

Kommunal hälso- och  
sjukvård i  
Västernorrland  
En kartläggning

## Innehåll

Sammanfattning .....	3
Bakgrund.....	5
Definition av primärvård och närsjukvårdsteam.....	6
Primärvårdens roll .....	7
Mobila team .....	7
Genomförande .....	8
Syfte .....	8
Metod .....	8
Bortfall .....	8
Organisation .....	8
Resultat kartläggning.....	9
Antal verksamheter och patienter i kommunal regi med HSL-beslut.....	10
Berörda verksamheter.....	12
Kommuners organisation för hälso- och sjukvård .....	12
Region .....	13
Rutiner för samverkan mellan kommunal och regional primärvård.....	17
Bakgrund.....	17
Avtal om läkarmedverkan .....	21
Samarbetet i praktiken – en kartläggning .....	23
Samverkan på enhetschefs- och verksamhetschefs nivå .....	24

## Sammanfattning

En kartläggning gjorts över omfattningen av kommunal hälso- och sjukvård i länet, hur den är organiserad och hur parterna upplever de nuvarande formerna för samverkan.

Samtliga kommuners medicinska sjuksköterskor (MAS) och vårdcentralers verksamhetschefer har kontaktats och fått möjlighet att svara via videomöte eller mejl. Svar har inkommit från samtliga, utom en vårdcentral.

I Västernorrlands län bor 59 000 personer som är 65 år eller äldre. 9 000 av dem är över 80 år. I flera av kommunerna kommer antalet över 80 år att öka dramatiskt de kommande tio åren. I några av kommunerna är antalet personer över 80 år som flest nu.

49 000 personer klarar sig i stort sett själva, men 10 000 av dem har insatser i form av hemtjänst. 7 000 personer har kommunal hälso- och sjukvård i form av hemsjukvård och 2 900 personer bor på särskilt boende.

Totalt har kommunerna i Västernorrlands län närmare 600 tjänster gällande legitimerad personal. Samtliga kommuner har organiserat hälso- och sjukvården i särskilda enheter, skilda från hemtjänstenheter och särskilt boende. Hälso- och sjukvården leds i varje kommun av en verksamhetschef.

Den regionala primärvården är organiserad genom 31 vårdcentraler. Via vårdvalssystemet finns möjlighet för privata vårdgivare att etablera sig i Västernorrland. För närvarande är det 12 vårdcentraler som drivs i privat regi och 19 vårdcentraler med Region Västernorrland som vårdgivare.

Flera intervjuade upplever att hemsjukvården är en osynlig verksamhet som vuxit ordentligt under de senaste tio åren. Det upplevs också finnas mer inarbetade rutiner och en gemensam uppfattning vad det gäller den kommunala hälso- och sjukvården på särskilt boende, jämfört med hemsjukvården och LSS.

Över åren har berörd personal bytts ut. Personer som deltog i arbetet med nya ansvarsgränser har gått i pension eller av andra skäl slutat sin tjänst. Flera intervjuade uttrycker frustration över en stor personalrotation hos den andra vårdgivaren. Både kommuner och Regionen har genomfört större omorganisationer utan att konsekvenserna för det delade patientansvaret har tydliggjorts, med sämre

personkontinuitet som följd. Införandet av länskliniker hade stor påverkan på samverkansformerna mellan kommunerna, primärvården och slutenvården.

Enligt avtalet ska grundnivån för läkarinsatser på särskilt boende för äldre vara minst 1 läkartimme per 10 patienter och vecka. För korttidsboende där det medicinska ansvaret kan vara stort beräknas 1 läkartimme per 6 patienter och vecka. Med 2 948 personer på särskilt boende, och årsarbetstiden för en läkare beräknas till 1 700 timmar innebär det att 15 läkartjänster på heltid åtgår för läkarinsatser på särskilt boende. Någon uppdelning mellan särskilt boende och korttidsboende har inte gjorts i sammanställningen utan beräkningen av antalet läkartjänster utgår från 1 läkartimme per 10 patienter och vecka.

Enligt avtalet ska läkarmedverkan för patienter i kommunal hemsjukvård vara likvärdig med läkarmedverkan i särskilt boende. Det görs olika tolkningar i länet vad det här innebär. I den lokala överenskommelsen i Sollefteå kommun har samma tidsåtgång angivits, dvs 1 läkartimme per 10 patienter och vecka. På andra håll är tolkningen att det ska finnas avsatt tid hos läkaren för kommunsjuksköterskornas konsultation t ex en timme per vecka. Om avtalet ska tolkas lika dvs 1 läkartimme per 10 patienter och vecka, innebär det 30 ytterligare läkartjänster för konsultation med ansvarig kommunsjuksköterska, direktkontakt vid akuta behov, hembesök, uppföljning av behandlingsinsatser, administrativ tid samt årliga uppföljningar av läkemedelsordinationer.

Samtliga kommuner anser att vårdcentralernas läkarmedverkan inte fungerar. I intervjuerna framkom att det är svårt att få någon riktig uppföljning över den faktiska tidsåtgången för uppdraget. Det saknas instrument för systematisk uppföljning. På flera håll är det en hög vakans på läkartjänsterna, och flera vårdcentraler och kommuner har enats om digital medverkan från läkaren t ex vid veckoronden på särskilt boende. Det uttrycks inte något missnöje med lösningen, även om det vid enstaka fall har inneburit en felaktig läkarbedömning.

Flera lyfter möjligheten att kommunen anställer läkare. Förslaget kommer både från kommuner och vissa vårdcentraler. En vårdcentral önskade en hög läkarkontinuitet för patienten, vilket innebär att det är patientansvarig läkare (PAL) som ska ha kontakt med kommunsjuksköterskan. Konsekvensen blev att 15 läkare på den enskilda vårdcentralen har kontakt med ett stort antal kommunsköterskor, och ska ha rutiner för läkemedelsgenomgångar mm. Alternativet skulle vara att en läkare tar ansvar för

samtliga patienter med hemsjukvårdsuppdrag, vilket försämrar patientens läkarkontinuitet.

## Bakgrund

Region Västernorrland har under 2022-2023 tillsammans med vårdföretaget Premicare och Timrå kommun genomfört ett pilotprojekt, kallat Proaktiv digifysisk seniorvård. Projektets syfte har varit att pröva nya arbetsformer för omställning till personcentrerad Nära vård utifrån följande målbild:

Målbild behovsbaserad vård	Verkligt utfall	
	Hemsjukvård	Sjukhusvård
Patienten får bästa tänkbara vård i hemmet när sjukhusvård inte har något att tillföra	God och nära hemsjukvård	Undvikbar slutenvård
Patienten vårdas på sjukhus när detta kan tillföra något och patienten så önskar	Otillräcklig hemsjukvård	Nödändig slutenvård

Illustration: målbild för projektet Proaktiv digifysisk seniorvård

Utgångspunkten har varit att öka tryggheten och minska undvikbara inläggningar. Detta genom ett förebyggande och proaktivt arbetsätt kunna stödja och vårda äldre personer i hemmet.

Uppdraget har varit att skapa ett hållbart arbetsätt mellan kommunen och primärvården där den enskilde får insatser i ett tidigt skede, de professionella teamen får förutsättningar att verka effektivt med en hållbar arbetssituation och samhällskostnaden minskar. För att arbetsättet ska vara hållbart krävs också att kostnaden för respektive huvudman inte ökar.

Projektet har väckt intresse hos flera kommuner och Region Västernorrland överväger att erbjuda övriga kommuner och vårdcentraler stöd i att utveckla ett liknande arbetsätt. Som en del i den plan för genomförande som ska tas fram, har en kartläggning gjorts över omfattningen av kommunal hälso- och sjukvård i länet, hur den är organiserad och hur parterna upplever de nuvarande formerna för samverkan.

## Definition av primärvård och närsjukvårdsteam

Primärvård är alla de hälso- och sjukvårdsinsatser som på ett patientsäkert sätt kan utföras utan särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens, Kap 2 6 § HSL.

Enligt HSL är primärvård öppen vård som ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvårdens hälso- och sjukvårdsuppdrag omfattas av två huvudmän. Det avser vanligt förekommande vårdbehov, både enkla och komplexa och omfattar både den regionala och kommunala primärvården.

Primärvårdens grunduppdrag beskrivs i kap 13 a. 1 § HSL. Där framgår att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska

1. Tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. Se till att vården är lätt tillgänglig,
3. Tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. Samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. Möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete

Grunduppdraget som beskrivs i 13 a kap. 1 § HSL begränsas av vad som följer av definitionen av primärvård, det vill säga att ansvaret endast omfattar insatser inom öppen vård som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens (HSL 2017:30).

Huvudmännen har ett åtagande och en skyldighet att samverka för att kunna utföra vården på ett patientsäkert sätt. Denna samverkan är reglerad via avtal, överenskommelser och riktlinjer. De patienter som vill, ska erbjudas en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara patientens kontaktperson. Fast vårdkontakt ska oavsett huvudman utses där den huvudsakliga vården ges och ska grundas på patientens medicinska och övriga behov och vilken kompetens som bäst kan tillgodose det behovet.

## Primärvårdens roll

Primärvårdens roll är att med sitt breda uppdrag, navet i hälso- och sjukvården, och är den vårdnivå som verkar nära invånarna. Den består av två huvudmän med samma uppdrag men inom olika områden:

- kommuner – stödverksamhet LSS, särskilt boende, hemsjukvård
- regioner – MHV, BHV, ungdomsmottagningar, vårdcentraler, första-linje-verksamheter

## Mobila team

Ett sätt att utveckla verksamheter i riktning mot en nära vård och utforma tvärprofessionell samverkan mellan huvudmän för individens bästa.

De mobila teamen bidrar ofta till ett snabbare och säkrare omhändertagande, utifrån såväl ett medicinskt, paramedicinskt som ur ett omvårdnadsperspektiv. De ger också ofta större möjligheter att stödja anhöriga och att involvera dem i vården.

Exempel på definitioner av mobilt närsjukvårdsteam:

- Mobilt närvårdsteam är ett hembesöksteam med allmänläkare och distriktssköterska/sjuksköterska. (Region Uppsala).
- Mobilt team med sjuksköterskor och skötare tillskapades för att göra vården tillgänglig, mer flexibel, personcentrerad och säker i ordinarie boendemiljö. (Falu kommun).
- Mobilt närsjukvårdsteam ska ge vård som patienter behöver ofta. Både närsjukvårdsteam som utgår från sjukhusen och hemsjukvårdsteam som utgår från vårdcentralerna i samarbete med den kommunala hälso- och sjukvården leder till ökad samordning och kontinuitet av insatser, bättre medicinsk kvalitet och högre upplevelse av trygghet hos patienterna (VGR, Fyrbodal).

Vi konstaterar att ingen övergripande definition finns gällande mobila team eller närsjukvårdsteam, men att innehållet ofta definieras liksom ingående kompetenser i teamet. Syftet anges ofta i linje med rörelsen mot nära vård.

## Genomförande

Kartläggningen genomfördes under september 2023.

### Syfte

En nulägeskartläggning som grund för ett förslag till utveckling av organisation och arbetssätt. I kartläggningen ingår omfattningen av kommunal hälso- och sjukvård i länet, hur den är organiserad och hur parterna upplever de nuvarande formerna för samverkan.

### Metod

Samtliga sju kommuners medicinskt ansvariga sköterskor (MAS) fick mejl om uppdragets bakgrund och frågor som rörde antalet personer med kommunal hälso- och sjukvård, kommunens organisation av legitimerad personal, rutiner mellan kommunen och primärvården och former för samarbete mellan kommunens och primärvårdens enhetschefer, respektive verksamhetschefer. Samtliga erbjöds möjligheten att besvara frågorna via videomöte, i annat fall via mejl. Fem videomöten genomfördes och två mejlsvar inkom.

Inom Region Västernorrland finns 31 vårdcentraler (i texten används konsekvent benämningen vårdcentraler, även om de i Regionens regi heter Hälsocentraler). Samtliga verksamhetschefer inom primärvården fick motsvarande frågor att besvara, med samma möjlighet till videomöte och mejlsvar. Några av verksamhetscheferna delegerade frågan till respektive enhetschef. Sammanlagt genomfördes nio intervjuer och två mejlsvar inkom. Totalt inkom svar rörande 30 vårdcentraler. Även företrädare för 1177 intervjuades.

### Bortfall

Uppgifter saknas gällande en vårdcentral.

### Organisation

Kartläggningen har gjorts av Mona Nordmar, strategisk verksamhetsutvecklare vid Region Västernorrland och Helene Ersson, utredare vid Norrlands utredningstjänst AB, på uppdrag av Gun-Britt Milioris, vårdvalschef, Region Västernorrland.



## Resultat kartläggning

I Västernorrlands län bor 59 000 personer som är 65 år eller äldre. 9 000 av dem är över 80 år. I flera av kommunerna kommer antalet över 80 år att öka dramatiskt de kommande tio åren. I några av kommunerna är antalet personer över 80 år som flest nu.

49 000 personer klarar sig i stort sett själva, men 10 000 av dem har insatser i form av hemtjänst. 7 000 personer har kommunal hälso- och sjukvård i form av hemsjukvård och 2 900 personer bor på särskilt boende.

Med ett proaktivt arbetssätt och ett rehabiliterande förhållningssätt kommer fler personer att klara sig själva, leva ett liv som andra och med det en högre livskvalitet. I det fall insatserna kommer för sent, har patienten sämre möjlighet att rehabilitera sig och i takt med att patienten tappar sina förmågor ökar vårdbehovet.



Illustration: Antal personer i Västernorrlands län över 65 år som har stor, liten eller ingen kommunal hälso- och sjukvård.

Andelen personer över 80 år som bor på särskilt boende var för drygt 10 år sedan närmare 20 procent. Idag är den runt 10 procent. Samtidigt har antalet äldre ökat i hela länet. Det innebär att fler äldre med vårdbehov bor i ordinärt boende.

## Antal verksamheter och patienter i kommunal regi med HSL-beslut

Utifrån kontakter med kommunernas MAS görs bedömningen att omkring 10 000 personer i Västernorrlands län har kommunal hälso- och sjukvård i varierande omfattning just nu, se tabell nedan. Uppdraget kan vara mer eller mindre begränsat, t ex personen har fått hjälpmedel i form av en rollator.

Kommun	Antal på säbo	Antal på kortids	Antal Hemsjukvård	Antal LSS	Totalt
Härnösand	250		430	230	910
Kramfors	236		512	58	806
Sollefteå	218	10	560	36	824
Sundsvall	1 100	58	3 000	300	4 458
Timrå	200		247		447
Ånge	122		140	28	290
Örnsköldsvik	647		1 393	108	2 148
<b>Summa</b>	<b>2 773</b>	<b>68</b>	<b>6 282</b>	<b>760</b>	<b>9 883</b>

Tabell: antal personer med stöd av kommunal hälso- och sjukvård

I Sundsvalls kommun görs en bedömning att det rör sig om 3 000 personer som har hemsjukvård, då befintligt verksamhetssystem endast registrerar antalet uppdrag och varje person kan ha flera uppdrag. Övriga kommuner har en manuell sammanställning över antalet personer med hemsjukvårdsuppdrag. Som exempel kan nämnas att Sollefteå kommun kan redovisa hur antalet personer med hemsjukvård förändras per månad.

Det är läkare och sjuksköterskor vid vårdcentralerna som tar beslut om att en person ska ha hemsjukvårdsinsats. Uppdraget till kommunen noteras i journalen, men det görs ingen registrering som möjliggör en sammanställning av antalet personer med hemsjukvård. Ett tiotal vårdcentraler kan inte redovisa hur många personer som får hemsjukvård, ungefär lika många gör grova uppskattningar och övriga har egna system eller god dialog med kommunen som gör att de kan redovisa uppgiften.

I Socialstyrelsens sammanställning över antalet personer som någon gång under 2022 var mottagare av kommunal hälso- och sjukvård redovisas närmare 13 000 personer, se tabell nedan.

**Tabell 3. Antal personer som någon gång under 2022 var mottagare av kommunal hälso- och sjukvård. Fördelat på ålder, kön och kommun.**

Table 3. Number of persons that received municipal health and medical care during 2022. Distribution by age, sex and municipality.

Kod	Namn	Antal personer 0-64 år			Antal personer 65-79 år			Antal personer 80 år eller äldre			
		Totalt antal	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
		411						118	141		219
00	Riket	773	36 909	36 313	73 222	63 954	54 946	900	615	78 036	651
22	Västernorrlands län	12 946	872	842	1 714	2 016	1 885	3 901	4 790	2 541	7 331
2280	Härnösand	1 308	95	89	184	208	193	401	464	259	723
2282	Kramfors	1 038	68	60	128	165	164	329	372	209	581
2283	Sollefteå	1 221	67	72	139	175	179	354	480	248	728
2281	Sundsvall	5 003	368	342	710	799	688	1 487	1 838	968	2 806
2262	Timrå	1 042	59	77	136	187	188	375	337	194	531
2260	Ånge	585	39	33	72	79	108	187	215	111	326
2284	Örnsköldsvik	2 788	180	172	352	412	367	779	1 097	560	1 657

Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen

*Tabell: Socialstyrelsens sammanställning över personer med kommunal hälso- och sjukvård år 2022.*

Skillnaden mellan kommunernas uppgifter kan förklaras med att en person kan ha en tidsbegränsad insats. Det har också varit svårt att få fram uppgifter om antalet personer med beslut om bostad med särskild service för vuxna enligt LSS, vilka också har rätt till kommunal hälso- och sjukvård. Kommunerna är samtidigt skyldiga att på uppdrag av 1177 göra hembesök om det bedöms vara nödvändigt, även hos personer som inte har beslut enligt Socialtjänstlagen eller annan hemsjukvårdsinsats. Det är svårt att bedöma om dessa tre orsaker är förklaringen till hela skillnaden. Vi har inte lyckats reda ut hur Socialstyrelsen får uppgiften till sin sammanställning.

7 147 personer hade åtgärder under hela 2022, 9 841 hade även bistånd enligt socialtjänstlagen och 4 053 uppgavs bo på särskilt boende.

I kommunernas sammanställning uppges det finnas 2 818 lägenheter på särskilt boende. Medianvårdtiden i särskilt boende för äldre är i Västernorrland 748 dagar, dvs drygt två år. Det innebär att knappt 1400 personer flyttar in på särskilt boende varje år, och lika många dör. Medianvårdtiden i riket är 611 dagar.

Antalet lägenheter som kommunerna uppger stämmer ungefär med de uppgifter som vårdvalskansliet har registrerat som boende per vårdcentral.

## Berörda verksamheter

### Kommuners organisation för hälso- och sjukvård

Totalt har kommunerna i Västernorrlands län närmare 600 tjänster gällande legitimerad personal, se tabell nedan.

Kommun	Antal sjukskötersketjänster	Antal fysioterapeut-tjänster	Antal arbetsterapeut-tjänster	Totalt
Härnösand	40	7	7	58
Kramfors	29	5	5	39
Sollefteå	35	6	7	48
Sundsvall	150	26	27	203
Timrå	29	6	6	41
Ånge	25	2	2	29
Örnsköldsvik	101	14	14	129
<b>Summa</b>	<b>409</b>	<b>66</b>	<b>68</b>	<b>543</b>

Tabell: Kommunernas organisation för hälso- och sjukvård i Västernorrlands län

Samtliga kommuner har organiserat hälso- och sjukvården i särskilda enheter, skilda från hemtjänstenheter och särskilt boende. Hälso- och sjukvården leds i varje kommun av en verksamhetschef. Antalet enheter varierar mellan kommunerna, där Ånge ha en enhet, Timrå och Kramfors har två enheter, Sollefteå och Härnösand har tre enheter, Örnsköldsvik har sex enheter och Sundsvall har åtta enheter. Samtliga kommuner har organiserat fysioterapeuter och arbetsterapeuter i en eller två särskilda enheter, skilda från sjuksköterskorna.

Sammanlagt har kommunerna sex verksamhetschefer för hälso- och sjukvård samt 25 enhetschefer. I Ånge kommun finns ingen verksamhetschef.

I exemplet nedan visas hur Härnösands kommun har organiserat hälso- och sjukvården.

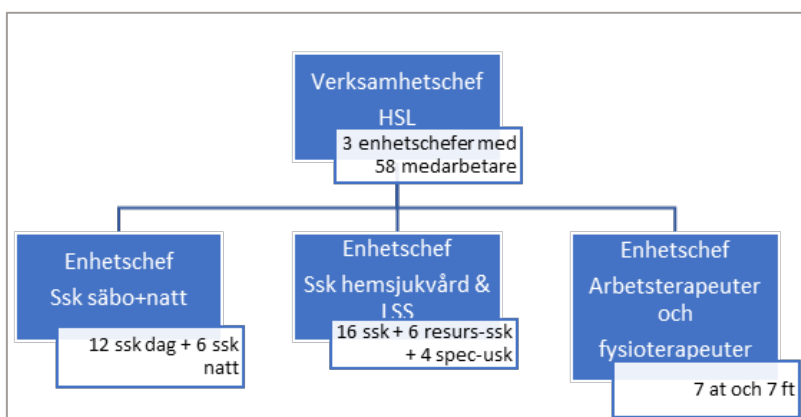


Illustration: Härnösands kommuns organisation för hälso- och sjukvård

Sedan år 2014 då kommunerna övertog ansvaret för hemsjukvården har flera kommuner ändrat sin organisation för hälso- och sjukvården. Tidigare kunde organisationen för ett särskilt boende omfatta både vård- och omsorgspersonal. I samband med att kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård separerades organisationerna för omsorgen med biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen (SoL) från vården enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Däremot utför många undersköterskor vårduppdrag efter delegering från kommunsjuksköterskorna.

## Region

Den regionala primärvården är organiserad genom 31 vårdcentraler. Via vårdvalssystemet finns möjlighet för privata vårdgivare att etablera sig i Västernorrland. För närvarande är det 12 vårdcentraler som drivs i privat regi och 19 vårdcentraler med Region Västernorrland som vårdgivare. Av de 6 588 patienter över 65 år som är listade vid vårdcentralerna i Sundsvalls kommun har knappt hälften (48 procent) en privat vårdgivare. Fördelningen är ganska lika i Ånge kommun (42 procent dvs 304 patienter) I Timrå kommun har samtliga patienter en privat vårdgivare, medan samtliga patienter i Sollefteå och Kramfors kommuner är listade vid någon av Region Västernorrlands vårdcentraler. Undantaget de som valt att lista sig i en annan kommun än hemkommunen.

Avtalet om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård gäller samtliga vårdcentraler i Västernorrland. Utifrån den tecknas lokala överenskommelser mellan respektive kommun och vårdcentral. Fördelningen av ansvaret för boende på särskilt boende görs utifrån vårdcentralens totala antal listade patienter. En större vårdcentral

tar ansvar för fler boende. Vid etablering av ett större äldreboende kan ansvaret för de olika avdelningarna delas mellan flera vårdcentraler.

Fördelningen mellan vårdcentralerna beskrivs i illustrationen nedan.

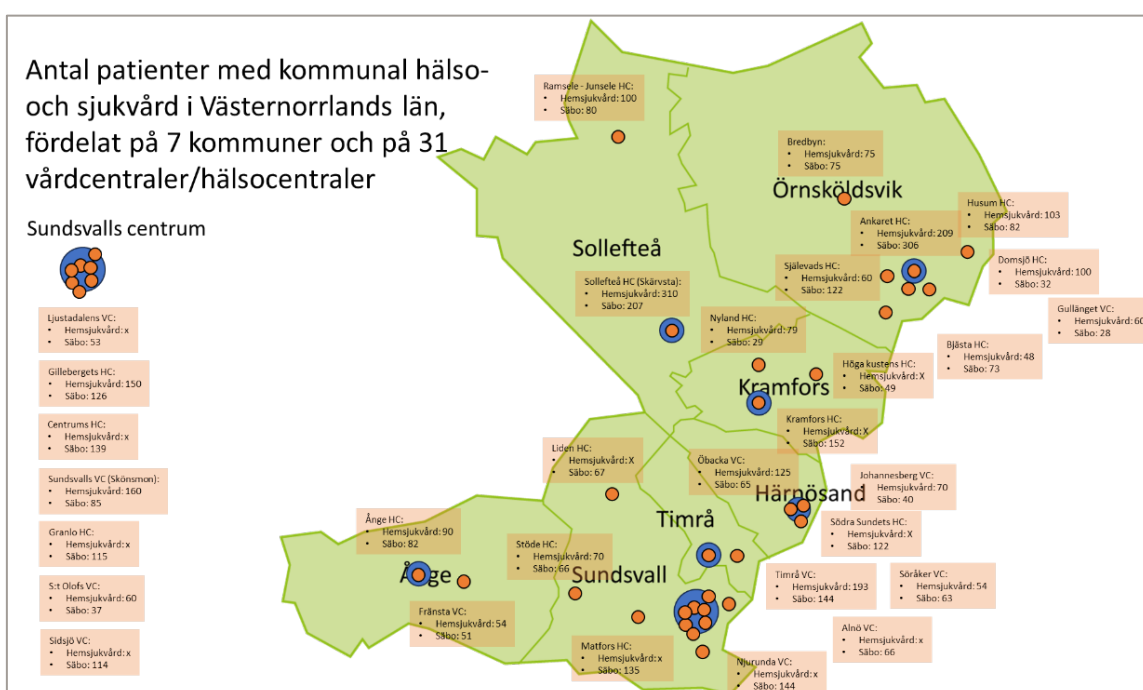


Illustration: Antal patienter med kommunal hälso- och sjukvård fördelat på 7 kommuner och 31 vårdcentraler.

Översatt till en tabell blir resultatet enligt nedan.

Vårdcentral/Hälsocentral	Ägare	Antal listade patienter 65+	Antal hemsjukvårdspat	Antal på säbo	Antal boendeLSS	Summa
<b>Härnösands kommun</b>			<b>90</b>			<b>90</b>
Öbacka VC	Premicare	750	125	65		190
Södra Sundets HC	RVN	704	145	122		267
Johannesbergs VC	Premicare	441	70	40		110
<b>Kramfors kommun</b>			<b>433</b>			<b>433</b>
Höga kustens HC, Ullånger	RVN	433	i.u	49		49
Nyländs HC	RVN	370	79	29		108
Kramfors HC	RVN	608	i.u	152		152
<b>Sollefteå kommun</b>			<b>150</b>			<b>150</b>
Sollefteå HC (Skärvsta)	RVN	1137	310	207		517

Ramsele Junsele HC	RVN	438	100	80		180
<b>Sundsvalls kommun</b>			<b>2 410</b>			2410
Sidsjö VC	Familjeläkarna Mitt AB	841	i.u	114		114
Alnö VC	Doktor.se	416	i.u	66		66
Ljustadalens VC	Premicare	289	i.u	53		53
Lidens HC	RVN	229	i.u	67		67
Gillebergets HC	RVN	925	150	126		276
Centrums HC, Sundsvall	RVN	578	150	139		289
Sundsvalls VC	Doktor.se	530	160	85		245
Granlo HC	RVN	957	i.u	115		115
S:t Olofs VC (Laurene Broman)	Sundsvall Vårdteam AB	260	60	37		97
Njurunda VC	Doktor.se	860	i.u	144		144
Matfors HC	RVN	472	i.u	135		135
Stöde HC	RVN	231	70	66		136
<b>Timrå kommun</b>						0
Timrå vårdcentral	Premicare	771	193	144		337
Söråkers vårdcentral	Premicare	324	54	63		117
<b>Ånge kommun</b>						0
Fränsta VC	Familjeläkarna Mitt AB	304	54	51	14	119
Ånge HC	RVN	404	86	82		168
<b>Örnsköldsviks kommun</b>			<b>738</b>			738
Själövads HC	RVN	531	60	122		182
Domsjö HC	RVN	489	100	32		132
Ankarets HC, Övik	RVN	1257	209	306		515
Gullängets VC	Premicare	404	60	28		88
Bredbyns HC	RVN	385	75	61		136
Husums HC	RVN	434	103	82		185
Bjästa HC	RVN	423	48	73		121
<b>Summa</b>	<b>31</b>	<b>17 195</b>	<b>6 282</b>	<b>2 935</b>	<b>14</b>	<b>9 231</b>

Tabell: Antal patienter med kommunal hälso- och sjukvård fördelat på 7 kommuner och 31 vårdcentraler

I flera fall saknas uppgifter om antalet patienter som har hemsjukvårdsinsatser (se i.u). För att få en så komplett sammanställning som möjligt så har uppgiften som lämnats från respektive kommun noterats. Till exempel i Härnösands kommun har två av tre



vårdcentraler uppgifter om antalet hemsjukvårdspatienter, vilket bör innebära att de resterande tillhör den tredje vårdcentralen.

Några andra noteringar:

- Personer med enbart förskrivning av hjälpmedel räknas som en hemsjukvårdspatient i kommunens statistik, men uppdraget lämnas inte från vårdcentralen och saknas därmed i deras uppgifter.
- I Sundsvalls kommun är det sex vårdcentraler som inte kan uppge antalet hemsjukvårdspatienter. Utifrån kommunens uppgifter om 3 000 patienter så är det 2 400 patienter som ska delas på dessa sex vårdcentralerna, i genomsnitt 400 patienter per vårdcentral vilket är fler än vad någon annan vårdcentral har.
- I Örnsköldsviks kommun har samtliga vårdcentraler lämnat uppgifter, men det totala antalet understiger uppgiften som kommunen lämnat med drygt 700 patienter. En förklaring kan vara att patienterna som får hemsjukvård från arbetsterapeut eller fysioterapeut inte lämnas över som ett HSL-uppdrag från vårdcentralen till kommunen. Enligt uppgift är en rutin är på gång.
- I Kramfors kommun har en av tre vårdcentraler lämnat uppgifter om antalet hemsjukvårdspatienter, vilket däremot samtliga har gjort i Ånge, Timrå och Sollefteå.

Flera intervjuade upplever att hemsjukvården är en osynlig verksamhet som vuxit ordentligt under de senaste tio åren. Det upplevs också finnas mer inarbetade rutiner och en gemensam uppfattning vad det gäller den kommunala hälso- och sjukvården på särskilt boende, jämfört med hemsjukvården och LSS. Någon lyfter också det avtal om läkarmedverkan som fanns mellan kommunerna och regionen för år 2014 hade tydligare formuleringar om ansvarsområden och arbetssätt, jämfört med det avtal som tecknades år 2014 i samband med övertagandet av hemsjukvården.



## Rutiner för samverkan mellan kommunal och regional primärvård

### Bakgrund

Första överenskommelsen om delat ansvar för hälso- och sjukvård mellan kommun och region var år 1992, då ansvaret för särskilt boende för äldre överfördes från dåvarande landsting till respektive kommun. Den tidigare landstingsdrivna långvården dit läkare remitterade boende ändrades till att boende numera ansöker om plats/bistånd på ett kommunalt särskilt boende och biståndsprövas enligt socialtjänstlagen. Utöver ansvar för omsorg ingick även hälso- och sjukvård till och med sköterskors ansvarsnivå, samt ansvar för rehabilitering och utprovning och hantering av hjälpmedel.

År 1994 övergick ansvaret för personer med rätt till stöd och service enligt LSS. I den överenskommelsen delades ansvaret för hälso- och sjukvård mellan kommun och region på samma sätt som i tidigare överenskommelse.

År 2013 överlämnades ansvaret för hemsjukvård från dåvarande landsting till respektive kommun. Grunden i avtalet är att vårdcentralen tar emot patienten på vårdcentralen. Om patienten inte bedöms kunna komma till vårdcentralen utan behöver hembesök av läkare, ansvarar vårdcentralen för det. Om patienten behöver hembesök av sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut ansvarar kommunen för det. Även mottagare av samtal till 1177 som bedömer att ett hembesök är nödvändigt, lämnar uppdraget till kommunen. Detta oberoende om patienten har hemtjänst eller hemsjukvård sen tidigare.

För all den verksamhet där kommunen har ett ansvar för hälso- och sjukvården har Region Västernorrland och länets kommuner tecknat ett avtal om läkarmedverkan. I varje kommun finns ett lokalt utformat avtal om läkarmedverkan med respektive vårdcentral.

Över åren har berörd personal bytts ut. Personer som deltog i arbetet med nya ansvarsgränser har gått i pension eller av andra skäl slutat sin tjänst. Flera intervjuade uttrycker frustration över en stor personalrotation hos den andra vårdgivaren. Både kommuner och Regionen har genomfört större omorganisationer utan att konsekvenserna för det delade patientansvaret har tydliggjorts, med sämre

personkontinuitet som följd. Införandet av länskliniker hade stor påverkan på samverkansformerna mellan kommunerna, primärvården och slutenvården.

Det kan vara svårt för den enskilde medarbetaren att förstå att det kommunala uppdraget är finansierat via skatteväxling, och att det inte är ett uppdrag kommunen "gör åt regionen". Även 1177 upplever att kommunköterskor i flera kommuner inte har kännedom om att även 1177 kan lämna uppdrag om hembesök. Flera upplever också att det har bildats lokala "sanningar" i länet och att det i praktiken inte finns ett länsgemensamt avtal.

Det delade uppdraget för patientens hälso- och sjukvård kräver en tydlig introduktion och handledning för att det ursprungliga syftet med en mer patientnära vård ska vara vägledande. Som exempel nämns en obligatorisk, anpassad e-utbildning för varje medarbetare med kontrollfrågor som introduktion, samt löpande avstämning med kontrollfrågor gällande kännedom och följsamhet till rutiner.

Av regionens totala kostnad står hälso- och sjukvård inklusive tandvård för 90 procent.



Diagram: Region Västernorrlands kostnadsfördelning år 2022, andel av total kostnad 12,8 mdkr.

Kostnaden för omsorg om äldre och hälso- och sjukvård i en kommunal budget är ca 20 procent, där hälso- och sjukvården står för 3 procent. Se diagram nedan med exempel från Timrå kommun år 2022.



Diagram: Timrå kommuns kostnadsfördelning år 2022, andel av total kostnad 1,5 mdkr.

I en ekonomiskt hårt pressad situation ökar de interna styrsignalerna i respektive organisation om att inte ta uppdrag som är någon annans ansvar. De signalerna är tydliga både i Region Västernorrland, privata vårdgivare och varje kommun. Det framkommer tydligt i intervjuerna att patienter hänvisas till den andre vårdgivaren, utan hänsyn till patientens bästa. Samtligt har både Region Västernorrland och länets kommuner högre kostnader per invånare än riket i snitt, se diagram nedan.

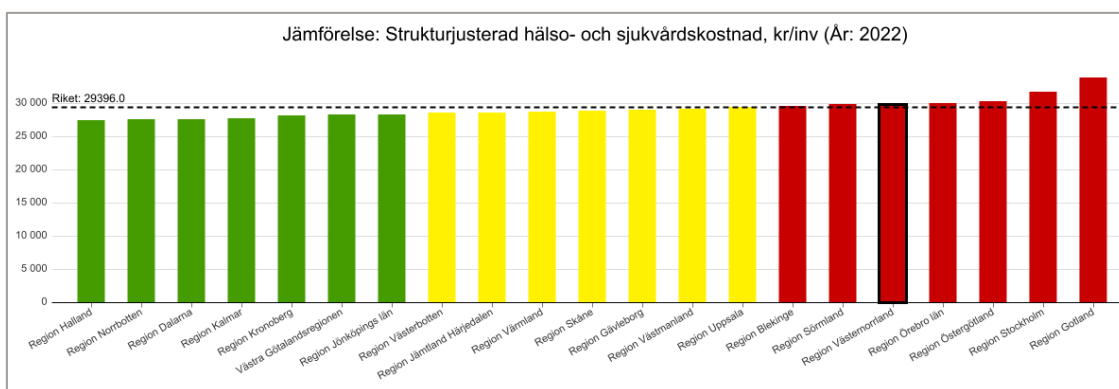


Diagram: Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, kr/inv, 2022. Region Västernorrland redovisas i femte stapeln från höger.

Region Västernorrland har efter strukturjustering femte högsta hälso- och sjukvårdskostnaden per invånare.

Utän hänsyn till strukturjustering redovisar Region Västernorrland landet lägsta nettokostnad per invånare för primärvården.

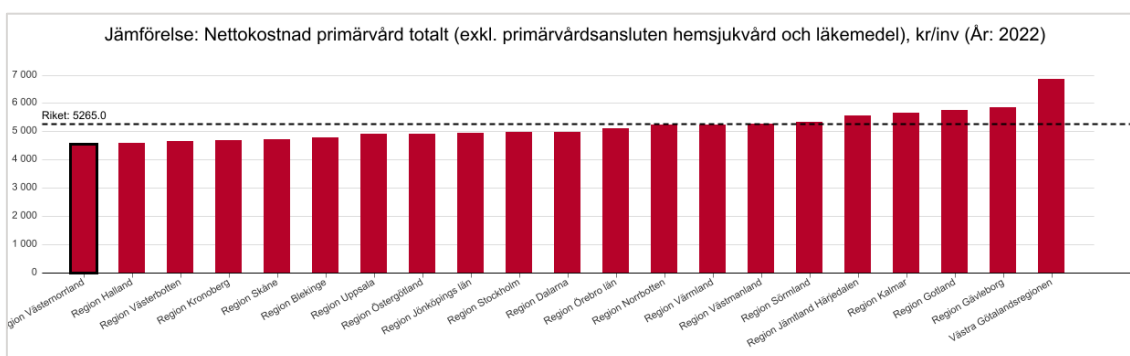


Diagram: Regionernas nettokostnad för primärvården, år 2022, kr/inv. Region Västernorrland redovisas längst till vänster.

I jämförelse med övriga regioner är primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdskostnaden låg i Region Västernorrland, och den har minskat under åren 2015-21

Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnad, exkl läkemedel och tandvård				
Källa: Kolada				
Region	Kostnad för åtagandet		Nettokostnad	
	Andel 2021	Absolut förändring 2015-2021, procentenheter	Andel 2021	Absolut förändring 2015-2021, procentenheter
Blekinge	17,4%	0,7	17,2%	0,2
Dalarna	22,1%	2,8	18,8%	0,3
Gotland	0,0%	0,0	15,8%	0,6
Gävleborg	22,0%	0,0	20,3%	-1,1
Halland	19,4%	-0,6	21,2%	1,3
Jämtland Härjedalen	20,5%	-0,2	20,1%	-0,6
Jönköping	22,8%	4,0	17,4%	-1,3
Kalmar	22,1%	1,7	21,2%	1,6
Kronoberg	19,9%	0,9	16,1%	-2,0
Norrbottn	24,0%	3,1	19,0%	-1,3
Skåne	17,6%	-2,2	16,7%	-3,2
Stockholm	20,4%	-0,1	20,3%	0,1
Sörmland	20,8%	2,1	18,7%	1,5
Uppsala	15,0%	-0,2	16,7%	0,5
Värmland	20,6%	2,4	18,6%	1,0
Västerbotten	19,3%	1,4	19,0%	1,0
Västra Götaland	24,6%	3,0	26,0%	4,2
Västernorrland	18,2%	0,2	15,1%	-1,1
Västmanland	21,9%	3,0	20,2%	2,5
Örebro	20,2%	1,7	18,8%	1,4
Östergötland	17,8%	0,2	18,4%	0,3
Riket	20,6%	0,8	19,9%	0,4

Tabell: Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnad, exkl läkemedel och tandvård 2021, per region.

Samtliga kommuner i Västernorrland har en högre kostnad för äldreomsorgen än vad de borde, med hänsyn taget till demografi, geografi och socioekonomiska förutsättningar, se diagram nedan. Härnösands kommun har den lägsta avvikelser från sin framräknade nettokostnadsavvikelse för äldreomsorgen.

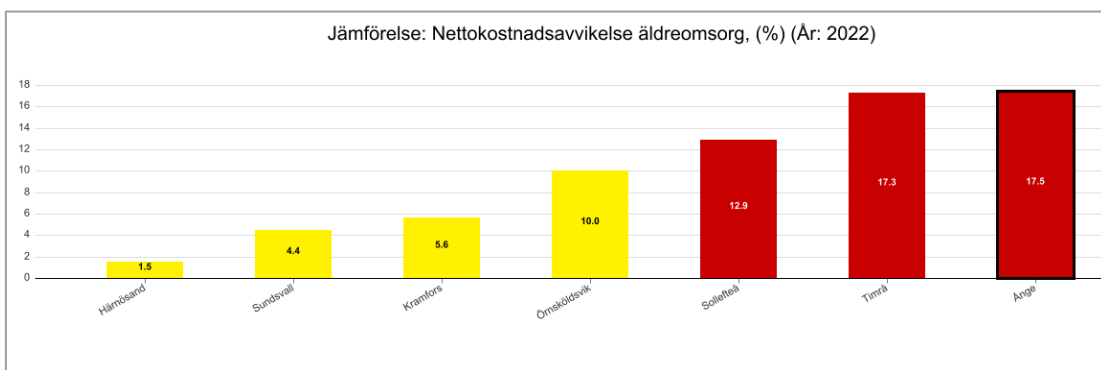


Diagram: Kommunernas nettokostnadsavvikelse äldreomsorg, procent, år 2022.

## Avtal om läkarmedverkan

Enligt avtalet ska grundnivån för läkarinsatser på särskilt boende för äldre vara minst 1 läkartimme per 10 patienter och vecka. För korttidsboende där det medicinska ansvaret kan vara stort beräknas 1 läkartimme per 6 patienter och vecka. Med 2 948 personer på särskilt boende, och årsarbetstiden för en läkare beräknas till 1 700 timmar innebär det att 15 läkartjänster på heltid åtgår för läkarinsatser på särskilt boende. Någon uppdelning mellan särskilt boende och korttidsboende har inte gjorts i sammanställningen utan beräkningen av antalet läkartjänster utgår från 1 läkartimme per 10 patienter och vecka.

Enligt avtalet ska läkarmedverkan för patienter i kommunal hemsjukvård vara likvärdig med läkarmedverkan i särskilt boende. Om avtalet ska tolkas att lika dvs 1 läkartimme per 10 patienter och vecka, innebär det 30 ytterligare läkartjänster för konsultation med ansvarig sjuksköterska, direktkontakt vid akuta behov, hembesök, uppföljning av behandlingsinsatser, administrativ tid samt årliga uppföljningar av läkemedelsordinationer.

Flera av de intervjuade på vårdcentralerna uppfattar att avtalet om läkarmedverkan motsvarande 1 läkartimme per 10 patienter och vecka inte gäller för patienter i kommunal hemsjukvård, och några upplever att det borde vara så. Däremot framgår det tydligt i den lokala överenskommelsen mellan Sollefteå kommun och

vårdcentralerna i Sollefteå att läkare med fast konsulttid för kommunsjuksköterska ska finnas tillgänglig motsvarande 6 min per patient med kommunal hemsjukvård. Hemsjukvårdsbesök av läkare ska planeras i samråd mellan ansvarig läkare och sjuksköterska utifrån patientens behov och regleras i SIP/vårdplan. Detsamma gäller för läkarmedverkan vid vård i livets slut.

Vad det gäller personer med beslut om bostad med särskild service för vuxna enligt LSS och hur deras behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses finns det olika uppfattningar och tolkningar. De flesta vårdcentralerna anser att patienterna ska jämföras med den övriga befolkningen, dvs gå till vårdcentralen själva om de har förmågan, annars lämnas hemsjukvårdsuppdrag. Andra jämför gruppbostaden med ett särskilt boende för äldre och förväntar sig en veckorond av läkare. För de flesta personerna krävs också en samordning med habiliteringen, vilket också beskrivs som "rörigt".

Samtliga kommuner anser att vårdcentralernas läkarmedverkan inte fungerar. I intervjuerna framkom att det är svårt att få någon riktig uppföljning över den faktiska tidsåtgången för uppdraget. Det saknas instrument för systematisk uppföljning. På flera håll är det en hög vakans på läkartjänsterna, och flera vårdcentraler och kommuner har enats om digital medverkan från läkaren t ex vid veckoronden på särskilt boende. Det uttrycks inte något missnöje med lösningen, även om det vid enstaka fall har inneburit en felaktig läkarbedömning. Under sommaren 2023 har en teknisk lösning för digitala väntrum använts och varit framgångsrikt, även om it-systemet upplevs krångligt. Det innebär att kommunsjuksköterskan begär konsultation hos läkaren gällande en patient, och läkaren svarar när hen får möjlighet. Det ersätter den veckovisa fasta konsultationstimmen och telefonpåringning vid halvaktu ärenden.

Flera lyfter möjligheten att kommunen anställer läkare. Förslaget kommer både från kommuner och vissa vårdcentraler. En vårdcentral önskade en hög läkarkontinuitet för patienten, vilket innebär att det är patientansvarig läkare (PAL) som ska ha kontakt med kommunsjuksköterskan. Konsekvensen blev att 15 läkare på den enskilda vårdcentralen har kontakt med ett stort antal kommunsköterskor, och ska ha rutiner för läkemedelsgenomgångar mm. Alternativet skulle vara att en läkare tar ansvar för samtliga patienter med hemsjukvårdsuppdrag, vilket försämrar patientens läkarkontinuitet.

## Samarbetet i praktiken – en kartläggning

Flera uppger att det saknas rutiner för in- och utskrivning av hemsjukvårdspatienter. I Kramfors finns det lokala rutiner och mallar för uppdrag och rapportering, men följsamheten varierar mellan kommunala enheter, individer och vårdcentraler. Vid de flesta vårdcentralerna är det inte läkaren, utan sjuksköterskan som träffar patienten och som tar beslutet att patienten behöver hemsjukvården. Uppdraget skickas till ansvarig sjuksköterska på kommunen. Olika kommunikationskanaler används på olika ställen t ex fax, mejl eller egen kommunikationslösning. I Sundsvall finns en vårdplaneringssköterska som hanterar samtliga uppdrag. Uppdraget beskrivs av vårdcentralerna som "Mota Olle i grind". I en intervju framkom att det i samband med hemsjukvårdsövertagandet togs fram praktiska anvisningar som stöd vid tolkning av avtalet. De fanns tidigare tillgängliga på [www.rvn.se](http://www.rvn.se), men har sedan några år tillbaka tagits bort. Oklart om de inte längre gäller, eller om det fanns andra skäl till avpubliceringen.

En notering görs i patientens journal på vårdcentralen, men registreras inte så att vårdcentralen kan sammanställa vilka uppdrag de lämnat. I majoriteten av fallen är det kommunerna som sammanställer vilka som har hemsjukvård, i flera fall vet vårdcentralerna på ett ungefär hur många patienter de har med hemsjukvård, men det finns också områden där varken kommunen eller vårdcentralen har någon uppfattning om antalet hemsjukvårdspatienter eller någon löpande avstämning. Det fanns en rutin år 2014 där vårdcentralen skulle notera i en informationsruta i System Cross om vilka som har hemsjukvård, samt ta bort noteringen när uppdraget avslutades från kommunen. På de flesta håll föll rutinen i glömska. På flera vårdcentraler i Örnsköldsviks kommun görs registreringen fortfarande. Däremot skiljer uppgiften mellan kommunen och vårdcentralerna. Kommunen har drygt 700 fler hemsjukvårdspatienter än vad den samlade uppgiften från vårdcentralerna visar.

Flera vårdcentraler i Sundsvalls kommun beskriver att det utvecklats en kultur där företrädare för kommunen kräver att vårdcentralerna lämnar ett uppdrag i taget för en patient (en fot, en dosett, ett sår), vilket upplevs byråkratiskt, industriellt och utan ett samordnat patientperspektiv. På sina håll råder det stor osäkerhet om vem som gör vad när det gäller fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Även i Örnsköldsvik upplever vårdcentralerna att samverkan byråkratiserats t ex att frågor borde kunna hanteras av koordinatörer, i stället för att lyftas till chefsnivån.



Flera av vårdcentralerna t ex i Ånge, Härnösand och Sollefteå har löpande avstämning med kommunen om vilka patienter som har hemsjukvård. Det finns en önskan från övriga att man har en löpande avstämning av vilka patienter som har hemsjukvård för tillfället. Det kan vara patienten som väljer att avsluta hemsjukvården för att hen inte vill betala, men det kan också vara kommunen som anser att patienten är så frisk att hen kan besöka vårdcentralen igen. Någon uttrycker en risk om patienten har Apodos men inte hemsjukvård.

Det råder lite osäkerhet om vilken information som får delas pga GDPR. Samtidigt upplevs patienten ta för givet att informationen delas mellan kommunen och vårdcentralen. Det råder också osäkerhet i vilken utsträckning man använder samtyckesblanketter och om en vårdgivare kan begära samtycke om att dela information som även gäller den andre.

I Kramfors och Sollefteå konstaterades att många patienter åkte till sjukhuset pga infektionssjukdomar. Projektet Hemma hos mig innebar bland annat att kommunsjuksköterskan arbetar med beslutstödssystemet VISAM, samt en rutin för patientnära analyser (PNA) i hemmet. Läkaren får uppgifterna, kopplar upp sig digitalt med patienten och kommunsjuksköterskan och ger sin syn. Uppfattningen är att det går att göra mycket mer i hemmet än vad som görs idag. Bland annat bör SIP göras i hemmet, när patienten kommit hem från sjukhuset, för att patienten ska få rätt stöd över tiden. Planeringen i direkt anslutning till utskrivning från sjukhuset bör göras enklare, då det är svårt för patienten att veta vad den klarar själv.

En annan konstaterar att "vi sippar i fel ände", när patienten redan är på sjukhuset. Det är viktigare att samordna insatserna, när det finns en risk att patienten ska hamna på sjukhuset och på så sätt förhindra en sjukhusinläggning.

Någon lyfter behovet av att utveckla patientkontrakt "som är värt namnet" som ett sätt att utveckla äldrevårdsteam. Ett hinder för detta är dokumentationen. Vitsen är att dokumentera så att någon annan ser, vilket inte är möjligt med dagens journalsystem. Däremot bedöms de nya journal- och verksamhetssystem som införs i Regionen och kommunerna skapa nya förutsättningar för delning av viss information.

### **Samverkan på enhetschefs- och verksamhetschefs nivå**

I de flesta kommunerna finns en fungerande struktur för samverkan. Enhetschefer gör korta avstämningar där även slutenvården ingår, om läget med utskrivningsklara



patienter mm. På flera håll träffas verksamhetscheferna för att driva gemensamt utvecklingsarbete. Samtidigt uttrycks ett behov av att fastställa kvalitetsmått i avtal och överenskommelser t ex i vilken omfattning hälsoplaner, läkemedelsgenomgångar och förhandsplanerad vård är genomförd. Detta då kommunerna uppger att de inte har tillgång till läkare i den omfattning som överenskommelsen om läkarmedverkan stipulerar.

Flera lyfter behovet av att inhämta information hos samtliga före beslut, så att alla "ser hela systemet" och konsekvenserna av beslutet. Som exempel nämns kommunernas beslut om att minska antalet korttidsplatser, vilket påverkar både patienten och övriga vårdgivare. Den totala samhällskostnaden bedöms också skilja sig från kommunens.

I Sundsvalls kommun uppger samtliga vårdcentraler att samarbetet på chefsnivå är begränsat till det årliga tecknande av avtal för läkarmedverkan.

Speciellt i centrala Sundsvall upplevs det oerhört komplicerat att få till ett fungerande samarbete då vårdcentralerna genom vårdval har patienter från alla stadsdelar och kommunen arbetar i geografiska distrikt. Däremot finns det ett behov av kortare avstämning, men inte där alla deltar för alla arbetar olika. Möjligen att alla samlas någon gång per termin. Det finns inte heller något etablerat samarbete på chefsnivå i kommundelarna så som Stöde, Matfors och Liden, trots att de har en tydligare geografisk avgränsning.

I Örnsköldsvik upplevs "stora LSG" fungerar väldigt bra dvs samordningsförbundet där Polisen, sjukhuset, kommunen, Försäkringskassan är med.