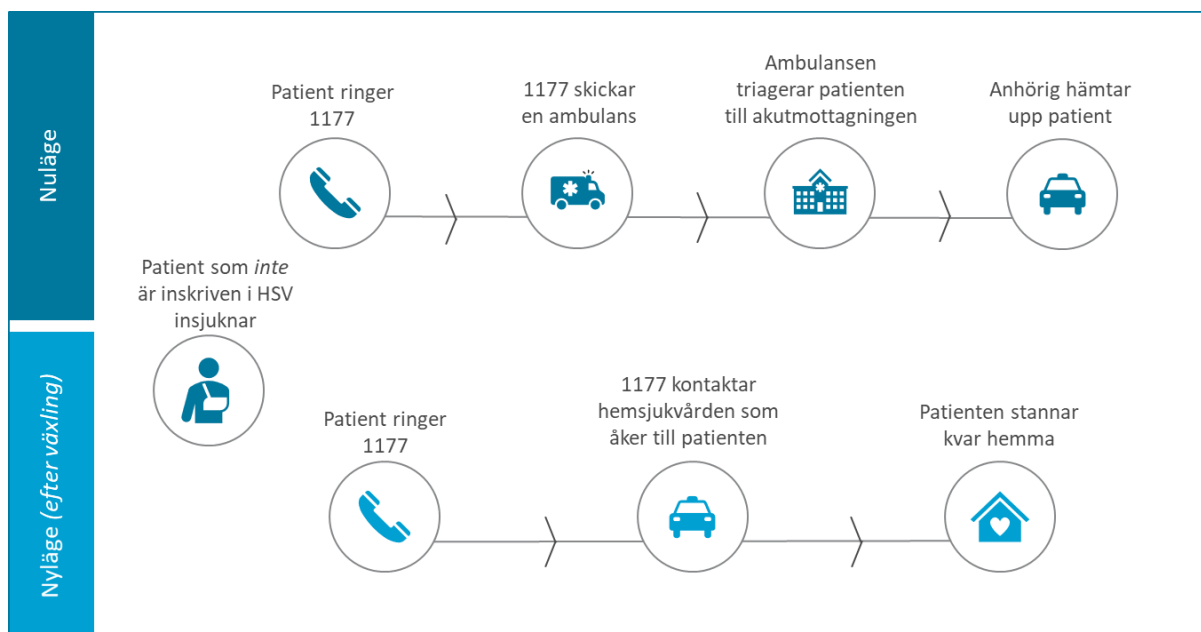
Utredningen har undersökt hur 1177 bör hanteras vid ett utökat kommunalt uppdrag samt hur detta skulle påverka patienterna och den övriga hälso- och sjukvården i Region Gävleborg. Baserat på intervjuerna har flera fördelar med en växling identifierats för patienterna, inte enbart för de som är inskrivna i hemsjukvården utan även för de patienter som behöver en punktinsats i hemmet. Ett exempel som har lyfts fram av intervjurespondenter är ambulansens Prio 4 uppdragen som i vissa kommuner idag åker hem till patienter på begäran av 1177, även kallat "Hembesök nattetid". Dessa uppdrag utförs under kvällar och helger när hälsocentralerna inte är tillgängliga. Intervjuerna har indikerat att det finns flera fördelar om hemsjukvårdens personal skulle ta över ansvaret för dessa besök, såväl för patienterna som från ett ekonomiskt perspektiv.

Ett scenario illustreras i figur 9 uppdelat på ett nuläge och ett eventuellt nyläge (efter tröskelväxling). En patient insjuknar och ringer 1177 på helgen när hälsocentralen inte är öppen. I nuläggssceneriet bedömer 1177 att patienten bör undersökas och kontaktar då ambulansen som åker ut på ett Prio 4 uppdrag. Ambulansen gör sedan sin bedömning och anser att patienter bör köras in till sjukhuset. Patienten tas emot på akutmottagningen som sedan gör bedömningen att patienten läggs in eller kan hämtas upp av anhörig. I nyläggssceneriet kontaktar 1177 den kommunala hemsjukvården istället för ambulansen. Personal från hemsjukvården åker hem till patienten och gör bedömningen om patienten kan klara sig i hemmet eller om en ambulans bör inkallas. Idag innebär Prio 4 uppdragen relativt få besök, under 2020 hade Gävle kommun flest besök (29 besök) och Ljusdal kommun lägst (2 besök)¹⁵. Totalt i regionen genomfördes 121 Prio 4 uppdrag under 2020.

Om den kommunala hemsjukvården skulle ansvara för Prio 4 uppdragen kan det innebära bättre och mer kvalitativ vård för patienterna. Det kan även innebära vissa ekonomiska besparingar då det kan bidra till färre sjukhusinläggningar och akutmottagningsbesök då hemsjukvårdspersonalen är bättre på att göra bedömningen om patienten bör stanna i hemmet eller inte. Det finns däremot praktiska frågor som behöver säkerställas för att upprätthålla patientsäkerheten, bland annat informationsöverföring mellan kommunerna och regionen, för att arbetet mellan 1177 och hemsjukvården ska fungera efter en eventuell tröskelväxling. Även enkla kontaktvägar till primärvårdens jourläkare behöver säkerställas så att sjuksköterskorna i kommunerna kan få den rådgivning de behöver.

Det finns även ett behov av att inkludera mer riskförebyggande insatser inom hemsjukvården för att de äldre ska kunna erbjudas insatser utifrån ett helhetsperspektiv. Intervjurespondenter har belyst vikten av att förebyggande hembesök av såväl läkare, sjuksköterska som arbetsterapeut och fysioterapeut är en viktig aspekt inom hemsjukvården och blir än viktigare givet den åldrande befolkningen. Vid förebyggande hembesök kan vårdpersonalen exempelvis bedöma behovet av bostadsanpassning, hjälpmedel och egenvård, liksom framtida behov av hemsjukvård. De kan även göra rehabiliteringsinsatser och fallriskbedömningar. I längden kan detta ha avgörande resultat för patienters vårdbehov samt minska antal inläggningar och akutmottagningsbesök.

¹⁵ Statistik inhämtat från Primärvårdens databas



Figur 9. Illustrativt exempel på ett patientflöde för patienter som ringer 1177 under kväll eller helg

Bedömningskriterier samt in- och utskrivningsrutiner till hemsjukvården behöver förtydligas och uppdateras vid en tröskelväxling

Baserat på intervjuerna finns det idag olika tolkningar och tillämpningar av bedömningskriterierna i samband med inskrivning av nya patienter i hemsjukvården. Från primärvårdens perspektiv finns det en uppfattning om att vissa kommuner är restriktiva vad gäller inskrivning av nya patienter medan kommunerna upplever det motsatta, att primärvården vill skriva in patienter även fast de inte uppfyller kriterierna. Vid en eventuell tröskelväxling är det därför viktigt att kriterierna för hemsjukvårdspatienter förtydligas och utgår ifrån tröskelprincipen och patientperspektivet. Enligt intervjuerna behöver medarbetare inom den kommunala hemsjukvården och läkarna i primärvården hitta samarbetsformer som gör det enkelt att komma överens om en patient ska skrivas in eller inte. Idag är det läkaren inom primärvården som gör den sista bedömningen om en patient ska skrivas in eller inte.

Vidare har intervjuerna indikerat att kommunerna i vissa fall är relativt återhållsamma med att skriva ut patienter från hemsjukvården när behov upphör. Detta kan innebära att patienter som har tillfrisknat och inte längre uppfyller kraven för hemsjukvården fortfarande är inskrivna. Vid en tröskelväxling och ett större uppdrag för kommunerna är det viktigt att man hittar rutiner och arbetssätt för att kontinuerligt skriva ut patienter som inte längre uppfyller kriterierna för hemsjukvård.

Informationsöverföring är en utmaning som inte kommer att lösas av en växling och det är viktigt att hitta fungerade arbetssätt samt fortsätta pågående arbete

Majoriteten av intervjurespondenterna har påpekat att informationsöverföring mellan regionen och kommunerna är en stor utmaning idag och efterfrågar ett gemensamt journalsystem. Detta är dock inte en del av den närliggande planen. Primärvården, specialistsjukvården och hemsjukvården använder idag olika journalsystem vilket gör det svårt att ta del av varandras information. Den stora utmaningen inom hemsjukvården är framför allt att kommunerna inte kan ta del av primärvårdens och slutenvårdens journalsystem och vice versa. Idag används istället andra system för att överföra

information och kommunicera mellan vårdgivare. Lifecare är ett system som används för informationsöverföring och kommunikationsverktyg mellan kommunerna, primärvården och specialistsjukvården. Intervjuerna har indikerat att det finns variationer i hur väl systemet används samt för och nackdelar med Lifecare som system. Några kommuner upplever att de får ofullständig informationen från specialistsjukvården i samband med att patienter ska skrivas in i hemsjukvården. Patienter upplevs ibland vara sjukare än vad som har kommunicerats. Intervjuerna påpekar även att användandet av Lifecare är tidskrävande då avsatt personal behöver ägna mycket tid åt att bevaka systemet i väntan på inkommande ärenden. Intervjurespondenter menar att det är viktigt att fortsätta pågående arbete för att förbättra användandet och funktionaliteten av Lifecare, framför allt om man beslutar att genomföra en tröskelväxling.

NPÖ (nationell patientöversikt) är ett annat informationsöverföringssystem som används för att bland annat dela journalinformation. Här kan kommunerna ta del av information om patienter från regionens journalsystem, givet att patienten har gett sitt samtycke. Nio av tio kommuner använder NPÖ idag, men i olika stor utsträckning enligt de tillfrågade i kommunerna. Ett arbete med att stärka NPÖ som informationsbas pågår, till exempel att kommunerna ska kunna producera information i systemet som regionen sedan kan ta del av. Utöver pågående arbete är det även viktigt att personalen får den grundläggande utbildning som krävs för att kunna använda systemet samt att man hittar smidiga rutiner och arbetssätt för ett enkelt kunna få samtycke från patienterna, vilket är en grundförutsättning för att man ska kunna dela information med varandra.

En tröskelväxling kommer inte att lösa alla utmaningar som informationsöverföringen medför idag. Det finns däremot ett par områden inom informationsöverföringen som kommer underlättas vid en tröskelväxling, till exempel att specialistsjukvården och hemsjukvården kan ha direkt kontakt via Lifecare istället för att behöva gå via primärvården som idag. Oavsett om en tröskelväxling genomförs eller ej, är det viktigt att regionen och kommunerna fortsätter pågående arbete med att hitta fungerande arbetssätt för att effektivt kommunicera och dela information mellan varandra. Det är även viktigt att investera i utbildning så att personalen kan använda de tekniska lösningar som finns tillgängliga idag.

Förskrivning och samordning av hjälpmedel är en central fråga för hemsjukvården och det är viktigt att fortsätta vidareutveckla pågående arbete

Sedan skatteväxlingen 2013 har frågan kring hjälpmedel varit omdiskuterad med delade meningar om kostnads- och förskrivningsansvaret för hjälpmedel i ordinärt boende. Medarbetare anser att det inte alltid är tydligt vem som förskriver hjälpmedel när exempelvis patienten skrivs ut från sjukhuset och behöver ha hjälpmedel förberett i hemmet. I dagens process för förskrivning av hjälpmedel sker bedömning av hjälpmedel ibland innan patienten kommit hem vilket inte alltid ger en rättvis bild av patientens faktiska tillstånd menar flera intervjurespondenter. Man önskar att förskrivning för hjälpmedel, inklusive kostnader, följer patienten tydligare.

Ett särskilt omdiskuterat hjälpmedel är elrullstolar där det råder delade meningar om hur förskrivningsprocessen går till och om det är primärvården eller kommunen som bör ha förskrivningsansvaret. Idag ansvarar primärvården för förskrivning, utprovning samt kostnader för elrullstolar även fast en patient är inskriven i den kommunala hemsjukvården. Hemsjukvårdspersonal kontaktar en hälsocentral för att få en elrullstol förskriven till en patient i hemsjukvården vilket några anser märkligt eftersom kommunen har ansvar för patienten. Dock krävs särskild kompetens för att förskriva elrullstolar vilket idag fram allt finns i regionen. Vidare ser flera kommuner svårigheter med

de stora kostnader som elrullstolarna skulle medföra vid en tröskelväxling. Elrullstolarna är ett av de mer komplexa och dyra hjälpmedlen som kan innebära stora kostnader för de mindre kommunerna.

Frågan kring hjälpmedel är idag komplex och intervjustudien har belyst problematiken från både regionen och kommunernas perspektiv. En tröskelväxling kommer i första hand inte lösa den direkta problematiken vilket innebär att regionen och kommunerna behöver fortsätta med samordning kring hjälpmedel och hitta gemensamma arbets sätt som förenklar samarbetet vid till exempel gemensamma patienterna som är i behov av hjälpmedel.

Tillgänglighet till läkare inom hemsjukvården är ytterligare ett område som man kommer att behöva arbeta vidare med oavsett en växling eller inte

Läkarmedverkan inom hemsjukvården har under intervjustudien varit ett omdiskuterat område som enligt flera intervjurespondenter är en kärnfråga och grundförutsättning för att en tröskelväxling ska lyckas. Tillgång till läkare är grundläggande för att kunna bedriva hemsjukvård vilket är ett genomgående problem för hemsjukvården i Sverige. Det är stor variation i åsikterna från kommunerna kring hur de tycker att läkarmedverkan fungerar idag. Några kommuner anser att läkarmedverkan fungerar bra medan andra kommuner anser att det fungerar mindre bra. Grundproblemet tycks vara att det inte avsätts tillräckligt med tid från läkare för hemsjukvårdspatienter, varken för hembesök, rond eller frågor från hemsjukvårdssjuksköterskorna. Det finns en stor önskan bland personalen i flertalet kommuner att läkarna ska vara mer närvarande och genomföra fler hembesök i ordinärt boende men även på särskilda boenden, LSS-boenden och för frågor per telefon. I de kommunerna där läkarmedverkan fungerar bra finns det ett gott samarbete mellan kommun och hälsocentraler där läkare har satt av tid för att ta emot frågor och samtal.

Vid en tröskelväxling uppskattas läkarmedverkan bli allt viktigare då kommunernas uppdrag blir mer omfattande. Givet den demografiska utvecklingen samt fokus på god och nära vård kommer fler patienter skrivas in i hemsjukvården. Vården i hemmet blir även succesivt mer avancerad vilket också bidrar till en ökad efterfrågan på läkarkompetens. För att möta efterfrågan behöver det säkerställas att det finns en tydlig och tillgänglig kontaktväg för personalen oavsett tid på dygnet. Man behöver säkerställa rutiner som möjliggör läkarbedömningar i hemmet alla dagar i veckan och tider på dygnet, för att även förebygga akuta sjukhusbesök. Det vore önskvärt enligt flertalet kommuner att ha en läkare på hälsocentralerna som fokuserar enbart på hemsjukvården och som då kan avsätta tid för hembesök, rond och frågor. Idag finns patienter med fast vårdkontakt på hälsocentralerna vilket ibland innebär att det blir många läkare att kontakta för hemsjukvårdspersonalen. Ett av förslagen från intervjurespondenterna är att gå från fasta vårdkontakter till att ha läkare som ansvarar för hemsjukvården som täcker flera hälsocentraler. På så sätt blir det bättre tillgänglighet och kontinuitet då läkare kan täcka upp för flera hälsocentraler beroende på vilket behov som finns.

Nära vård styrker behovet av en växling där vården kommer närmare patienten och ger förutsättningar för bättre samverkan mellan regionen och kommunerna

Omställningen mot en god och nära vård är ett pågående arbete i Gävleborg, både på regional och på kommunal nivå. Målet är att komma närmre patienten och utveckla arbets sätt anpassade utifrån patientens perspektiv. En tröskelväxling skulle i linje med en nära vård bidra till att vården kommer

närmre patienten med förbättrad kontinuitet och en mer sammanhållen hemsjukvård med färre aktörer inblandade.

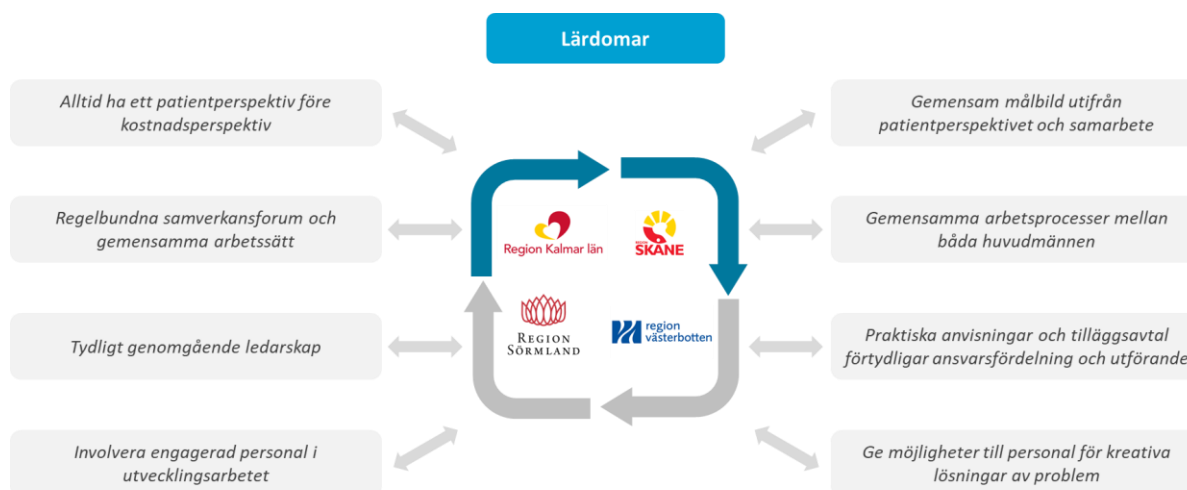
Utvecklingen mot nära vård kan ge positiva ekonomiska effekter för regionen. Ett mer hälsofrämjande arbete med fokus på förebyggande och proaktiva insatser mot de äldre och kroniskt sjuka kan innebära ett minskat behov av slutenvårdinläggningar och akutmottagningsbesök. Vidare finns det flera pågående initiativ och projekt under arbetet med en nära vård som kommer att gynna hemsjukvården. Exempel inkluderar digitala vårdmöten, uppkoppling till digitala hälsorum och mobila team som i hög grad kan främja tillgängligheten till vård för patienten.

Omställningen mot en nära vård kan bidra till att regionen och kommunerna jobbar mot en gemensam målbild och därmed förbättrar samverkan. Dock har intervjustudien visat att kunskapen och betydelsen av omställningen till god och nära vård varierar mellan regionen och vissa kommuner. Flera kommuner är medvetna om att ett arbete pågår på regional nivå men har inte påbörjat ett lokalt arbete, och efterfrågar delaktighet i det större arbetet. I det fortsatta arbetet framöver är det även viktigt att följa upp och mäta effekterna av nära vårds insatserna.

Omvärldsanalysen indikerar att det inte finns en färdig mall för hur en växling bör genomföras utan att det är ett kontinuerligt förbättringsarbete

Majoriteten av Sveriges regioner har kommunaliserat hemsjukvården sedan ädelreformen genomfördes. Idag är det endast Region Stockholm som har kvar ansvaret för hemsjukvården i regional regi. De flesta regioner som har skatteväxlat har genomfört en fullskalig växling, det vill säga att det samlade ansvaret för hemsjukvården har växlats över till kommunerna med stöd av läkare från regionen. Genom åren har debatten varit stark kring hur skatteväxlingarna runt om i landet har genomförts. En del kommuner anser att skatteväxlingarna har resulterat i för låg ersättning i förhållande till uppdraget och andra menar att förändringarna medförde otydligheter i roller och ansvarsfördelning samt olika tolkningar av hemsjukvårdsavtalen. Även om det finns ett antal utmaningar i de regioner som har genomfört en kommunalisering finns det även viktiga lärdomar samt flera goda exempel på hur andra regioner har arbetat kontinuerligt med få hemsjukvården att fungera på bästa möjliga sätt. En del av dessa lärdomar är generiska framgångsfaktorer för utvecklingsarbetet medan andra mer konkreta exempel visar på hur regionerna har hanterat liknande utmaningar som även Region Gävleborg upplever idag. Figur 10 sammanfattar de viktigaste lärdomar som regionerna har lyft fram.

Baserat på litteraturgranskningen samt genomförda intervjuer med Region Kalmar, Region Sörmland, Region Västerbotten och Region Skåne är den sammantagna bedömningen att det inte finns en färdig mall för hur en växling bör genomföras, det är ett kontinuerligt arbete där man utvecklar lösningar och arbetssätt utifrån patientens behov över tid. Samtliga intervjurespondenter menar att utveckling- och implementeringsarbetet efter skatteväxlingarna har i många avseenden varit utmanande. Eftersom det inte finns ett generellt hemsjukvårdsavtal att utgå ifrån har regionerna tillsammans med kommunerna behövt arbeta med de tolkningsskillnader som uppstått.



Figur 10. Sammanfattande lärdomar från omvärldsanalys

Praktiska anvisningar och tilläggsavtal skapar tydlighet i ansvarsfördelning och utförande

Utformning och tillämplig av hemsjukvårdsavtalen i andra regionerna varierar och flera av avtalen har krävt både uppdateringar och förtydliganden sedan kommunaliseringarna genomfördes. Kalmar, Sörmland och Västerbotten har i efterhand tagit fram kompletterande dokument i form av praktiska anvisningar och vägledningsdokument för att förtydliga hemsjukvårdsavtalen. Anvisningarna beskriver mer i detalj hur olika moment ska genomföras. De praktiska anvisningarna har enligt regionerna skapat goda förutsättningar och underlättat arbetet för medarbetarna i många avseenden. Anvisningarna beskriver i flera fall tydligt hur ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunerna ser ut gällande exempelvis hembesök, rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Detta innebär att respektive profession kan få vägledning i frågor som kan vara svåra att tolka i avtalet.



Praktiska anvisningarna som komplement till hemsjukvårdsavtalet har verkligen underlättat för personalen i det vardagliga arbetet.

- Biträdande verksamhetschef, Region Västerbotten

Gemensam målbild utifrån patientperspektivet

Flera av intervjurespondenterna ser tillbaka på de tidigare skatteväxlingarna och menar att fokus vid växlingarna borde varit annorlunda. Mycket fokus var på de ekonomiska aspekterna i stället för att se växlingen utifrån patienternas perspektiv. De tillfrågade menar att man i efterhand insett vikten av att lyfta blicken och fokusera långsiktigt istället för att fastna på pågående problemen och utmaningar i verksamheterna. I Region Kalmar har en långsiktig gemensam målbild mellan regionen och kommunerna varit centralt för att tillsammans fokusera på det som skapar värde för patienterna. Även Region Sörmland betonade vikten av att fokusera på patientperspektivet i samband med omställning mot att fler och mer avancerade insatser utförs i hemmet. För att alltid ha patientperspektivet i fokus menar de tillfrågade att samarbetet mellan regionen och kommunerna måste fungera väl då hemsjukvården är ett viktigt område för hela regionen. Region Kalmar anser att man bör ha

samverkansavtal med gemensamma planer och mål som samtliga kommuner inom regionen kan ansluta sig till. Detta är särskilt viktigt för de mindre kommunerna som kan ta del av samverkansfördelar från de större kommunerna och vara delaktiga i att lösa länsöverskridande problem. Ett länsöverskridande samarbete innebär att mindre kommuner vid behov får stöd i det långsiktiga arbetet.

Regelbundna samverkansforum och gemensamma arbetsätt

Kommunaliseringen av hemsjukvården har ställt höga krav på samverkan mellan regioner och kommuner. En av de framgångsfaktorer som skapat betydande värde är regelbundna möten mellan olika verksamheter och professioner som träffas och diskuterar vårdrelaterade samt organisatoriska frågor. Kontinuerliga mötena är väsentligt för ett långsiktigt samarbete. Region Kalmar har startat initiativet "Oskar", en digital arena för dagliga videomöten för att främst diskutera utskrivningar men även för att diskutera förändrade patientbehov samt andra relevanta ärenden. Alla professioner närvarar vid mötet, både från kommun och region. Initialt var det Oskarshamns sjukhus och Oskarshamns kommun, men nu är även de mellersta och norra kommunerna med. De dagliga avstämningarna bidrar till en tät kommunikation mellan regionen och kommunerna och har generellt stärkt det interna samarbetet. Även Region Sörmland har samverkansgrupper med representanter från både kommun och region med såväl offentliga som privata aktörer. De arbetar löpande tillsammans med att ta fram gemensamma processer och arbetsätt.



Vårt uppdrag kräver att vi måste samverka mellan region och kommun. Vi måste hitta nya former och sätta en struktur för att få det hållbart, inte vara så fyrkantiga.

- Närvårdskoordinator, Region Sörmland

Tydligt ledarskap där medarbetare involveras

Intervjuerna framhäver även ledarskap och engagerade medarbetarna som framgångsfaktorer i pågående utvecklingsarbete. Skåne, Västerbotten, Kalmar och Sörmland lägger samtliga stor vikt vid ledarskapet hos cheferna och att de behöver ta ansvar för att lösa de utmaningarna som uppkommer inom verksamheterna samt göra de anpassningar som krävs för att utvecklas. Chefernas förmåga att hantera problem lokalt besparar mycket tid och resurser.

Ytterligare framgångsfaktor är att involvera medarbetare i utvecklingsarbetet. Det finns många medarbetare med stort engagemang och kompetens i sakfrågor och områden som bör involveras för att få så verksamhetsnära erfarenhet som möjligt. Flera av regionerna tar upp exempel på initiativ eller utvecklingsarbete som drivits av medarbetare med stöttning från ledning. Ett exempel från Västerbotten är den sammansatta arbetsgrupp som skapade vägledningsdokumentet (praktiska anvisningar). Insatta personer i hemsjukvården var delaktiga i framtagandet tillsammans med beslutsfattare. Samtliga regioner lägger stor vikt vid att våga satsa och ge utrymme för initiativ från sina medarbetare.

Tolkning av tröskelprincipen, enstaka hembesök samt specialistkompetenser i hemsjukvården

Enstaka hembesök, tolkning av tröskelprincipen samt hantering av specialistkompetenser är några av de områden inom hemsjukvården som utredningen särskilt diskuterat inom ramarna för omvärldsanalysen för att inhämta lärdomar och goda exempel.

Tolkning av *tröskelprincipen* och vem som har rätt till hemsjukvård har varit och är fortfarande ifrågasatt inom flera regioner. Trots att förtydligande av avtal och praktiska anvisningar har tagits fram som stöd i bedömningen finns det fortfarande delade meningar om hur tröskelprincipen ska tolkas. I Region Sörmland är utgångspunkten att patienten i första hand ska ta sig till en hälsocentral på egen hand eller med stöd av anhörig. Om patienten på grund av sjukdom, funktionshinder, eller social situation inte kan uppsöka en hälsocentral är hemsjukvård berättigad. Om tröskelprincipen inte går att tillämpa gör man en individuell bedömning av patientens förmåga att kunna ta sig till hälsocentralen. Vissa patienter kan exempelvis gå till hälsocentralen på sommaren men inte på vintern, och är därmed inskriven i hemsjukvården endast vintertid. In- och utskrivning till hemsjukvård bör vara en okomplicerad process för att enkelt kunna skriva ut och in patienter när behov ändras.

Ansvaret för *enstaka besök* till patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården har inom samtliga regioner, Skåne, Kalmar, Västerbotten och Sörmland, förts över till kommunerna i samband med kommunalisering av hemsjukvården. Vid enstaka besök övertas inte patientansvaret av kommunen, de enbart utför hälso- och sjukvårdsinsatsen i hemmet. Då flera olika instanser kan initiera enstaka hembesök, exempelvis hälsocentraler, 1177 och ambulanser, ställer det höga krav på hemsjukvårdens personal då det inte har någon tidigare kännedom eller direkt kontakt till patientens journal. Enligt de tillfrågade regionerna i omvärldsanalysen fungerar de enstaka hembesök bra men poängterar att det är viktigt att insatserna från initierande varsamhet är tydligt definierade med start och stoppunkt samt med skriftlig ordination på vad det är som ska göras. Det är även viktigt att det finns en tydlig kontaktväg till läkare vid behov, oavsett tid på dygnet. I hemsjukvårdavtalet samt rutinbeskrivningar är det även viktigt att skilja på planerade och oplanerade enstaka hembesök.

Vidare diskuterades frågan om huruvida man bör växla *specialistkompetenser* till hemsjukvården eller inte. De specialistkompetenser som diskuterades var bland annat dietister, logopedier, kuratorer och psykologer samt specialistsjuksköterskor. I regionernas hemsjukvårdsavtal framgår det inte tydligt hur regionerna involverar specialistkompetenser i hemsjukvården. Under intervjuerna beskriver regionerna att man vid kommunalisering av hemsjukvården enbart växlade över de kompetenser som genomför majoriteten av hemsjukvårdsbesök och inte de kompetenser där man ansåg att uppdraget vara för litet inom hemsjukvården. Under senare år har en del större kommuner anställt sina egna specialistkompetenser vid behov, exempelvis Umeå kommun har idag två dietister anställda i kommunen då man ansåg att det fanns ett stort behov.

4. Sammanfattande slutsatser

Syftet med utredningen har varit att undersöka konsekvenser vid en tröskelväxling av hemsjukvården för att kunna utgöra ett fullgott underlag för att ett politiskt beslut ska kunna tas i Region Gävleborg samt var och en av länets kommuner. Utredningen har belyst frågeställningarna utifrån fyra perspektiv; patient, personal och kompetens, organisation och samverkan samt ekonomi. Samtliga kommuner, primärvård och specialistsjukvård inom regionen har ingått i den fördjupade utredningen.

Kommunal hälso- och sjukvård är omfattande och växer i takt med att fler får vård och omsorg i ordinärt boende. De flesta patienter i denna vårdform är äldre personer som allt oftare har komplexa vårdbehov som kräver mer och mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. Den utveckling som pågår

inom hemsjukvården sammanfaller väl med de resultat och slutsatser som framkommit under utredningen. En tröskelväxling av hemsjukvården där kommunerna får det samlande uppdrag är ett viktigt steg i att bemöta den framtida utvecklingen inom hemsjukvården och i linje med omställningen mot en god och nära vård.

Den fördjupade utredningen har kommit fram till följande huvudsakliga slutsatser:

1. De intervjuade från kommuner och region är positiva till en tröskelväxling, men betonar vikten av att kommunerna behöver få rätt förutsättningar för att bedriva ett utökat uppdrag i form av ekonomi, resurser och rätt kompetens.
2. En tröskelväxling kommer i synnerhet att gynna patienterna genom en tryggare och säkrare vård med bättre kontinuitet och en smidigare inskrivningsprocess till hemsjukvården.
3. Det kan även innebära en tydligare ansvarsfördelning mellan regionen och kommunerna samt ett mer resurseffektivt arbetssätt. Detta kan i sin tur generera viktiga besparingar för regionen i form av exempelvis minskade akuta besök och inläggningar.
4. Utöver att tillräckligt med resurser behöver växlas från region till kommuner så behöver kommunerna arbeta med kompetensutveckling samt säkra tillgång till specialistkompetenser. Detta är en viktig och stor utmaning där genomförandet av växlingen blir avgörande.
5. Ur ett ekonomiskt perspektiv är det cirka 64 miljoner kronor som återstår att växlas till kommunerna vilket motsvarar ca 18% av de totala hemsjukvårdskostnaderna.
6. En tröskelväxling bör även ta hänsyn till den framtida kostnadsutvecklingen inom hemsjukvården drivet av en åldrande befolkning, ett ökat fokus på en nära vård och teknisk utveckling. Uppskattningen är att kostnaderna för kommunerna kan öka med 5 till 8% per år de närmsta 10 åren, och det är därför viktigt att tröskelväxlingen tar hänsyn till denna framtida utveckling för att säkerställa att kommunerna får rätt förutsättningar.
7. Arbetet kring en god och nära vård stärker behovet av en växling där vården kommer närmare patienten och ger förutsättningar för att förbättra samverkan mellan region och kommunerna.
8. Informationsöverföring mellan region och kommuner är en viktig utmaning som inte kommer att lösa sig automatiskt av en tröskelväxling. Ett gemensamt journalsystem ligger inte i närtid enligt regionledningens plan, men det finns befintliga lösningar såsom NPÖ (Nationell Patientöversikt). Kommunerna behöver fortsätta att arbeta med att implementera och använda dessa lösningar i större utsträckning.
9. Baserat på lärdomar från andra regioners växling finns det inte en färdig mall för hur en växling bör genomföras, men flera goda exempel på hur regionerna tillsammans med kommunerna har utvecklat gemensamma lösningar och nya arbetssätt utifrån patientens behov. Exempel inkluderar praktiska anvisningar och regelbundna samverkansmöten.
10. Trots att mycket kan förbättras av en tröskelväxling, finns det fortfarande områden som regionen och kommunerna behöver fortsätta att förbättra, exempelvis läkarmedverkan, informationsöverföring och samverkan mellan region och kommuner. Dessa listas mer i detaljerat under rekommendationer.

5. Rekommendationer och nästa steg

Innan en tröskelväxling kan genomföras, behöver ett förberedande arbete utföras av regionen och kommunerna

Resultatet från denna fördjupade utredning bekräftar Nätverk Valfärds redan positiva syn om att genomföra en tröskelväxling som framkom av utredningen som genomfördes år 2020 av Nätverk Valfärds arbetsgrupp¹⁶. Många av de fördelar och nackdelar som framkom av den utredningen har granskats vidare och utvecklats i de olika perspektiven utredningen har beaktat. Med utgångspunkt i de analyser som genomförts, har ett antal rekommendationer tagits fram som visar vilka aktiviteter som bör prioriteras vid ett positivt beslut. Ett förslag på process för fortsatt arbete innehållande sammanställning av rekommendationerna presenteras enligt figur 11 med tillhörande uppskattad tidsåtgång. Vidare lämnas rekommendationer på områden som utredningen anser vara framgångsfaktorer för tröskelväxlingen och det efterföljande arbetet med etableringen av den förändrade verksamheten. Dessa aktiviteter är inte beroende av en tröskelväxling med rekommenderas att genomförs även vid ett negativt beslut.

Rekommenderade aktiviteter vid ett positivt beslut om tröskelväxling:

1. **Definiera och besluta omfattning av växling och ansvarsfördelning** är en grundförutsättning för att en växling ska kunna genomföras. Idag råder det delade meningar om exakt vad som ska växlas över och inte. Utredningens analyser har lyft fram de områden som föreslås att växlas över och framhäver även att vid beslut om en växling behöver regionen och kommunerna komma överens om en gemensam definition av tröskelprincipen som utgångspunkt för vilka patienter som ingår i hemsjukvården.
2. **Beräkna den ekonomiska regleringen med skatteväxlingsnivå och omfördelning per kommun.** De ekonomiska underlagen inför beräkningen av skattenivån bör även ta hänsyn till framtida kostnadsutveckling för hemsjukvården för att ge en rättvis bild av växlingens omfattning.
3. **Framtagande av ett nytt hemsjukvårdsavtal och praktiska anvisningar** när förtydligande av nya ansvarsområden samt vad som ska växlas över har beslutats. Det är viktigt att ett nytt avtal tydligt beskriver regionens och kommunernas ansvar samt de områden där samverkansavtal har avtalats. Utredningen ser även utveckling av praktiska anvisningar där behovs finns för att förtydliga och förstärka det som står i avtalet samt kartlägga patientflöden för att på enkelt sätt kunna illustrera för medarbetarna olika vägar patienterna kan ta inom hemsjukvården för att enklare kunna fatta vissa beslut.
4. **Förbereda och genomföra praktisk överföring av hemsjukvård till kommunerna**, det första praktiska steget i processen efter att beslutat kring omfattning av växlingen. Steget ansvaras av tillsatta arbetsgrupper för att skapa en smidig och tydlig övergång som förankras i verksamheterna. Ett viktigt steg i processen där genomförandet når ut till verksamheterna i kommunerna.

¹⁶ Utredningen kring fördelar och nackdelar med en "tröskelväxling", 2020

5. **Genomför faktisk skatteväxling utifrån ekonomiska villkor** baserat på utredningens underlag samt eventuella kompletterande beräkningar. Underlaget förankras med beslutfattare och räknas sedan om med standardiserad skatteväxlingsmetod genom SKR.
6. **Fortsätta arbeta med att utveckla samarbetet mellan region och kommunerna.** Många av dagens utmaningar är inte beroende utav en tröskelväxling och behöver således bli bättre oavsett för att uppnå en bättre vård och arbetssituation för medarbetarna. Det behövs vidareutveckla det redan pågående arbete som redan genomförts och identifiera rätt former för samverkan, metoder och gemensamma arbetssätt. Exempel på dessa är olika former av samverkansforum regelbundna möten kring SIPar och diskussionsforum mellan olika vårdgivare och professioner.

Ytterligare områden har identifierats som framgångsfaktorer för att förbättra driften och uppföljningen av hemsjukvården

En fördjupad utredning kring ansvar- och kostnadsfördelning av hjälpmedel krävs för att förskrivning och samordning av hjälpmedel ska bli tydligare och enklare att försått för medarbetarna. Det är en central fråga för hemsjukvården och viktigt att regionen och kommunerna ser över och förtydligar.

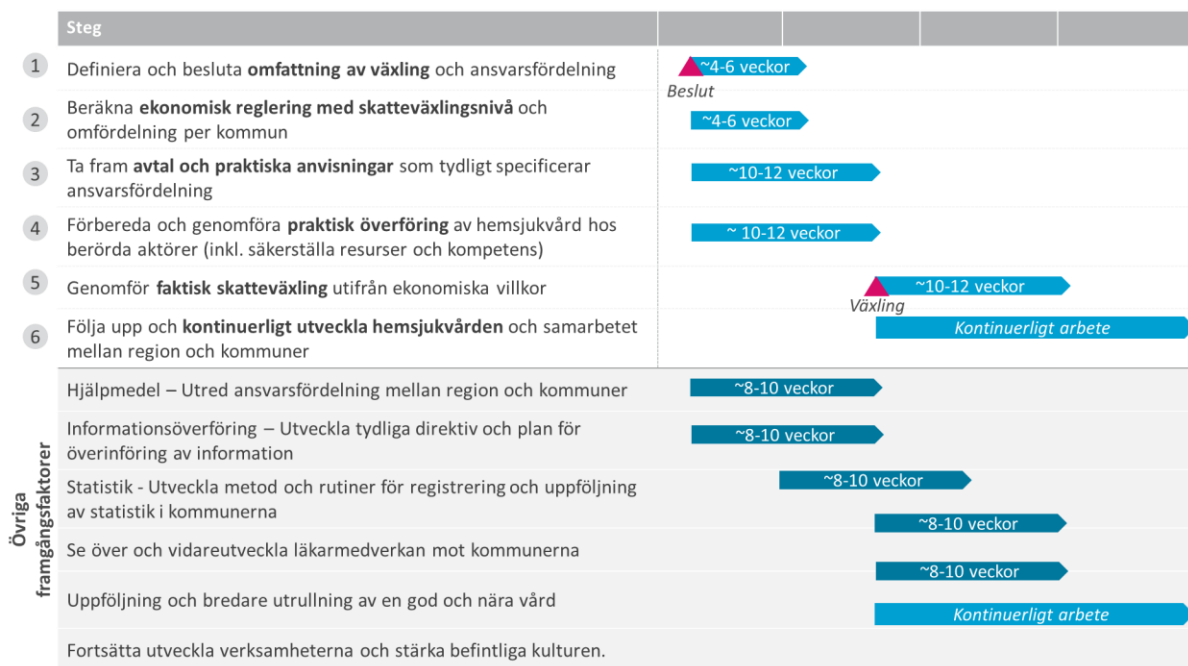
Utveckla tydliga direktiv och plan för informationsöverföring är nödvändigt för att kunna hantera problematiken med flera journalsystem som fortsatt kommer vara en utmaning. Det är viktigt att regionen och kommunerna fortsätter pågående arbete med att hitta fungerande arbetssätt, även med de kommunikationsmedel som finns idag, för att effektivt kommunicera och dela information mellan varandra.

Utveckla metod och rutiner för kontinuerlig registrering och uppföljning av statistik i kommunerna ser utredningen som en förutsättning för att skapa ett mer grundligt underlag för beslut exempelvis gällande både ekonomi och resurserallokering. Utredningen har påvisat behovet av att föra statistik då många av de kostnader som finns i både region och kommun inte går att koppla till antal utförda insatser.

Se över möjligheter för utökad läkarmedverkan mot kommunerna. Många kommuner efterfrågar ökad tillgänglighet till läkare och önskar att läkarna avsätter tid för frågor, rond och hembesök till hemsjukvårdspatienter. En fördjupad utredning kring läkarmedverkan kan lyfta fram mer konkret vad kommunerna efterfrågar samt bearbeta förslag på förbättringar.

Uppföljning och bredare utrullning av en god och nära vård. Det är viktigt att kunna identifiera effekterna som en omställning till en nära vård innebär både från ett ekonomiskt- och vårdperspektiv. Detta för att kunna genomföra en bredare utrullning av olika initiativ. Många av de förebyggande initiativen inom nära vård innebär besparingar för vården, främst de preventiva insatserna som minskar antalet slutenvårdsinläggningar och akutmottagningsbesök. Även en bredare förankring av arbetet kring en god och nära vård i kommunerna behöver ses över.

Fortsätta utveckla verksamheterna och stärka befintliga kulturen. Det är ett pågående arbete som behöver fortsätta framöver för att arbeta vidare med de utmaningar som framkommit under utredningen och inför en eventuell växling. Vid en organisationsförändring där det redan idag finns en otydlighet och osäkerhet kommer verksamheterna behöva anpassa sig till det nya utökade uppdraget.

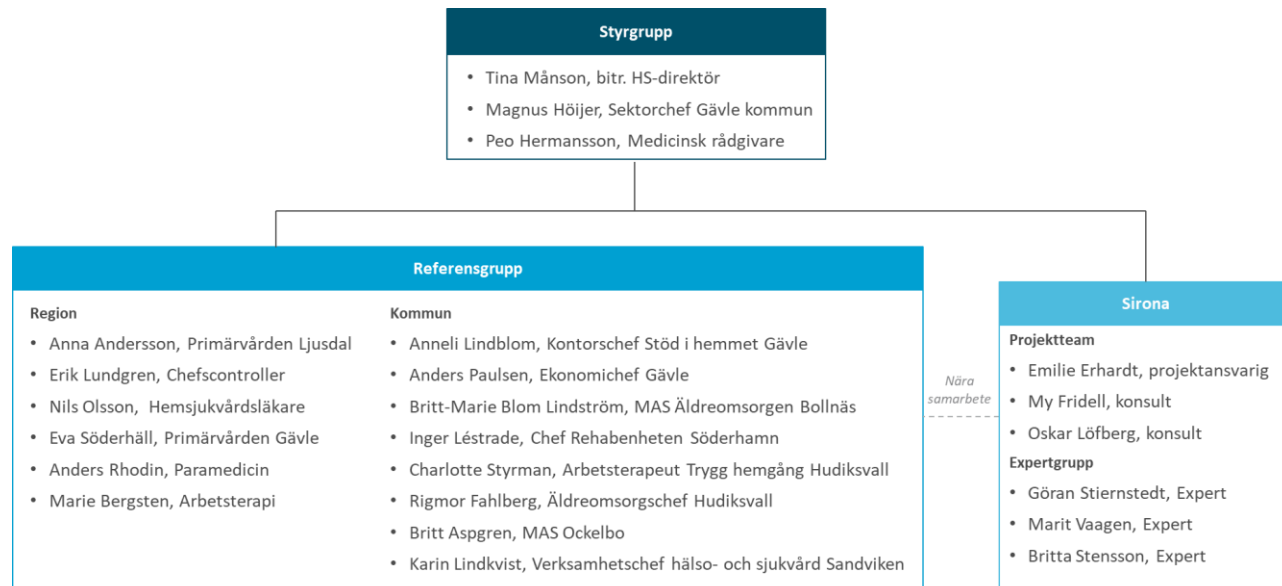


Figur 11. Förslag på genomförandeprocess vid ett positivt beslut om tröskelväxling

Slutligen så bör en genomförandeorganisation etableras vid ett positivt beslut, som ansvarar för att de rekommenderade aktiviteterna genomförs. En sammanhållen organisation med engagerade medarbetare som ser en helhet i processen och tydlig målbild för hur tröskelväxlingen ska se ut. Organisationen ska förutom se helheten även kunna utföra och driva igenom delar av processen och visa framdrift samt även engagera medarbetarna i förändringsarbetet.

Appendix

Bilaga 1 – Projektorganisation för utredningen



Bilaga 2 – Lista över områden som är relevanta att växla

Följande områden har diskuterats som relevanta att växla under intervjuer och i referensgruppen.

Områden	Ansvarsområden idag	
	Region	Kommuner
Hemsjukvårdsbesök (första 14 dagarna / kortvarigt behov) <i>(på sjuksköterske-, fysioterapeut- och arbetsterapeutsnivå)</i>	✓	
Enstaka hembesök <i>(på sjuksköterske-, fysioterapeut- och arbetsterapeutsnivå)</i>	✓	
Rehabilitering och habilitering inom LSS <i>(LSS boenden där kommunerna redan har sjuksköterska)</i>	✓	
Hjälpmedel (första 14 dagarna) <i>(förskrivning, kostnader, utprovning)</i>	✓	
Psykiatri – inom hemsjukvården <i>(psykiatriska sjukvårds- och omvårdnadsinsatser)</i>	✓	✓
Specialistfunktioner		
• Dietist	✓	
• Logoped	✓	
• Kurator	✓	
• Psykolog	✓	
Specialistkompetenser		
• Diabeteskompetens	✓	
• KOL-kompetens	✓	
Demensutredningar	✓	✓
Bostadsanpassningar	✓	✓
Utomlänspatienter	✓	✓

Bilaga 3 – Sammanställning av antal intervjuer per område och yrkeskategori

Tabell 1: Sammanställning av antal genomföra intervjuer per område

Organisation / verksamhet	Yrkeskategorier	Antal intervjuer
Kommuner	Sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, vårdkoordinatorer, MAS, MAR, biståndshandläggare, hemtjänst och verksamhets- och enhetschefer.	36
Primärvården	Sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, läkare, vårdplanerare/-koordinator och verksamhets- och enhetschefer. Både offentliga och privata hälsocentraler har inkluderats.	21
Specialistsjukvården	Ett flertal avdelningar inom specialistsjukvården har intervjuats, bl.a. paramedicin, palliativa teamet, strokeenheten, neurologmottagningen. Sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, läkare, vårdplanerare och verksamhets- och enhetschefer.	10
Patienter / Anhöriga	Patienter med olika diagnoser och sjukdomstillstånd. Samtliga inskrivna i hemsjukvården.	10
Tjänstemän & 1177	Utvecklingsdirektör, bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör, kvalitetskontroller på Hälsovalskontoret, samt medarbetare och chef på 1177.	5

Bilaga 4 – Intervjuguide till medarbetare och chefer

Bakgrund:

1. Berätta kort om din bakgrund (yrke, kommun, region, verksamhet, tidigare utredningar, skatteväxling)

Samverkan:

2. Hur upplever du att ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunerna inom hemsjukvården fungerar idag?
3. Hur skulle du önska att samverkan såg ut mellan regionen och kommunerna? (Vad behöver man förändra?)
4. Hur ser rutiner för samverkan mellan hemsjukvården, primärvården och slutenvården ut?

5. Hur fungerar informationsöverföringen mellan primärvården, slutenvården hemsjukvården idag?
6. Hur fungerar det nuvarande IT-stödet? (Om det finns brister, hur skulle IT-stödet kunna förbättras?)
7. Hur skulle en tröskelväxling påverka samverkan mellan region och kommunerna enligt dig?

Personal och kompetens:

8. Hur fungerar samarbetet mellan personal från hemsjukvården, primärvården och slutenvården idag?
9. Hur upplever du att rutinerna kring vårdplanen/SIP fungerar, inför att patienten skrivs in i hemsjukvården?
10. Hur fungerar läkarmedverkan inom hemsjukvården enligt din uppfattning? (Om det finns brister, hur skulle läkarmedverkan kunna förbättras?)
11. Till läkare: Anser du att du som läkare har tillräckligt med tid för dina hemsjukvårdspatienter?
12. Vid en eventuell tröskelväxling, vilka kompetenser behöver föras över till kommunerna från regionen?
13. Hur bedömer du möjligheterna vara för kommunerna att rekrytera, upprätthålla och utveckla kompetens? (Hur ser det framtida behovet ut?)

Patient:

14. Hur går bedömningen till vid inskrivning av hemsjukvård? Hur ofta gör man undantag ifrån de kriterier som finns idag?
15. Vilka reaktioner/synpunkter har du mött från patienter om hur hemsjukvården fungerar?
16. Hur skulle patienterna enligt dig påverkas av en eventuell tröskelväxling? (skulle det bli bättre eller sämre? Varför?)

Övrigt:

17. Vilka grundläggande faktorer behöver lösas för att förbättra hemsjukvården inför en tröskelväxling? Oavsett tröskelväxling?
18. Hur upplever du att hemsjukvården fungerar i din kommun i jämförelse med andra kommuner inom hemsjukvården?
19. Hur skulle hemsjukvården kunna använda sig av digitala vårdmöten tror du? Vilka svårigheter kan uppstå, och hur kan/bör dessa eventuellt lösas?
20. Är det något du vill tillägga, som du inte tycker kommit fram i intervjun?

Bilaga 5 – Intervjuguide till patienter

Kort introduktion till utredningen och varför det är viktig för oss att förmedla patienternas upplevelse och perspektiv på hemsjukvården.

1. Vilken typ av sjukvård får du i hemmet? (besök av sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast)
2. Får du även hjälp av hemtjänsten? (exv städning, tvätt, personlig omvårdnad) (vet patienten skillnaden mellan hemsjukvård och hemtjänst?)
3. Hur upplever du att den vård du får i hemmet fungerar?
4. Hur många hembesök får du i veckan / månaden ungefär? Och vem utför hembesöken?
5. Hur ofta får du hembesök av läkare och hur upplever du att det fungerar?
6. Hur upplevde du att själva inskrivning i hemsjukvården fungerade? (fråga ffa till anhörig)
7. Känner du dig trygg / nöjd med den vård du får i hemmet? (Om inte, vad önskar du skulle fungera bättre?)
8. Om du behöver komma i kontakt med de som ger dig hemsjukvård, vem kontakter du då?
9. När du får akuta besvär, vem kontaktar du då?
10. Är det något du vill tillägga, som du inte tycker kommit fram i intervjun?

Bilaga 6 – Lista över intervjurespondenter

Nr	Namn	Organisation	Verksamhet	Yrkesroll
1	Ahlmen Carina	Sandviken kommun	Omsorgsförvaltningen	MAR
2	Andersson Elisabeth	Ovanåker kommun	Hemsjukvården	Enhetschef Sjuksköterskor
3	Axlund Susanne	Ockelbo kommun	Hemsjukvården	Distriktsjuksköterska
4	Backström Tysklind Annika	Bollnäs kommun	Socialförvaltning	Enhetschef för hemsjukvården
5	Bertils Susanna	Nordanstig kommun	Hemsjukvården	Enhetschef
6	Björklund Susanna	Regionen	Regionledning	Bitr Hälsa- och sjukvårdsdirektör
7	Björklund Jönsson Emelie	Slutenvården	Nerulogmottagning	VEC neurologmottagning
8	Bjurström Eva	Ljusdal kommun	Hemsjukvården	Enhetschef sjuksköterskor
9	Bood Maria	Regionen	Projektledare flerfunktionsteam	Hälsovalskontoret
10	Boström Carina	Gävle Kommun	Hemsjukvård	Arbetsterapeut
11	Carlson Pernilla	Regionen	Doktorama PV	Fysioterapeut
12	Ceder Christina	Regionen	Ovanåker Din Hälsocentral - Västra Gästrikland	Vårdenhetschef
13	Eliasson Torun	Privat	Aleris Hälsocentral Bollnäs och Voxnadalen	Arbetsterapeut
14	Elmelind Margareta	Regionen	Kvalitetskontroller	Hälsovalet
15	Enqvist Linn	Gävle Kommun	Hemsjukvården	Fysioterapeut
16	Eriksson Björn	Regionen	Primärvården	Läkare
17	Finnström Anna	Nordanstig kommun	Hemsjukvården	MAS
18	Gustavsson Katarina	Hudiksvall kommun	Hemsjukvården	Sjuksköterska
19	Haglund Andersson Mikaela	Slutenvården	Arbetsterapi specialistvård Hudiksvall	Arbetsterapeut
20	Hård Karolina	Slutenvården	Strokeenheten	VEC Strokeenheten
21	Hartung Elisabeth	Regionen	Valbo Hälsocentral	Vårdenhetschef
22	Hellman Johanna	Slutenvården	Arbetsterapi Specialistvård Gävle	Vårdplanerare
23	Hill Robert	Privat	Doktorama (privat PV)	Verksamhetschef och VD
24	Hillgren Mattsson Annika	Slutenvården	Specialmedicin	VEC specialmedicin
25	Holm Katarina	Slutenvården	Fysioterapi specialistvård Hudiksvall	Fysioterapeut
26	Holmgren Malin	Slutenvården	Palliativa Teamet	Palliativa Team
27	Holmström Camilla	Ljusdal kommun	Hemsjukvården	Samordningssjuksköterska

28	Isaksson Anna	Bollnäs kommun	Hemsjukvård	Arbetsterapeut
29	Israels Sara	Hofors kommun	Hemsjukvården	Fysioterapeut
30	Ivarsson Lena	Regionen	Edsbyn Din Hälsocentral	Arbetsterapeut
31	Jansson Eva	Privat	Varvet Hälsocentral	Övergripande ansvar för Varvet Hälsocentral
32	Karlsson Johan	Hudiksvall kommun	Hemsjukvården	Enhetschef hemsjukvården
33	Knardal Sigrid	Regionen	Ljusdals Hälsocentral	DSK
34	Kultti Martina	Privat	Dokorama PV	Arbetsterapeut
35	Lidberg Tarja	Sandviken kommun	Enheten för hemsjukvård	Enhetschef för hemsjukvården
36	Lindqvist Annelie	Bollnäs kommun	Hemsjukvård och hemtjänst	Verksamhetschef
37	Löjdström Birgitta	Söderhamn kommun	Hemtjänst och hemsjukvård	Verksamhetschef
38	Lövgren Elisabeth	Nordanstig kommun	Myndighetskontoret	Biståndshandläggare
39	Lundberg Åsa	Slutenvården	Nerulogmottagning	Sjuksköterska
40	Malmström Kristina	Sandviken kommun	Förvaltning	Biståndshandläggare
41	Marguiles Jonna	Hudiksvall kommun (samt Nordanstig och Ljusdal)	Myndighetskontoret, Hudiksvalls kommun	MAR
42	Melander Per	Regionen	Ljusdals Hälsocentral	Läkare
43	Moden Kerstin	Hofors kommun	Kvalitet och HSL	Enhetschef SSK- och rehabteam
44	Myrseth Trond	Hudiksvall kommun	Myndighetskontoret	Vårdkoordinator/sjuksköterska
45	Nilsson Kristina	Ljusdal kommun	Handläggarenheten	Biståndshandläggare
46	Nilsson Jennice	Privat	Premicare PV	Arbetsterapeut
47	Nilsson Simon	Regionen	Regionledning	Utvecklingsdirektör
48	Nordenhjelm Sara	Ovanåker kommun	Hemsjukvården	MAS
49	Nylen Nilsson Carola	Slutenvården	Palliativa Teamet	Överläkare
50	Nyström Andrea	Regionen	Ljusdals Hälsocentral	Fysioterapeut
51	Onelius Erik	Slutenvården	Ledningsstöd	Hjälpmedelsamordnare
52	Polme Helen	Gävle Kommun	Hemsjukvård	Verksamhetschef
53	Porling Anna-Maria	Hofors kommun	Hemsjukvården	Sjuksköterska
54	Quint Maria	Regionen	Ljusdals Hälsocentral/Familjeläkarjouren	Vårdenhetschef
55	Roos Monica	Söderhamn kommun	Myndighetsenheten	Verksamhetschef
56	Schenström Lena	Ockelbo kommun	Hemsjukvården	Arbetsterapeut
57	Sjöblom Susanne	Regionen	Valbo Hälsocentral	Distriktssköterska
58	Stålberg Johanna	Ockelbo kommun	Hemtjänsten	Enhetschef Hemtjänsten

59	Stenlund Mikael	Privat	Premicare	VD
60	Stistrup Katarina	Gävle Kommun	Sektor Gävle kommun	Bitr Sektorchef
61	Storing Johanna	Gävle Kommun	Hemsjukvården	MAR
62	Strand Linda	Hofors kommun	Hemsjukvården	Arbetsterapeut
63	Undvall Marianne	Söderhamn kommun	Omvårdnadsförvaltningen	MAS
64	Viden Märten	Söderhamn kommun	Rehabenheten	Fysioterapeut
65	von Greber Vallbom Gabriella	Regionen	Primärvården Västra Gästrikland	Distriktsköterska
66	Welander Ann	Regionen	Gävle Strand Din hälsocentral	Läkare
67	Zackrisson Jenny	Regionen	Västra Gästrikland - PV	Arbetsterapeut
68	Åsberg Ingrid	Regionen	1177	Sjuksköterska
69	Öqvist Malin	Ovanåker kommun	Hemsjukvården	Enhetschef Rehab
70	Öqvist Peter	Slutenvården	Arbetsterapi Specialistvård Gävle	Arbetsterapeut
71	Öst Backa Maria	Regionen	1177	
72	Östling Linda	Ockelbo kommun	Hemsjukvården	Sjuksköterska

Not: 10 patienter har intervjuats och är anonyma och därmed inte inkluderade i tabellen ovan.

Bilaga 7 – Ekonomiska beräkningar

Primärvårdens kostnader och volymer

För att beräkna regionens kostnader för hemsjukvården sammanställdes personalkostnader, hjälpmedelskostnader samt övriga kostnader¹⁷. Personalkostnader beräknades genom att utifrån registrerade besök och estimerad tidsåtgång per besök sammanställa antal årsarbetare per yrkeskategori. Totalt antal timmar per årsanställd beräknades till 1 760 timmar¹⁸ inklusive semester, sjukfrånvaro samt vård av barn.

Tid per besök estimerades till 1,5 timme för sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut och 2,5 timme för arbetsterapeut utifrån en enkätundersökning som skickades till samtliga kommuner. Personalkostnaderna beräknades sedan genom att multiplicera antalet årsanställda med en snittkostnad per yrkeskategorier. Övriga kostnader som inkluderades var lokalkostnader, administrativa tjänster (såsom ekonomi, HR, inköp och kommunikation), kostnader för IT system, IT support samt övriga verksamhetssystem. Även bilkostnader för hyra av leasingbilar, fordonskatt inkluderades. Primärvårdens hjälpmedelskostnader kopplade till hemsjukvården och till LSS går inte att urskilja från primärvårdens övriga hjälpmedelskostnader. Baserat på en lista över hjälpmedel som hyrs av

¹⁷ Statistik inhämtades från primärvårdens system i Region Gävleborg

¹⁸ Antal timmar för årsarbetare är baserat på Region Gävleborgs estimat för en netto årsarbetare

primärvården (inklusive köp och tjänster) markerades de vanligaste hjälpmedel som används inom hemsjukvården och inom LSS för på så vis få en uppfattning om av vad kostnaderna innebär. Mer exakta beräkningar behöver genomföras. Hjälpmedelskostnader kopplade till elrullstolar redovisas däremot separat då det utgör en betydande del av hjälpmedelskostnaderna.

Kommunernas kostnader och volymer

Kommunernas kostnader kopplade till hemsjukvården beräknades för att ta reda på hur stor andel av hemsjukvårdens totala kostnader som kvarstår i regionen. Kostnader beräknas utifrån insamlad statistik från kommunerna uppdelat på personalkostnader och övriga kostnader (utrustning, hjälpmedel, IT, lokaler och transport). För de områden där kostnader saknades togs estimat fram baserat på statistik från andra kommuner. Kommunernas volymer är baserat på antal inskrivna patienter omräknat till antal besök per patient per månad. Detta baserades på underlag från Gävle kommun, enkätundersökning och jämförelser med andra regioner då enbart Gävle kommun i dagsläget registrerar besök inom hemsjukvården. Antal besök per patient per månad estimerades till 8 besök. Årsarbetare i Hofors, Ljusdal och Ovanåker är baserat på estimat från andra kommuner då årsarbetare inte kunde redovisas.

Framtida kostnadsutveckling

Vidare beräknades kostnadsutvecklingen för hemsjukvården i tre framtidsscenario fram till 2030 för att få en uppskattning om hur kostnaderna för hemsjukvården kommer att utvecklas. Framtidsscenarioerna beräknas utifrån demografisk utveckling, inflation och ett ökat fokus på nära vård, teknisk utveckling och ökad tillgänglighet. Samtliga tre scenarion har baserats på en prognos för demografisk utveckling samt justerats för inflationsutveckling fram till 2030. Utöver demografisk utveckling och inflation, har medel och högt scenario, inkluderat en framtida utveckling av nära vård, en ökad tillgänglighet (exv. öppet dygnet runt) samt att andelen inskrivna 80+ år ökar. Även hjälpmedelskostnader har estimerats att öka i takt med totala kostnader. Dessa parametrar skulle öka kostnaderna för framtida hemsjukvård i Gävleborg. I tillägg har teknisk utveckling inkluderats, dock har denna parameter antagits påverka kostnaderna negativt i takt med att exempelvis egenmonitorering och digitala lösningar minskar behovet av fysiska möten.

Bilaga 8 – Källförteckning

- Socialstyrelsens termbank: <https://termbank.socialstyrelsen.se/#results>
- Region Sörmland – Avtal kommunalisering av hemsjukvård, <https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/narvard/avtal-riktlinjer-och-overenskommelser/>
- Betänkande av utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård, Regeringen, 2008
- Socialstyrelsen – Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport, 2020
- Kommunaliseringen av hemsjukvården i Gävleborg: En utvärdering efter ändringen av huvudmannaskap, 2015
- Översyn av avtal för hemsjukvård i Gävleborgs län, Public Partners, 2017
- Statistik inhämtat från samtliga kommuner, primärvården och Hjälpmedel SAM, 2021
- Data inhämtat från Statistiska centralbyrån, 2021
- Utredningen kring fördelar och nackdelar med en ”tröskelväxling”, 2020