

Slutrapport

- Ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet



Slutrapport

- Ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet

Malin Duckert Ek

Diariernr: 24RS9526

Rapportnr: 2025:04

2025-02-03

Innehåll

1.	Sammanfattning	4
2.	Bakgrund	4
3.	Uppdraget.....	6
3.1	Syfte.....	6
3.2	Omfattning	6
3.3	Mål/leverans.....	6
3.4	Avgränsning	7
3.5	Tidsplan	7
3.6	Organisation och resurser	7
3.7	Kommunikationsplan	8
3.8	Identifierade risker.....	8
4.	Metod och tillvägagångsätt	9
5.	Resultat	11
5.1	Etableringsfas	11
5.2	Länsgemensam målbild	12
5.3	Problemkartläggning	13
5.3.1	Specialiserad vård och primärvård	15
5.3.2	Processkartläggningar problem/nuläge	16
5.3.3	Somatiskt svårt sjuka barn under 18 år	16
5.3.4	Problemkartläggning somatik och psykiatri.....	20
5.3.5	Hälsofrämjande, förebyggande och rehabilitering.....	23
5.3.6	Problemkartläggning medicintekniska produkter	24
5.4	Processkartläggning önskat läge somatik och psykiatri	24
5.5	Nivåindelning	27
5.6	Beredning och beslutsprocess	28
5.6.1	Hantering och bearbetning av remissvar	29
5.6.2	Förankring av förslag till beslut.....	30
5.6.3	Beslutsprocess.....	31
6.	Implementeringsplan	31
7.	Risk- och konsekvensanalys.....	32
8.	Insikter och avslutning	35
9.	Bilagor	36

1. Sammanfattning

Denna slutrapport redogör för projektarbetet med att ta fram en ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet i Örebro län.

Den tidigare överenskommelsen från 2004 har blivit inaktuell och saknar stöd för dagens vårdstruktur där hälso- och sjukvård i hemmet får en allt större betydelse. Den nuvarande överenskommelsen har inte tillräcklig vägledning för in- och utskrivning i kommunal hemsjukvård, saknar hänvisningar till aktuell lagstiftning och beaktar inte den tekniska utvecklingen som möjliggör mer avancerad vård i hemmet.

Syftet med den nya överenskommelsen är att tydliggöra roller och ansvar, förbättra samverkan och skapa en mer sammanhållen vårdprocess. Målet är att invånarna ska uppleva en trygg, säker och samordnad hälso- och sjukvård där regionen och kommunen samverkar på ett effektivt sätt.

Arbetet har utgått från en förstudie och har genomförts i flera faser: problemkartläggning, målbildsarbete, utveckling av en ny processmodell och processkartläggning. Under projektet har workshoppar, intervjuer och kartläggningar genomförts med deltagare från regionen och länets kommuner.

Projektets uppdrag är slutfört. Det finns ett förslag till beslut om en ny överenskommelse, en risk- och konsekvensanalys är genomförd och det finns ett stöd för implementering. Projektet har även bidragit med att ta fram en målbild som gäller både för omställning till nära vård och överenskommelsen.

Sammanfattningen är AI-genererad med efterföljande redigering och granskning.

2. Bakgrund

Regionen och länets kommuner har haft en överenskommelse om kommunal hälso- och sjukvård sedan Ädelreformen 1992. Den nuvarande överenskommelsen revideras 2004 och behöver skrivas om då den inte längre är tidsenlig. Den är heller inte anpassad för att stödja omställningen till nära vård eller harmoniserar med länets överenskommelse för samverkan¹.

Det har även skett radikala förändringar vad gäller hemsjukvårdens innehåll, omfattning och en märkbar överföring av vård- och behandlingsinsatser från sjukhus

¹ Överenskommelse för samverkan

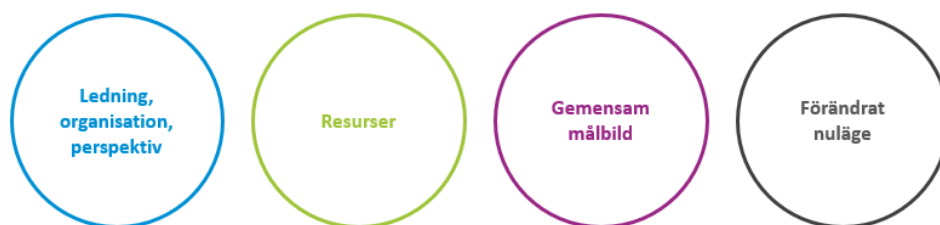
(specialistvård) till öppen vård (primärvård) och vård i hemmet (kommunal hälso- och sjukvård). Det medför också att överenskommelsen behöver omkonstrueras.

Tillägg och mindre revideringar har gjorts genom åren, sammanfattningsvis är utmaningen med nuvarande överenskommelse att:

- Den ger ingen helhet över vårdprocessen, t ex: somatik och psykiatri är uppdelade i olika dokument och ersättningssystem.
- Den ger inte tillräcklig vägledning för in- och utskrivning i kommunal hemsjukvård.
- Den saknar hänvisningar till relevant lagstiftning.
- Den är inaktuell då den medicintekniska utveckling medför att insatser som inte omfattas av överenskommelsen kan idag utföras i hemmet.

Initiativtagare för att skriva om överenskommelsen är chefsgruppen i samverkan för social välfärd samt vård och omsorg på uppdrag av specifika samverkansrådet social välfärd samt vård och omsorg. Uppdraget genomförs som en del av länets omställning till nära vård och finansieras med statliga stimulansmedel för nära vård omställningen. Tillskapandet av en ny överenskommelse om hälso- och sjukvård i hemmet är också en del i förverkligandet av handlingsplanen ”Sammanhållen vård och omsorg” som utgår från RUSens prioriterade område ”Hälsofrämjande arbete och hälso- och sjukvård”. En förstudie och ett projektdirektiv ligger till grund för uppdraget. Projektdirektivet finns i sin helhet som bilaga 1.

Under förstudien genomfördes en workshop utifrån Logical Framework Approach (LFA) med chefsgruppen social välfärd samt vård och omsorg. Chefsgruppen identifierade fyra problemområden som påverkar den nuvarande och framtida överenskommelsen:



I ledning, organisation, perspektiv framkommer att vi försätter den enskilde i organisatoriska mellanrum genom att vi brister i samordning av vården och utgår från organisationens struktur och gränsdragning framför den enskildes behov. Den framtida resursbristen av professioner märks redan av, parterna behöver var för sig och tillsammans förändra arbetssätt. Det saknas en gemensam målbild som vägleder det gemensamma arbetet. Den nuvarande överenskommelsen är inaktuell (förändrat nuläge).

3. Uppdraget

Uppdraget är formulerat i ett projektdirektiv som tar sin utgångspunkt från resultat av förstudien av nytt hemsjukvårdsavtal som genomfördes 2019. Projektdirektivet beslutades av chefsgruppen social välfärd samt vård och omsorg.

3.1 Syfte

Syftet är att skapa en framtida överenskommelse som ger förutsättningar för ett nytt och mer ändamålsenligt sätt att lösa de svårigheter som nuvarande överenskommelse innebär samt ge förutsättningar för förverkligande av intentionerna i en ”God och nära vård”.

3.2 Omfattning

Uppdraget omfattar:

- Nuvarande gränssnitt för rehabilitering – arbetsterapeuters och fysioterapeuters roller hos respektive huvudman
- Hemsjukvård för barn under 18 år
- Hemsjukvård för patienter inom psykiatri
- Samverkan nutrition
- Utvecklingen av Nära vård med vård med allt tyngre patientgrupper utanför sjukhusen där nuvarande avtal inte stödjer denna utveckling. Oklarheter finns avseende vem som får göra vad vid hemsjukvård på primärvårdsnivå, specialistnivå och hemsjukvård som utförs på delegation från specialistsjukvården.
- Ansvarsfördelningen av medicinska tekniska produkter

3.3 Mål/leverans

Effektmål och nyttoanalys

En ny överenskommelse om hälso- och sjukvård i hemmet ska skapa förutsättningar för ett fungerande samspel mellan de olika vårdgivarna så att patienterna upplever en fungerande vårdkedja där de insatser som ges samspelar och lämnas på ett så effektivt vis som möjligt. Detta förutsätter fungerande samverkan mellan olika vårdgivare och former av vård; slutenvård, specialistvård, primärvård, hemsjukvård. Det ska tydliggöra det gemensamma ansvaret liksom ansvaret inom den egna organisationen. Projektet ska leverera förslag till en ny överenskommelse samt en planering för hur denna kan implementeras. En risk och konsekvensanalys ska ingå.

Projektet har lyckats när en överenskommelse och implementeringsplan har antagits.

Projektmål enligt TRUMF

En överenskommelse tillsammans med implementeringsplan är antagen. Överenskommelsen innehåller en i organisationerna politiskt förankrad gemensam målbild. Överenskommelsen skapar förutsättningar för att nuvarande brister vad gäller samverkan undanröjs. Överenskommelsen skapar förutsättningar för genomförande av ”en god och nära vård” i Örebro län.

Förväntat resultat av etableringsfasen

En förstudie är genomförd. Med den som grund ska under etableringsfasen en projektplan utarbetas. Projektplanen ska innehålla en beskrivning av vilka aktiviteter som ska genomföras samt olika arbetsgrupper och resurspersoner som behövs för genomförandet. Under etableringsfasen behöver också en aktuell kartläggning av hemsjukvården i Örebro län göras innefattande vårdbehov hos patienter, åldersfördelning, ekonomiska regleringar och omfattning. Kartläggningen inkluderar även psykiatrisk hemsjukvård enligt den särskilda överenskommelsen som finns.

3.4 Avgränsning

Projektet ska leverera förslag till ny överenskommelse. Genomförandet av överenskommelsen är nästa steg i processen men ligger inte inom projektets uppdrag.

3.5 Tidsplan



Tidsplanen sattes inledningsvis utifrån en årlig tilldelning av statliga stimulansmedel på ett år. Efter projektledarens kartläggning av tidsåtgång utifrån uppdragets aktiviteter bedömdes två år som en mer rimlig tidsplan. En förlängning gjordes ytterligare ett år på grund av pandemins effekter på organisationerna. Den påverkade verksamheternas möjlighet och förutsättningar att tillgängliggöra deltagare till arbetsgrupper. En ytterligare förlängning av projektet beslutades då svarstid för den politiska remissbehandlingen av förslaget förlängdes. Projektet pågick från juni 2020 till juni 2024.

3.6 Organisation och resurser

Välfärd och folkhälsa ansvarade för att anställa en projektledare på heltid. Finansiering var statliga kommunala stimulansmedel för omställning till nära vård. Regionen hade i uppdrag att bidra med jämlika resurser in i projektet i form av en strateg och en samordnare för omställningen nära vård.

Till uppdraget upprättades en styrgrupp, ledamöterna har haft en relativt hög kontinuitet under projektet. Sammansättningen är områdeschefer från regionens hälso- och sjukvård, hälsoval och tre socialchefer från länets kommuner. Ordförande är områdeschef från välfärd och folkhälsa.

Chefsgruppen social välfärd samt vård och omsorg har fortlöpande utsett deltagare till arbetsgrupper och tillgängliggjort sakkunniga till referensgrupper under projektets gång.

3.7 Kommunikationsplan

Projektet har haft en kommunikationsplan som har uppdaterats allt eftersom projektets olika faser. Kommunikationen utåt har i huvudsak skett genom samverkansstrukturens kommunikationskanaler och mötesforum.

3.8 Identifierade risker

Projektet är komplext och omfattande vilket i sig är en riskfaktor men det medför också att riskerna inte är statiska. Ordförande i styrgruppen och projektledaren hade därför ett uppdrag att löpande lyfta uppkomna risker till styrgruppen. En risk som identifierades inför projektstart var den ursprungliga tidsplanen, ett år var orealistiskt givet uppdraget. Orsaken var inte för att kunskapen saknas att tidsätta projekt, det är en direkt konsekvens av årliga stimulansmedel. Det har kompenseras för i ett tidigt skede.

Projektet löpte i princip parallellt med pandemin, vilket inte var förutsebart, och fick en effekt på både tidplan och verksamheternas förutsättningar att avsätta tid och resurser för att delta i arbetet.

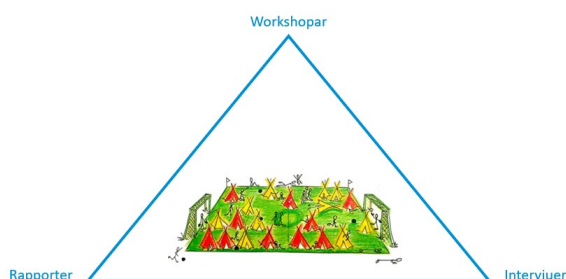
Det fanns även ytterligare ett antal faktorer som påverkade arbetsprocessen med framtagande av ny överenskommelse och troligtvis utfallet vid implementering som projektet inte har rådigheter över:

- Tempo och riktning på regionen och kommunernas omställningsarbete till en nära vård.
- Hantering av ambitionshöjningseffekter som kan bli en konsekvens vid tydliggörande av roller och ansvar samt omställning till nära vård.
- Organisationernas informationsöverföring till deras verksamheter.

Det fanns också en känsla och en framtida farhåga i kommuner om övervältring från regionen till kommunerna gällande avancerad hälso- och sjukvård i hemmet. Det framkom också uttryck att kommuner upplever att regionen har tolkningsföreträde i hälso- och sjukvårdsfrågor.

4. Metod och tillvägagångsätt

Workshopar, intervjuer, rapporter, utredningar och arbetsgrupper har varit grunden för att inhämta kunskap och underlag till överenskommelsen. I stora delar av projektet har det funnits tillgång till tjänstedesigner och kommunikatör som bidragit med visualisering av workshopsunderlag och paketering av resultat och kommunikationsunderlag.



Arbetet har i huvudsak genomförts med två faser, problemkartläggning (nuläge) och kartläggning av önskat läge. Under problemkartlägningsfasen genomfördes även arbetet med att ta fram en gemensam målbild.



Niklas Modig och Pär Ahlström. Detta är lean. Illustration: Helen Bågeryd

Överenskommelsen är formellt sett ett avtal där roller och ansvar beskrivs för överlåten hälso- och sjukvård men den är också en social konstruktion där parterna förväntas att uppleva ett värde av att samverka och samarbeta. För att lyckas behöver det etableras en samsyn om nuvarande utmaningar, en gemensam målbild och samsyn om innehållet i överenskommelsen.

Stora delar av workshopar och intervjuer under problemkartlägningsfasen har genomförts digitalt eftersom merparten av kartläggningarna genomfördes under pandemin med restriktioner för fysiska möten. Som stöd för workshoparna användes Miro som är ett digitalt verktyg och fungerar som en interaktiv whiteboardtavla och samarbetsplattform.

Projektuppdraget är omfattande därför upprättas delprocesser som samordnas av projektledaren.

Själva överenskommelsen, vilket slutrapporten i huvudsak omfattar, innehåller somatik, psykiatri och ställningstagande om barn under 18 år. Det arbete leds av projektledaren. Arbetet med den ekominnska modellen leds av Jan Sundelius, samordnare nära vård Region Örebro län, tillsammans med Ensolution. De här två processerna har gått hand i hand genom arbetet. Resultat av arbetet med ekonomimodellen finns redovisat i slutförslaget till överenskommelsen.



De övriga delprocesserna omfattas inte av bestämmelsen i 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Även dessa arbeten har redovisats i separata slutrapporter.

- **Gränssnitt rehabilitering**, Karin Hägerås fysioterapeut, Sarah Brorsson arbetsterapeut, Johan Wikberg fysioterapeut.
- **Egenvård**, Margit Gehrke Flyckt och Kristin Gustafsson, utvecklingsledare välfärd och folkhälsa, Region Örebro län
- **Samverkan nutrition**, Stina Engelheart, leg dietist, Med Dr, Örebro kommun
- **Medicintekniska produkter**, Ewa Slätmo, strateg Region Örebro län och Charlotte Dahlbom, tidigare socialchef Ljusnarsberg



Rehabilitering



Egenvård



Nutrition



Medicinska produkter

5. Resultat

5.1 Etableringsfas

I uppdragsdirektivet framkommer att under projektets etableringsfas behöver en aktuell kartläggning av hemsjukvården i Örebro län göras innefattande vårdbehov hos patienter, åldersfördelning, ekonomiska regleringar och omfattning. I kartläggningen ska även psykiatrisk hemsjukvård inkluderas enligt den särskilda överenskommelsen som finns. Detta ska göras innan projektplanen upprättas.

En kartläggning genomfördes i augusti 2020, rapporten finns i sin helhet i bilaga två, kartläggning av hemsjukvården i Örebro län. Resultatet visar att det finns inga tillgängliga mått i dag som är kvalitetssäkrade och redovisar vårdbehov eller omfattning per kommun eller länet i sin helhet. Oftast är indata av frekvensmått förenat med ekonomiska incitament, tex: timtaxa av insatser. Tillämpas månadsavgift försvinner oftast incitament att särredovisa frekvens.

Nationellt redovisas volymmått, antal personer fördelat på genus och åldersgrupper, och presenteras bland annat hos Socialstyrelsen. En lagförändring trädde i kraft 2019 där Socialstyrelsen efterfrågar kompletterande data om vilka vårdåtgärder (klassificering av vårdåtgärder, KVÅ) som utförs. Resultatet har ännu inte redovisats på grund av tekniska fel hos flertalet kommuner. Det ska dock tilläggas att i Örebro län har inte alla kommuner ställt om och dokumenterar insatser utifrån KVÅ, även om man begär in antal vårdåtgärder enligt KVÅ i länet så blir resultatet inte heltäckande. Redovisning av vårdåtgärder till Socialstyrelsen exkluderar också redovisning av delegerade insatser, vilket är en väsentlig mängd av insatser som kategoriseras under kommunal hälso- och sjukvård.

Gällande psykiatrisk hemsjukvård hämtas utdata från fakturaunderlag för att få underlag för antal personer som är mottagare av psykiatrisk hemsjukvård. En tidigare genomförd uppföljning av psykiatrisk hemsjukvård visar att processen kring inskrivning och fakturahanteringen inte är kvalitetssäkrad.

På det sätt som utdata är tillgängligt är det inte möjligt att redogöra de uppgifter som efterfrågas i projektdirektivet. Det finns idag ingen kvalitetssäkrat underlag för att definiera vad som är en hemsjukvårdspatient, hur många det finns eller i vilken frekvens/omfattning de får vårdinsatser/vårdåtgärder. Att inte kunna kartlägga ett aktuellt underlag gör att det i avtalsförförande kan bli utmanande både ur ett ekonomiskt perspektiv och kommande uppföljningar. Utifrån resultatet beslutas att en hemsjukvårdsmätning behöver upphandlas för att få fram ett nuläge och kunna utvärdera den ekonomiska modellen. Uppdraget inordnas i delprocessen för ekonomisk modell som leds av Jan Sundelius.

Det finns en projektplan upprättad för projektet men då uppdraget är så pass omfattande görs ingen detaljerad aktivitetsplan för projektet i sin helhet. ett tidsschema upprättas för när de olika delprocesserna ska genomföras. Varje steg i delprocesserna har kompletterats med en detaljerad tidsplan.

5.2 Länsgemensam målbild

I projektdirektivet framkommer att överenskommelsen ska innehålla en i organisationerna politiskt förankrad gemensam målbild och överenskommelsen ska också utgå från intentionerna i nära vård. En länsgemensam målbild för omställning till nära vård var vid den här tidpunkten också ett av kraven för att fortsätta få tillgång till statliga nära vård medel framåt. Syftet med det nationella kravet var att stimulera länens samverkansarbete i omställningen till en nära vård. En gemensam målbild är också en förutsättning för att kunna ta ut en riktning i ett gemensamt omställningsarbete mellan samverkansparter. Behovet av målbild från två uppdrag och perspektiv samordnades till ett gemensamt målbildsarbete.

Under hösten 2020 påbörjades planering av målbildsarbetet. Klara Palmberg Broryd, forskare och nationellt sakkunnig inom området komplexitet, anlätades som externt stöd för att planera och genomföra målbildsarbetet tillsammans med en arbetsgrupp med tjänstemän från Regional utveckling, Vårld och folkhälsa och Regionens hälso- och sjukvård. Målgruppen var politiker, chefstjänstepersoner samt andra nyckelpersoner, de är dem som behöver ta fram färdriktning. Tillvägagångsättet var tre digitala seminarier med både föreläsningar och grupparbete under april-september 2021.

Pandemin medförde även här att vi fick söka nya vägar för att arbeta med inkludering av invånare och medarbetare. För att få in berättelser i målbildsarbetet har ett verktyg med digitala paneler, Panelista, använts. Under arbetets gång har tre paneler, invånare, medarbetare och chefer besvarat frågor om vad som är viktigt för att vården ska fungera. Arbetsgruppen har bearbetat material från seminarierna, digitala paneler, andra regioners målarbete och egna styrdokument i samverkan. Den nationella utredningen har varit vägledande i analysarbetet.

Ett förslag på en gemensam målbild presenterades på det tredje och sista seminariet i september. Därefter har målbilden beretts i länets politiska forum för samverkan för att i oktober kunna lämna över målbilden för separata beslut i nämnder hos kommunerna och regionen i Örebro län. I april 2022 var målbilden politiskt förankrad och antagen av regionen och länets samtliga kommuner. Nu fanns en målbild på plats för den nya överenskommelsen och omställning till en nära vård.

Målbilden är uppställd i tre olika perspektiv - dels för att uppvisa, men också för att omfamna den komplexitet som omställningen och samverkan innebär.



Målbilden börjar med *invånarperspektivet* eftersom invånaren är huvudpersonen i våra verksamheter. Därefter är målbilden upptagen av vilken kontext den befinner sig i, det vill säga *samverkan* och beskriver hur vi samarbetar i en nära vård. Det tredje perspektivet utgår från *medarbetarna*. I de allra flesta fall är medarbetaren motorn i den nära vården och i det personcentrerade mötet med invånaren och har därför ett särskilt värde. Till varje perspektiv finns tillhörande målbildsformuleringar.

Utöver själva målbildsformuleringarna finns fem nyckelord:

- Tillit
- Samverkan
- Ansvar
- Personcentrering
- Hälsofrämjande

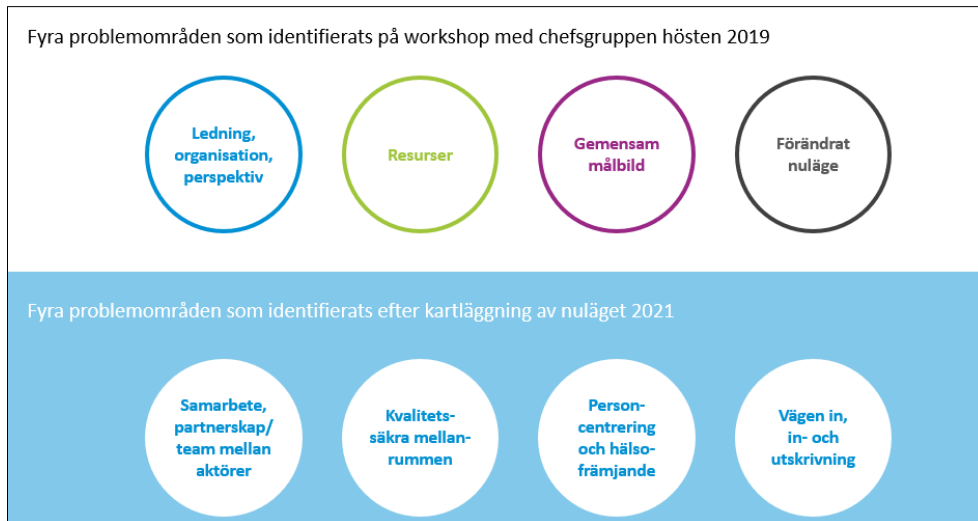
Tillit och ansvar är de två återkommande utmaningar och förutsättningar som har identifierats under målbildsarbetet. Samverkan signalerar den kontext som målbilden avser. Personcentrering och hälsofrämjande är grundkomponenter i omställningen till en nära vård. Rapporten för målbildsarbete finns i sin helhet som bilaga 3.

5.3 Problemkartläggning

Syftet med problemkartläggning eller nulägesanalys är att identifiera de utmaningar som det nuvarande arbetssättet eller nuläget har. Deltagare i problemkartläggningarna har varit verksamhetsnära professioner och chefer, medicinskt ansvariga och andra nyckelpersoner som utsetts av chefsgruppen.

Som tidigare nämnts gjorde chefsgruppen social välfärd samt vård och omsorg en kartläggning av problemområden i förstudien (2019). Resultatet av problemkartläggningen visar att det finns ett visst gap mellan chefsgruppens problemområden och de verksamhetsnära professionerna. Både grupperingarna identifierar organisatoriska mellanrum (det framkommer under chefsgruppens ledning, organisation, perspektiv). De verksamhetsnära professionerna ställer sig

bakom resursbristen. Därutöver lyfter de framför allt fram svårigheterna att arbeta i team och partnerskap mellan aktörer och bristande förutsättningar att arbeta personcentrerat och hälsofrämjande. Det största utmaningen som lyfts fram är att det inte finns samsyn kring vägen in till kommunal hemsjukvård eller in- och utskrivning.



Resultatet av problemkartläggningarna visar också vi har ”delad vårdnad” av våra gemensamma patienter. Trots lagstiftning om samverkan och överenskommelser om arbetssätt så finns det inga ekonomiska incitament eller strukturer som premierar samarbete- samverkan- teamarbete i det dagliga arbetet. Vi möts oftast vid överlämning, uppdelning av ditt och mitt ansvar och gränsdragningar (samordnad individuell planering). Även om en samordnad individuell plan upprättas uttrycker många att den inte ger ett reellt stöd i samverkansarbetet. Det går inte att aktivt följa framsteg eller förändringar i planen mellan den enskilde och de olika vårdaktörerna vilket gör att trots en gemensam planering så uppfattas ibland den samordnande vården som fragmentiserad. Informationsöverföring mellan verksamheter och huvudmän är krångligt, alla kommuner är inte heller producenter i nationell patientöversikt (NPÖ), vilken till viss del ger en ökad kunskap om händelser av betydelse vid uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvårdsinsatser.



För att klara av framtidens välfärdsuppdrag behöver regionen och länets kommuner arbeta mer främjande och förebyggande, den förskjutningen är en del av omställningen till nära vård. Det finns en del som är på plats men det finns också ett utvecklingsbehov, då parternas sätt organisera och resursbesätta ofta är reaktivt och inte proaktivt utifrån ett hälsofrämjande perspektiv. Det är särskilt framträdande inom rehabiliteringsområdet.

5.3.1 Specialiserad vård och primärvård

Gränsdragning mellan primärvård och specialiserad vård har tidigare varit hurvida personen befunnit sig på sjukhus eller i ordinärt boende. Den medicinska och tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvården gör att alltmer vård kan ske utanför sjukhuset och än mer i hemmet. Frågan som uppstår är när avancerad vård ska betraktas som specialiserad vård eller primärvård, och vem som är ansvarig för utförandet när vistelseformen inte längre är gränsdragningen. Den gränsdragningen är också av betydelse för att kunna ta ställning till hurvida avancerad vård för barn under 18 år är att betraktas som ett primärvårdsuppdrag eller ej.

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har tagit fram en vägledning för specialiserad vård² för att bidra i frågan. De beskriver gränsen som oskarp och att gränsen över tid behöver kunna förändras givet den medicinska och tekniska utvecklingen. Specialiserad vård i hemmet förutsätter, som SKR ser det, att det inte krävs någon särskild organisation eller särskilda personella och materiella resurser samt att det är av allmänt intresse för kommunens invånare. SKR gör dock ingen egen bedömning eller exempel om vad som är att betrakta som särskild i det här sammanhanget. SKR:s slutsats är att reglering av vad som är att betraktas som specialiserad vård behöver regleras i avtal mellan huvudmännen.

² [Specialiserad vård i hemmet](#)

Definitionen av specialiserad vård tar sin utgångspunkt från hälso- och sjukvårdslagens definition av primärvården. Samtidigt menar SKR att primärvårdens uppdrag inte är begränsat till enkla och okomplicerade insatser, utan primärvården svarar även för att ge mer kvalificerad vård. En vägledning är att uppgiften är vanligt förekommande

Chefsgrupp social välfärd samt vård och omsorg har under projekttiden beslutat att förutsättning för samverkan i det vårdnära arbetet avgör gränsdragning för specialiserad vård och primärvård. Det innebär att:

- I den regionala och kommunala primärvården finns utarbetade strukturer för samarbete och informationsöverföring mellan huvudmännen i vardagen. Insatser från vårdcentral till kommunal hemsjukvård inryms inom primärvårdsuppdraget för båda huvudmännen.
- Insatser från specialistvård förutsätter SIP krav där är säkerställande av kompetens och direktingång för läkarkontakt en förutsättning innan ett åtagande görs av den kommunala hemsjukvården.
- Det finns en särskild ordning för hur specialiserad vård kan överlämna insatser till kommunal hälso- och sjukvård (primärvårdsnivå) i överenskommelsen för samverkans vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

5.3.2 Processkartläggningar problem/nuläge

Processkartläggningar för att kartlägga problem och nuläget genomfördes under våren 2021.

5.3.3 Somatiskt svårt sjuka barn under 18 år

Frågeställningen om barn under 18 år ska ingå i överenskommelsen avser somatiskt svårt sjuka barn och unga upp till 18 år. En arbetsgrupp med representation från regionen och länets kommuner har arbetat med frågeställningen där arbetsgrupperna kommer att processkartlägga förutsättningar, hinder och utmaningar med stöd av tjänstedesigners. Under processkartläggningarna har även tio vårdnadshavare, med barn som är eller har varit

Definition av primärvård

Hälso-och sjukvårdslagen (2017:30)

2 kap. 6 § Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

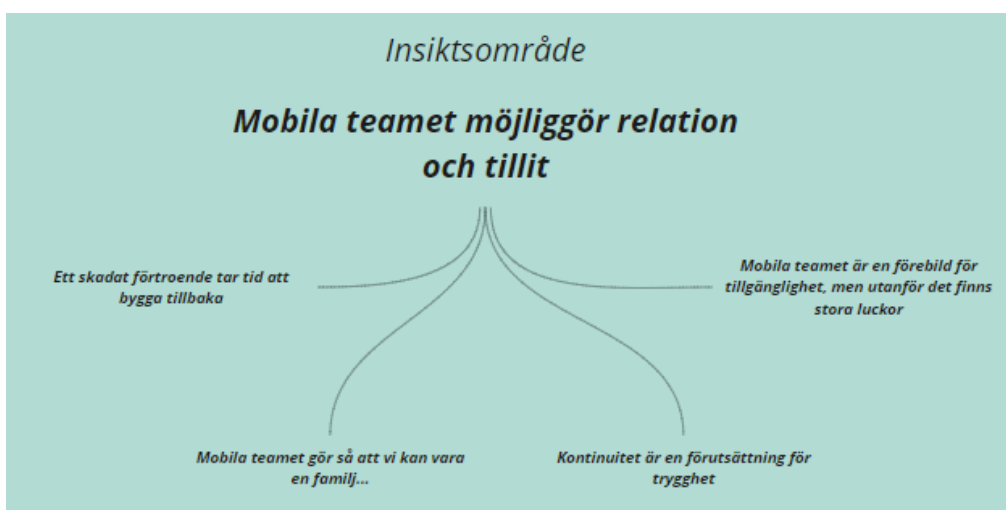
inskrivna på barn- och ungdomsmedicin och barnhabiliteringen på USÖ, intervjuats. Syftet med intervjuerna var att undersöka deras erfarenheter av hälso- och sjukvård för somatiskt svårt sjuka barn.

Resultatet av arbetet är en enig arbetsgrupp. Deras bedömning är att hälso- och sjukvård för somatiskt svårt sjuka barn under 18 kräver en särskild kompetens och ska därför inte omfattas av primärvårdsuppdraget. Förslaget är att ansvaret och uppdrag att utföra hälso- och sjukvård i hemmet för dessa barn kvarstår hos regionen. För nära vårdlösningar rekommenderar arbetsgruppen en utökning av barnklinikens mobila team.

Vårdnadshavarna som intervjuats uttrycker en hög tillit och förtroende för specialistvården men vården beskrivs samtidigt som fragmentiserad och bristande samordning när barnet har behov av flera vårdaktörer. Insikterna från de vårdnadshavare som intervjuats har klustrats till fyra insiktsområden:

- Samordning och ansvar
- Stödja och rusta föräldrar
- Kunskap
- Trygghet och tillit





Vårdnadshavarna beskriver på olika sätt en hög grad av belastning där de behöver vara både samordnare och dirigent för vården, omsorgen, skola och myndigheter samt bevakning och beställning av förbrukningsmaterial, utöver sitt föräldraansvar. Har barnet dessutom en funktionsnedsättning tillkommer ytterligare aktörer och

utmaningar. Många uttrycker en önskan om att avlastas med att samordna aktörerna kring barnets behov. De har alla beskrivningar på värdet av relation och kontinuitet i specialistvården där de som vårdnadshavare betraktas som en kompetent resurs. Men alla har också berättelser när de sökt akut vård, utanför ordinarie vårdkontakter, där deras kompetens och kunskap inte tagits till vara på eller på allvar, vilket har utsatt deras barn för livshotande situationer.

"Sökte via akuten med influensasymptom, läkaren skickade hem oss med motiveringen att influensa är jobbigt. Dagen efter kontaktas familjen av en ny läkare med besked om behov av omedelbar inläggning."

Egenvård lyfts fram som en utmaning när barnet har assistans i bostaden eller resurser i skolan. Det finns berättelser om allvarliga brister i basal hygien hos assistenter eller hur personal försökt att tappa urin med stöd av skriftlig instruktion och bilder i skolan. Det saknas grundläggande kompetens hos utförare och riskbedömningar och kompetenshöjande insatser från ordinator.

Det mobila teamet från barn- och ungdomsmedicin lyfts fram som en livlina för många av familjerna och skillnaden är stor när de inte längre finns att tillgå. Det mobila teamet beskrivs som en väg in och en samordnad hälso- och sjukvården. Det mobila teamet kan hjälpa familjen att samordna provtagning, röntgen och läkarbesök till samma sjukhusbesök. En vårdnadshavare uttryckte *"Mobila teamet gör så att vi kan vara en familj"*. Nedan följer några ytterligare citat om det mobila teamet.

"De litar på oss och våra bedömningar."

"Nu kommer Martin (mobila teamet) hem till oss. NN avbryter sin lek, provtagningen är över på fyra minuter i vårt vardagsrum och NN kan återgå till att leka."

"Idag har jag ägnat en halv dag åt att ringa runt, bevaka öppettider och stå i kö för att få tag på en läkare för bedömning så att vi slipper att åka in akut. När vi hade mobila teamet så räckte det med ett samtal..."

"NN har fyllt 18 år så nu behöver vi åka till sjukhuset för provtagningar. Vi bor så pass långt bort att det tar oss en halv dag att förflytta oss från dörr till dörr. NN:s allmäntillstånd är sådant att vi alltid måste stanna minst en gång på vägen och använda hostmaskin."

Sammanfattningsvis uttrycker vårdnadshavarna önskemål om:

- En väg in för hälso- och sjukvård.
- Att vården samordnas av vården.
- Att det finns samordningsstöd för att samordna övriga aktörer.
- Möjlighet till avlastning i föräldraansvaret och praktiska sysslor.
- Utökning av mobila teamet så att fler får tillgång och det finns ett likvärdigt stöd för unga vuxna.
- Bättre stöd med egenvård.

Utifrån intervjuerna med vårdnadshavarna bedöms det inte hjälpsamt att addera ytterligare en aktör (kommunal hemsjukvård), särskilt inte eftersom kommunen inte kan samordna besök eller provtagningar hos regionen.

Chefsgrupp social välfärd samt vård- och omsorg har beslutat att ansvaret för hälso- och sjukvård för barn under 18 år kvarstår hos regionen. Idag utför vissa kommuner punktinsatser i form av enstaka provtagningar enligt överenskommelse. Ställningstagandet hindrar inte ett sådant fortsatt förfarande.

Fortsatt arbete med identifierade insikter och brister inryms inte i projektets fortsatta uppdrag eftersom barn under 18 år inte omfattas av överenskommelsen. De delar som avser samordning av specialistvården och omfattning av mobilt team är inte en samverkansfråga, det behöver hanteras av regionen. Resultat av insikterna från intervjuer med vårdnadshavare har överlämnats till procesledaren för psykisk hälsa där ett parallellt arbete pågår med insatser för alla åldrar. Det finns ett behov av att fortsätta att arbeta för att stödja vårdnadshavarna och stöd med att samordna vården och omsorgen. Inom ramen för arbetet med psykisk hälsa har ett projektförslag med länsamordnare som utgår från en arbetsmodell, vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning³, tagits fram. Förslaget har presenterats för chefsgruppen social välfärd samt vård och omsorg. Beslutet blev att ytterligare kartläggningar och inventering av arbetssätt i länets kommuner behövs innan chefsgruppen redo att fatta beslut i frågan. Det finns samordningsstöd i några av länets kommuner redan idag. Insikterna om egenvård har lämnats över till den delprocessen.

5.3.4 Problemkartläggning somatik och psykiatri

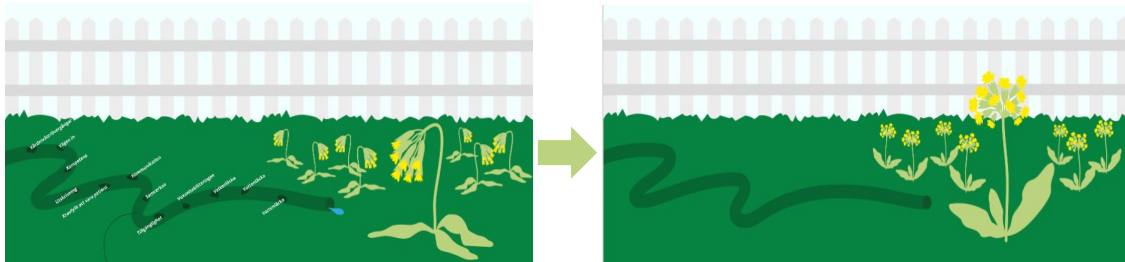
Arbetsgrupperna uppdrag var att utgå från befintlig överenskommelse och göra en processkartläggning utifrån nuläget, det vill säga hur man arbetar och om det finns följsamhet till överenskommelsen. Kartläggningen ska även omfatta de styrkor, utmaningar och hinder som finns i nuvarande överenskommelse. Chefsgrupp social

³ Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning

välfärd samt vård och omsorg har utsedd deltagare från både regionen och länets kommuner till de båda arbetsgrupperna.

För att så långt så möjligt undvika positioneringar och mjuka upp dialogen valde vi att utgå från en metafor som stöd för att identifiera utmaningar. Kartläggningarna gjordes digitalt vilket också bidrog till att vi valde att rama in workshoparna med en visualisering.

Vi använde en trädgårdsmetafor där vi under problemkartläggningen jobbade med vissna gullvivor i vår trädgård på grund av läckor i vår trädgårdsslang. Målsättningen är att få vår trädgård att blomma. Deltagarna jobbade med digitala post-it lappar, första uppgiften var att identifiera vilka utmaningar som finns i respektive roll utifrån den nuvarande överenskommelsen och i samverkan.



Resultatet klustrades och kategoriserades till rubriker. En fördjupad dialog gjordes därefter i mindre grupper utifrån de olika kluster där man fyllde på med ytterligare beskrivningar av utmaningarna. Man utforskade också vilka verktyg (styrkor) man har på plats.

Därefter gjordes en sortering av klusterområdena där man på en fyrfältsskala skulle skatta om utmaningen bedöms som enkel eller komplex samt om det bör/kan lösas ut på lång sikt eller kort sikt. Efter sorteringen fick varje deltagare tre färgpluppar för att rösta på vilka prioriteringar är mest prioriterade att arbeta vidare med.



När man gör den här formen av problemkartläggningar är det inte ovanligt att det även kommer fram problem som inte inryms inom projektets uppdrag. Läkemedelslista/hantering vid utskrivning är en sådan fråga som upptar mycket administration och frustration. SIP är ett annat område som är närbesläktat med överenskommelsen men hanteras i ett annat processuppdrag. Likaså inryms inte läkartid och bemanning inom projektuppdraget även om det är en förutsättning för den kommunala hälso- och sjukvården. Identifierade utmaningar kommer att fångas upp igen under kartläggningen av önskat läge men åtgärderna behöver hanteras separat utanför projektet. Det är utmaningar som påverkar förutsättningarna för samverkan.

I arbetsgruppen för psykiatrisk hemsjukvård prioriterade arbetsgruppen problem som bedöms som komplexa men behöver lösas ut på kort sikt. Det framkom flera exempel på hur personer sökt ”fel” ingång och blir hänvisad vidare i stället för att få hjälp att komma i kontakt rätt vårdaktör. Det upplevs som kravfyllt att vara patient och att på egen hand samordna eller ta initiativ till att söka vård, särskilt om man har nedsatt initiativförmåga eller insikt. Detta upplevs som särskilt framträdande i övergången från barnhabilitering till vuxenhabiliteringen. Det lyfts också fram behov av bättre samordning och samverkan vid utskrivning från slutenvård.

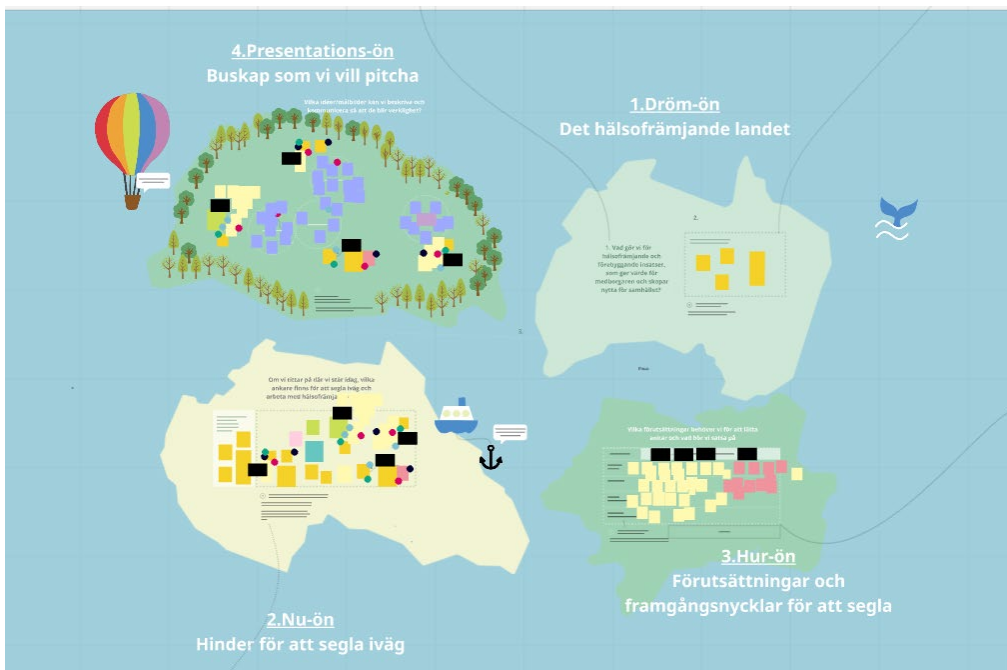


Den psykiatriska hemsjukvården omfattar dock i huvudsak läkemedelshantering, de identifierade behoven och insikterna behöver därför också integreras i samsjuklighetsarbetet och övrigt arbete med psykisk hälsa och utvecklingsarbete inom psykiatri som pågår parallellt i länet. Resultatet är överlämnat till processledaren för psykisk hälsa. Till det fortsatta arbetet med överenskommelsen finns det framför allt ett behov av att komplettera överenskommelsen med de delar som efterlyses från revideringen 2018 (ansvarsfördelning av arbetsterapeutinsatser) och en genomlysning av den ekonomiska regleringen. Idag omfattas inte den

psykiatriska hemsjukvården av skatteväxlingen eller tilläggsbelopp, kommunerna fakturerar psykiatrin för tid per patient.

5.3.5 Hälsöfrämjande, förebyggande och rehabilitering

Arbetsgruppens uppdrag var att göra en kartläggning av nuläget och önskat läge samt identifiera vilka hinder som finns. Även den här gruppen jobbade digitalt med en visuell processkartläggning. De började i att kartlägga dröm-ön, här finns det hälsöfrämjande landet. Därefter jobbade man med hinder för att kunna segla i väg. I det tredje steget utforskade gruppen förutsättningar och framgångsnycklar. Sista steget var att identifiera budskap (presentations-ön). Arbetet låg till grund för den kommande expeditionsresan, därav vatten-tema.



Resultat och budskapet från arbetsgruppen var:

- Omställning till nära vård ökar förutsättningarna för personcentrerad.
- Det behövs bättre budgetförutsättningar för att arbeta långsiktigt.
- Bättre samordning och samarbete mellan aktörer en förutsättning för att lyckas med framtidens välfärdsuppdrag.
- Länet behöver upprätta en strukturerad plan för det hälsöfrämjande långsiktiga arbetet.
- Vi behöver vara modiga – här och nu för kortsiktiga lösningar!
- Vi behöver kommunicera vad jämlikhet är – det inte samma som samma resurser till alla.

5.3.6 Problemkartläggning medicintekniska produkter

Under 2021 genomfördes också en problemkartläggning med en arbetsgrupp med representation från regionen och länets kommuner. LFA-metoden användes som metodik för kartläggningen.

Den gemensam problemformulering för medicintekniska produkter i samverkan blev:

1. Otydlig/okänd ansvarsfördelning gällande produkt – förbrukningsmaterial – service – ekonomi
2. Arbetssättet är inte sammanhållet
3. Oklart kostnadsansvar

Resultatet av kartläggningen visar att det finns en otydlig beställningsprocess med många aktörer i regionens hälso- och sjukvård. Det finns inte ett komplett utbud hos hemleverantör, det finns brister i upphandlingen. Nuvarande basutbud matchar inte nuvarande och framtida vårdnivå i kommunerna vilket leder till återkommande konflikter och utmaningar. Det behövs också en samsyn om vad som är ett rimligt basutbud i kommunerna. Det finns också en risk att egenvård kan bli en dyrare lösning för den enskilde än om den går till en vårdinrättning när allt mer insatser övergår till egenvård.

Det finns ett behov och mervärde att arbeta gemensamt i länet med att systematiskt kvalitetssäkra medicintekniska produkter, vi har inte jämlika förutsättningar men vi påverkar varandra. Det finns lagstiftningskrav med varierad följsamhet gällande besiktning, egenkontroller, spårbarhet och patientsäkerhet och arbetsmiljö i länet. Det finns också en ekonomisk angelägenhet för länet att kraftsamla tillsammans kring medicintekniska produkter. Förutsättningar för medicintekniska produkter påverkar direkt förutsättningar för hemgång från slutenvård/vistelse i ordinärt boende/särskilt boende. Ett uppdragsdirektiv tas fram och det tillsätts två utredningsresurser, en från regionen och en från kommunerna. Resultatet finns i en separat utredning.

5.4 Processkartläggning önskat läge somatik och psykiatri

Processkartläggningar för det önskade läget genomfördes från oktober till december 2021. Målbilden var inte formellt beslutad men det fanns ett beslutsförslag under beredning som projektet utgick ifrån. Arbetsgrupperna träffades vid två tillfällen, mellan tillfällena gjordes en sammanställning av resultatet och en workshop med medicinskt ansvariga i kommunerna.

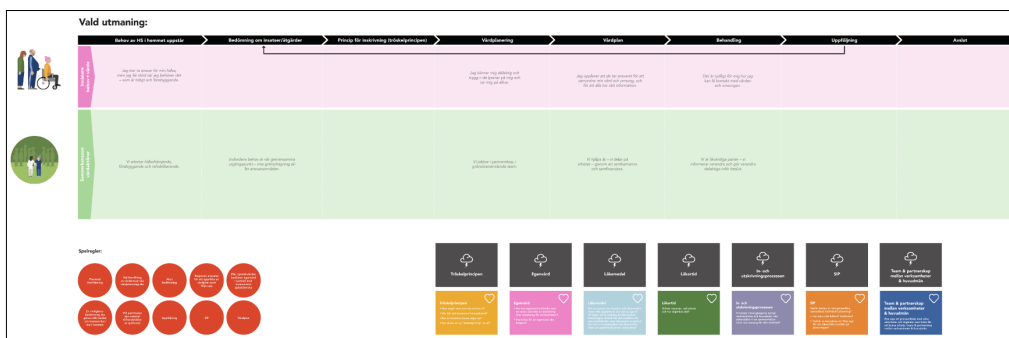
Vid tidpunkten för kartläggning av önskat läge av somatik skulle även en kartläggning göras av mobil sjukvård. De båda kartläggningarna behövde läkare och medicinska rådgivare från regionen, därför genomfördes en gemensam

processkartläggning i workshopsformat som anordnades vid fyra tillfällen. Fokus var samskapande av framtidens hälso- och sjukvård i hemmet utifrån ett verksamhetsnära och tvärprofessionellt perspektiv. Tillsammans fick deltagarna reflektera utifrån fyra patientresor med olika händelseförlopp och frågeställningar. De utmaningar och problem som identifierats i problemkartläggningen var integrerade i patientresorna. Vid problemkartläggningen som genomförts under våren framkom hos merparten av deltagarna i arbetsgrupperna att man inte upplever överenskommelserna som ett praktiskt stöd i vardagen, i stället tillämpas lokala och enskilda tolkningar. Vårdgivarwebben är inte heller den plattform som professionerna i första hand vänder sig till i sitt dagliga arbete för att få stöd eller vägledning vid gränsdragningsfrågor eller för förtydligande av ansvar och rollfördelning.






I den nuvarande överenskommelse om somatisk hemsjukvård beskrivs processen och aktiviteter i löpande text tillsammans med bakgrund och diskussioner i arbetsgrupp vilket gör att det är svårt att få en överblick av roller och ansvarsområdet för respektive huvudman och vad professionerna ska utföra i det vardagliga arbetet.

Inför processkartläggning av önskat läge valde vi därför att arbeta med en processkartläggning där innehållet i överenskommelsen struktureras upp i processteg. Vi jobbade med processtegen i kombination med de utmaningar som identifierats. Som ramverk för slutprodukten (termer och begrepp) behöver den ställas mot den nationella informationsstrukturen och personcentrerad vård. Rapporten om arbetet med processflödet finns i sin helhet i bilaga 4.

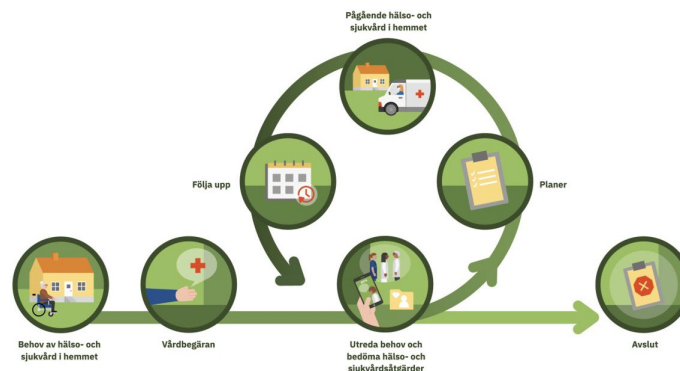
Uppdraget för arbetsgrupperna var att testa förslaget på processflöde och söka lösningar på de utmaningar som identifierats. I kartläggningarna som gjordes på två meter långa canvas fanns två simbassänger/perspektiv, invånarens behov och värde och vårdaktörernas roll i samverkanszonen. I ”simbassängerna” fanns även värden från målbilden.



Inför workshopen hade de problem och utmaningar som klustrats från workshoparna samlats ihop i utmaningskort. Några av de utmaningar som arbetades med var:

 <p>Tröskelprincipen</p>	 <p>Egenvård</p>	 <p>Läkemedel</p>
 <p>Tröskelprincipen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vem avgör vem som ska skrivas in? • När blir det kommunal hemsjukvård? • Ska en kommun kunna säga nej? • Hur skulle en ny "tröskelprincip" se ut? 	 <p>Egenvård</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur kan egenvård användas som en resurs och inte en belastning eller avlastning för verksamheter? • Vad krävs för att egenvård ska fungera? 	 <p>Läkemedel</p> <p>Om en person har Apodos och läkemedelslistan inte uppdateras kan det ta upp till 14 dagar att få ordning på läkemedels-hanteringen. Ibland kan det medföra att den enskilde blir utan läkemedel en period. Hur kan vi kvalitetsssäkra att läkemedelslistan är uppdaterad innan utskrivning?</p>
 <p>Läkartid</p>	 <p>In- och utskrivningsprocessen</p>	 <p>SIP</p>
 <p>Läkartid</p> <p>Utöver resurser, vad saknas och hur åtgärdas det?</p>	 <p>In- och utskrivningsprocessen</p> <p>Vi brister i övergångarna mellan verksamheter och huvudmän. Hur säkerställer vi en sammanhållen vård- och omsorg för den enskilde?</p>	 <p>SIP</p> <p>Varför brister vi i att genomföra samordnad individuell planering?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hur kan vi bli bättre? Vad krävs? • Vad är av betydelse att följa upp för att säkerställa kvaliteten på planeringen?
 <p>Team & partnerskap mellan verksamheter & huvudmän</p>		
 <p>Team & partnerskap mellan verksamheter & huvudmän</p> <p>Rita upp ett processflöde med vilka aktiviteter och åtgärder som krävs för att kunna arbeta i team & partnerskap mellan verksamheter & huvudmän.</p>		

Resultatet av arbetet blev ett processflöde som förankrades i styrgruppen och chefsgruppen social välfärd samt vård och omsorg i början på året 2022. Därefter tog en tjänstedesigner fram en modell som visualiserar processtegen som ligger till grund för överenskommelsen.



Det genomfördes även en digital remisskonferens den 17 mars 2022 med öppen inbjudan för att ge en orientering om var projektet befinner sig, vilka utmaningar som identifierats och vad som händer under 2022. Det fanns möjlighet att lämna synpunkter på processmodellen. Inga ytterligare synpunkter inkom, modellen betraktades därför som beslutad och accepterad.

Utmaningar kring läkemedel vid vårdens övergångar och läkartid har lyfts till regionen via styrgruppen. Läkartid regleras i en annan överenskommelse, den är i behov av översyn vilket också har lyfts till styrgruppen. De insikter och förbättringsförslag som gjorts gällande SIP har rapporterats till processledaren för VISAM. Insikterna kring egenvård och medicintekniska produkter resulterar i separata uppdragsdirektiv och för gränssnittfrågan om rehabilitering påbörjas en expeditonsresa.

Det övriga resultatet har lyfts in i det fortsatta arbetet med överenskommelsen.

5.5 Nivåindelning

Arbetet med nivåindelningen fortsatte parallellt med processkartläggningen för önskat läge. Projektet hade ett förslag att ersättas tröskelprincipen med nivåindelning. Innan tid avsattes för att utreda förslaget ställdes frågan till chefsgrupp social välfärd samt vård och omsorg om de två nedanstående frågeställningarna skulle utredas. Chefsgruppen beslutade att projektet skulle utreda frågeställningarna.

1. Är nivåindelning tillräckligt intressant för att utredas som ett förslag för att ersätta tröskelprincipen?
2. Ska vi utforska möjligheten att regionen också ska utföra hälso- och sjukvård i hemmet för vissa patientgrupper? ("Hembesökspatient").

Utredningen visade att på pappret är nivåindelning en bra idé men det förutsätter att invånarnas behov är statiska och så är sällan fallet. Nivåindelning behövs dock för att kartlägga kategorier av patienter för att följa utvecklingen av hälso- och sjukvård i hemmet. Men att också tillämpa det som en sortering av behov vid inskrivning innebär en hög risk för att det blir administrativt krångligt och att tid läggs på att ompröva nivåer. Slutsatsen är att försöka hålla det enkelt så enkelt så möjligt och arbeta med att förtydliga kriterierna och processen för in- och utskrivning. Vi behöver också i mycket större utsträckning ha en planerad vård för att bättre möta förändringar av behov.

Som en del i nivåindelningen fanns ett förslag att utforska om ”hembesökspatientens” insatser skulle utföras av regionen. Till den ekonomiska beräkningen gjorde Ensolution en vårdtyngdsmätning i fem av länets kommuner som även har använts som analysunderlag till frågeställningen om regionen (vårdcentralerna) ska utföra vissa insatser i hemmet. De insatser som var aktuella att utforska var sällaninsatser som utförs med regelbundenhet men inte dagligen, t ex: provtagningar och viss sårvård. Mätningen, som är en bilaga till ekonomirapporten, visar att det finns ingen övervikt av den typen av sällan insatser. Det finns alltså inget mervärde att göra en sådan omfördelning av insatser i hemmet.

Utredningens resultat blev en omvärdering av förslaget med nivåindelning. Ett sådant förfarande skulle medföra en hög risk för ökad administration för de vårdnära professionerna. Det finns fortfarande ett behov av att mäta och följa utvecklingen av vårdbehov och vårdnivåer. En sådan mätning kan komma att belasta vårdpersonalen vid mätperioder innan den kan automatiseras men den ska inte belasta vårdpersonalen i det dagliga arbetet.

5.6 Beredning och beslutsprocess

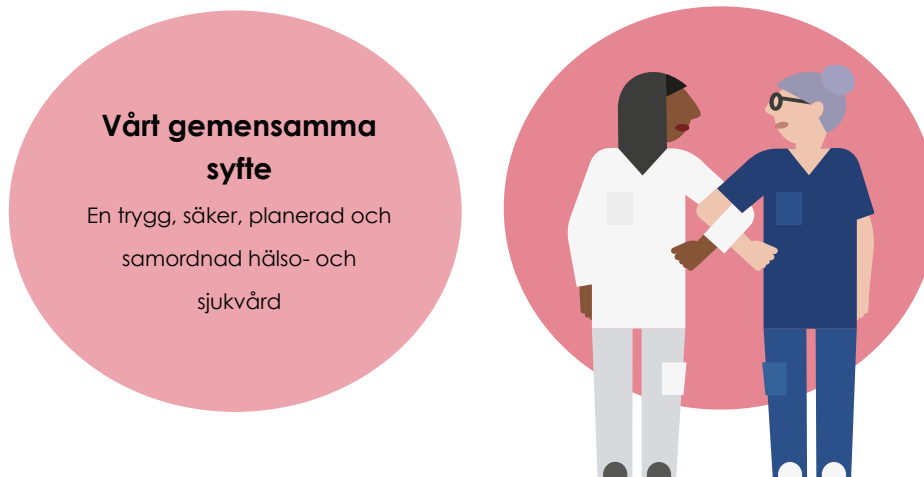
Under våren 2023 genomfördes två tjänstepersonsremisser för regionen och länets kommuner. Därefter genomfördes en remisskonferens med chefsgrupp social välfärd samt vård och omsorg den 30-31 mars 2023. Syftet med konferensen var att förankra innehållet i överenskommelsen och inhämta synpunkter på förslaget. Ytterligare justeringar gjordes och efter klartecken från chefsgruppen påbörjades den politiska beslutsprocessen i september 2023. För att stödja remisshanteringen genomfördes en remisskonferens den 6 oktober 2023. Målgrupp för konferensen var politiker i beslutande nämnder, kommunchefer, socialchefer och områdeschefer för vård- och omsorg. Avsikten var inledningsvis att remissperioden skulle pågå från september till december 2023. Efter önskemål för politiska nämnder förlängdes remisstiden till 31 mars 2024.

5.6.1 Hantering och bearbetning av remissvar

1 april – 22 maj 2024

Remissvaren hanterades tillsammans med en referensgrupp med representanter från Regionen och länets kommuner för att ta fram ett beslutsförslag. Till själva överenskommelsen inkom 101 kommentarer som omhändertogs och bidrog till att förbättra och tydliggöra texterna. I ramverket till överenskommelsen tillkom ett nytt avsnitt avseende oenighet vid inskrivning i kommunal hemsjukvård och förtydligande i avsnittet om uppföljning av överenskommelsen inklusive tilläggsbelopp

Det som överraskade var att fem kommuner av olika skäl inte ställde sig bakom remissförslaget. För att lösa ut oenigheter genomfördes dialogmöten med tjänstepersoner och politik från båda huvudmännen i de fem kommunerna vilket bidrog till ytterligare förtydligande. Det framkom också önskemål om att se implementeringsplanen innan beslut. Det blev inför dessa möten också tydligt att saknades en beskrivning av ett tydligt syfte med överenskommelsen, det räcker inte med bara en målbild för att kommunicera. Därför togs ett syfte fram.



Det fanns också behov av att zooma in och förtydliga vilka frågor som överenskommelsen har rådighet över. Det fanns frustrationer av bland annat brister i bemanning av läkare på vårdcentraler och förändringar i kollektivtrafiken som påverkade dialogen om överenskommelsen.

Samverkan om nutrition och egenvård hade tidigare lösts ut med en ny överenskommelse för nutritionsvårdprocessen och en ny riktlinje för egenvård. Beslut i dessa två frågor hade hanterats på tjänstepersonsnivå.

Avsikten var att processa beslut om medicintekniska produkter och strategi för rehabilitering (resultatet av expeditonsresan) samtidigt som överenskommelsen. Det är områden som påverkar varandra även om de inte regleras i samma bestämmelser.

Rehabilitering på primärvårdsnivå är en viktig del i hälso- och sjukvården men det nuvarande gränssnittet medför att den egentligen inte omfattas av själva överenskommelsen. Det fanns därför en bilaga med en strategi för rehabilitering. Merparten av kommunerna ville dock hellre se en förändring i gränssnittet. Det genomfördes under den här perioden en systemanalys av effektiv styrning för att utforska om föreslagen strategi skulle kunna lösa de nuvarande gränssnittsutmaningarna genom en bättre systemledning. Resultat var tufft men tydligt, strategin löser varken resursfrågan eller brister i informationsöverföring. Med stöd av systemanalysen blir förslaget i stället att parkera strategin och föreslå en förändring av gränssnittet för rehabilitering.

Medicintekniska produkter föreslog att parterna ställde sig bakom en fortsatt arbete för att utforska en gemensam styrning och ledning och en gemensam förvaltningen för medicintekniska produkter. De huvudmän som sa nej var ändå öppna för att fortsätta utforska frågeställningarna, ett fortsatt arbete pågår i frågan. Även detta område lyftes ut från den fortsatta beslutsprocessen.

Sammanfattningsvis fanns nu ett förslag för beslut och de kommuner som tidigare hade reserverat sig ställde sig nu bakom det nya förslaget.

5.6.2 Förankring av förslag till beslut

28 maj - september 2024

Tidsplanering var att ha ett färdigt förslag till beslut till 2024-06-30 som skulle skickas ut för beslutsprocess från september till december. Avsikten är att överenskommelsen ska gälla från 2025-01-01.

För att bereda inför beslutsprocessen gjordes en förankring av förslag till beslut hos:

- Styrgruppen för ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet
- Chefsgrupp social välfärd samt vård och omsorg
- Specifika samverkansrådet social välfärd samt vård och omsorg
- Hälso- och sjukvårdsdirektör i regionen
- Regional samverkansgrupp KC/RD
- Regionala samverkansrådet

På regionala samverkansrådet (sammanträde 2024-09-13) inkommer en redaktionell förändring som inte påverkar innehållet i överenskommelsen. Med den justeringen fattas följande beslut:

- Det regionala samverkansrådet godkänner att förslaget tas vidare för ordinarie politiska beslutsprocesser i länets kommuner och i Region Örebro län.

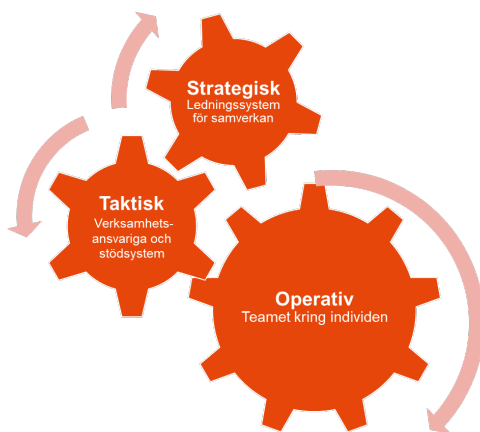
- Det regionala samverkansrådet ställer sig bakom förslaget till ny överenskommelse och rekommenderar parterna att fatta beslut enligt förslag.

5.6.3 Beslutsprocess

Den 26 september 2024 skickas ett missiv och beslutsunderlag ut till kommunerna och regionen för att fatta beslut om en ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet med ikraftträdande 2025-01-01.

6. Implementeringsplan

Implementeringen av överenskommelsen kräver ett organisatoriskt samspel mellan flera nivåer för att ge medarbetarna och organisationerna rätt förutsättningar. Strategiskt innebär det att samverkansorganisationen utser de funktioner som behövs till oenighetsgrupperingen och att planen för uppföljning kommer in på agendan, den ska justeras årligen. Det finns även ett antal överenskommelser som påverkas av beslutet om en ny överenskommelse, de revideringarna behöver omhändertas. På taktisk nivå behöver varje huvudman och förvaltningar göra en översyn av vilket stöd och vilka förändringar som behöver göras för att vara följsam till överenskommelsen. Det största utmaningen är troligtvis på operativ nivå, att göra innehållet i överenskommelsen känd hos berörda medarbetare.



Projektet har tagit fram ett stödmaterial för implementering. Respektive huvudman behöver utse implementeringspersoner, varje part avgör antalet personer. Uppdraget är dels att leda den gap-analys som ska genomföras gemensamt mellan vårdcentralerna och den kommunala hemsjukvården, dels att förbereda och stödja sin egen organisation vid implementering. Det finns ett dialogmaterial och en mall för gemensamma handlingsplaner som underlag till gap-analysen som ska genomföras senast mars 2025.

Det finns också ett stödmaterial till implementeringspersonerna med frågor som kan användas för att förbereda sin verksamhet inför gap-analysen och undersöka vilka processer man har på plats. Stödmaterialen kan även användas om man bedömer att parterna behöver fördjupade följdfrågor under GAP-analysen. Frågorna är även lämpliga att använda vid uppföljning av eventuell upprättad handlingsplan. Stödmaterialen ger också implementeringspersonerna en kunskapshöjning i innehållet i överenskommelsen och är ett bra stöd inför uppdraget som implementeringsperson.

Välfärd och folkhälsa har ett uppdrag att introducera och stödja implementeringspersonerna i deras uppdrag.

7. Risk- och konsekvensanalys

Som underlag för bedömning av risk- och konsekvensanalys har projektet använt rekommenderad mall för projekt på Regional utveckling.

Bedöm Sannolikhet och konsekvens enligt tabell nedan:	
Sannolikhet	
4 Mycket Stor sannolikhet	Risken finns i väsentliga delar av verksamheten/projektet redan i dag.
3. Stor sannolikhet	Kan inträffa. Finns redan tecken på att den kan inträffa idag.
2. Liten sannolikhet	Inträffar inte under normala omständigheter.
1. Mycket liten sannolikhet	Praktiskt taget obefintlig risk.
Konsekvens	
4. Mycket allvarig	Projektet stoppas
3. Allvarig, betydande	Kräver omfattande åtgärder för att gå vidare med projektet med påverkan på tid, resurser, ekonomi
2. Lindrig, måttlig	Kan åtgärdas, med liten insats för att gå vidare med projektet
1. Försumbar, mindre	Inga särskilda åtgärder behöver vidtas för att kunna gå vidare med projektet

Styrgruppen har identifierat tio risker som har riskbedömts. 1–4 är låg risk, 5–8 är en betydande risk och 9–12 är hög risk. I nästa fas av projektet behöver riskerna hanteras och följas upp regelbundet.

Nr	Risk	Sannolikhet	Konsekvens	Poäng
1	Implementeringsperson/person saknas i verksamheten	3 – Stor sannolikhet att det kommer att inträffa i några verksamheter.	2 – Det finns funktioner som skulle vara lämpliga i respektive organisation. T ex: MAS, processledare, vårdsamordnare, utskrivningssamordnare,	6

			verksamhetsutvecklare. Det handlar om att ta ledarskap och prioritera insatsen.	
2	Kunskap om ny överenskommelse (intern information & kommunikation)	4 – Det är en av våra stora utmaningar idag, i allmänhet. Det är inte unikt för det här projektet. Men vi har sett det återkommande i t ex: remisshanteringen.	3 – Är det okänt så kommer finns det en hög risk att det uppstår skav mellan verksamheter/organisationer, tilliten påverkas. Det är viktigt att implementeringen går i någorlunda jämn takt mellan parterna.	12
3	Förändringsmättnad	4 – Behov av förändrat arbetssätt i relation till det ekonomiska läget utmanar. Det pågår stora förändringsarbetet som kräver uppmärksamhet, nytt verksamhetssystem, ny socialtjänstlag. Det finns en trängsel om samma målgrupp.	3 – Bedömningen är en trea utifrån påverkan på tidsplan och tillgängliga resurser.	12
4	Resurser och kapacitet att förändra arbetssätt	3 – Vi har en historia där vi inte är framgångsrika att implementera överenskommelser. I kombination med brist på kommunikation och förändringsmättnad uppstår en hög risk.	3 – Om det inte finns en strukturerad implementeringsstrategi, prioritering och uttalat stöd från ledningen så uppstår betydande konsekvens för införandet.	12
5	Byte av projektledare	4 – Det har redan skett	2 – Det finns en ny projektledare på plats. Det finns en risk att viss kunskap om bakgrund och process och går förlorad. Under hösten finns utrymme för kunskapsinhämtning under beslutsprocess som medför att konsekvens som en tvåa.	8

6	Risk - berör många personer, storleken på organisationerna	4 – Det är en av våra stora utmaningar idag, i allmänhet. Det är inte unikt för det här projektet. Men vi har sett det återkommande i t ex: remisshanteringen.	3 – Det är en utmaning att nå ut med kommunikation på ett verksamhetsanpassat sätt till alla.	12
7	Bristande lojalitet gentemot beslut	3 – Vi ser bristande följsamhet till flera överenskommelser idag.	2 – Det förutsätter arenor för dialog på alla verksamhetsnivåer. Om man säkerställer att det finns relationer, tillitsfullt förhållningsätt och ökad uppföljning bedömer vi att konsekvensen blir en tvåa.	6
8	Brist på uppföljning	2 – Uppföljning är en viktig faktor för att fånga upp implementeringstakt. Är parterna följsamma till uppföljningsplanen bedöms risken som en tvåa.	2 – Risken som bedöms som tvåa under förutsättning att plan för uppföljning beslutas enligt ordning i chefsgruppen och att planen följs.	4
9	Risk för undanträngnings-effekter (tex pandemi, världsläget, etc.)	2 – Om det inträffar behöver nya prioriteringar att göras.	4	6
10	Att inte ha ekonomiska förutsättningar på plats och möjlighet att prioritera ett införande och det åtagande man har förpliktat sig till.	3 – Finns en sannolikhet att parternas ekonomiska underskott påverkar tillgång till resurser för implementering och förutsättningar för medarbetare att förändra arbetssätt.	3 – Det krävs en tydlig ledning om att införandet bedöms som prioriterat och att resurser för införandet säkerställs.	6

8. Insikter och avslutning

Projektets uppdrag var att skapa en framtida överenskommelse som ger förutsättningar för ett nytt och mer ändamålsenligt sätt att lösa de svårigheter som nuvarande överenskommelse innebär samt ge förutsättningar för förverkligande av intentionerna i omställningen till en nära vård. Projektet ska även leverera ett förslag till implementering och en risk och konsekvensanalys. Överenskommelsen ska även innehålla en i organisationerna politiskt förankrad gemensam målbild.

I uppdragsdirektivet framkommer att projektet har lyckats när överenskommelsen och implementeringsplan har antagits samt en risk- och konsekvensanalys.

Projektledarens bedömning är att de delarna av uppdraget är slutfört. Det finns ett förslag till beslut om en ny överenskommelse, en risk- och konsekvensanalys är genomförd och det finns ett stöd för implementering. Projektet har även bidragit med att ta fram en målbild som gäller både för omställning till nära vård och överenskommelsen.

Under projekttiden har det beslutats om en ny överenskommelse för nutritionsvårdprocessen och en riktlinje för egenvårdsbedömning. Gränssnittsfrågan för rehabilitering är inte löst men det pågår en ekonomisk beräkning och en viljeriktning från politiken att lösa ut gränssnittet. Delprocessen för medicintekniska produkter är inte heller färdig men arbete pågår.

Att projektet har varit genomförbart beror på till stor del på styrgruppen och chefsgruppen social välfärd samt vård och omsorgs engagemang i frågan och tillgängliggörande av deltagare till olika arbetsgrupper, detta till trots att det under stora delar av projektet pågick en pandemi. Det har genom projekttiden funnits utrymme för dialog och god respekt för varandras perspektiv. Vid kritiska punkter har såväl styrgrupp som chefsgrupp tagit ägandeskap och fungerat som ambassadörer. En framgångsfaktor, som säkert utmanat, är att överenskommelsen varit uppe på agendan under nästan varje möte under fyra års tid men det har bidragit till igenkänning, vilket underlättat förankringen inför den politiska beredningen och beslutsprocessen.

Inför slutförslaget genomfördes ett internat med chefsgruppen där bara överenskommelsefrågan var på agendan. Där fanns tid för gruppsamtal och gemensamma samtal och möjlighet att gå ner på djupet i de olika förslagen. Den aktiviteten var av betydelse för att komma framåt till ett slutförslag.

Ekonomimodellen är en ohörd kritisk punkt. Det har varit en framgångsfaktor att projektet använde en extern konsult med högt förtroende som gjort de ekonomiska

beräkningarna tillsammans med arbetsgruppen, med deltagare från regionen och länets kommuner. Det har bidragit till en neutral upplevelse och hög trovärdighet av mätresultatet. Det har också underlättat att regionen och länets ekonomidirektörer/chefer fick i uppdrag att ta ställning till förslaget om ekonomimodell, även om det var utmanande vid tidpunkten när det skedde. De ställde sig bakom förslaget och det har bidragit positivt inför de politiska samtalen som genomfördes under beredningsprocessen.

En återkommande utmaning i projektet är kommunikation och information utanför samverkansstrukturen. Det ser olika ut hur förankringen skett neråt i respektive huvudmans organisation. Det blev framför allt synligt i remissförfarandet. Hade vi vetat på förhand att projektet skulle pågå under nästa fyra år så hade kommunikationsstrategin sett något annorlunda ut. Vi har också haft deltagare som klivit av och på under projektets gång, det har påverkat förankringen av de olika delarna i överenskommelsen. Vi har fått viss kritik från några grupperingar, att man inte känt sig delaktig hela vägen eller kunnat påverka en del av besluten. Det spelar mindre roll att projektet kan påvisa att information har getts under projektets gång, känslan kvarstår. I framtida projekt så kan det vara klokt att utgå från ett mottagarperspektiv och ställa frågan på vilket sätt olika grupperingar behöver eller önskar får information och vara delaktiga i stället för att göra kommunikationsaktiviteter där projektet är sändare till identifierade målgrupper.

Avslutningsvis, en bidragande framgångsfaktor för att kunna planera alla workshopar och hantera hundratals post-it lappar och underlag som inkommit från alla grupparbeten och workshopar är stödet från kommunikatörer och tjänstedesigners. De har på ett förtjänstfullt sätt bidragit med stöd att paketera resultat, tagit fram mallar och presentationer till remisskonferenser och andra mötesformer.

9. Bilagor

Bilaga 1 Projektdirektiv

Bilaga 2 Kartläggning av hemsjukvården i Örebro län

Bilaga 3 Rapporten för målbildsarbete

Bilaga 4 Rapport processflöde i samverkanszonen

Region Örebro Län
Ny överenskommelse om
hälso och sjukvård i hemmet
Projektägare

Projektdirektiv 1(7)
Datum 2020-01-24 Dnr
Version 1

Projektnamn

Ny överenskommelse om hälso- och sjukvård i hemmet

Projektägare

Ingmar Ångman, områdeschef Valfärd och folkhälsa

Checklista inför beslut, BP1

JA NEJ

	JA	NEJ
Är effektmålen mätbara och tidsatta?		
Innehåller Projektdirektivet en nyttoanalys?		
Finns det en beskrivning hur effektmålen ska följas upp?		
Är projektmålen tydliga och realistiska enligt TRUMF-modellen?		
Är projektets avgränsningar tydligt beskrivna?		
Är förväntat resultat (leveransen) från projektet tydligt beskrivet och kopplat till verksamhetsplanen och den regionala utvecklingsstrategin?		
Finns det en beskrivning hur projektmålen ska utvärderas i avvecklingsfasen?		
Är projektledare utsedd?		
Är styrgrupp utsedd?		
Är referensgrupp utsedd?		
Är projektet tidsatt med aktiviteter?		
Är andra enheter/personer som berörs av projektet vidtalade, t.ex. ekonomiavd?		
Är ansvarig person för Etableringsfasen utsedd?		
Är nödvändiga personalresurser kontaktade och säkrade inför Etableringsfasen?		
Är Etableringsfasen planerad och beskriven med kostnader, finansiering, resurser, tid, aktiviteter, leveranser och resultat?		
Har projektägaren gjort en riskanalys för projektets genomförande?		

**Region Örebro Län
Ny överenskommelse om
hälso och sjukvård i hemmet
Projektägare**

**Projektdirektiv 2(7)
Datum 2020-01-24 Dnr
Version 1**

Kryssa i rutan för vilket alternativ som gäller (besluten ska tas av projektägaren/enhetschef/områdeschef)

	JA	NEJ	Datum	Underskrift:
Beslut att starta Etableringsfasen, BP1				
Beslut att bordlägga projektet. Beslut kan inte tas förrän ytterligare information presenteras.				
Beslut att avveckla projektet.				

Skäl för NEJ-beslut:

1. Bakgrund, syfte, strategier och mål

1.1. Idé och bakgrund

Behov finns att mellan regionen och kommunerna utforma en ny överenskommelse om hälso och sjukvård i hemmet. Nuvarande hemsjukvårdsavtal konstruerades 2004 och har sedan reviderats ett antal gånger. Nuvarande avtal är över 15 år och hemsjukvården gick över i kommunal regi i och med Ädelreformen 1992, det kan konstateras att det skett radikala förändringar när det gäller hemsjukvårdens innehåll. Från avtalet antogs till idag har det i sot omfattning skett en fortsatt och mycket kraftfull utveckling av överföring av vård och behandlingsinsatser från sjukhusen i länet till öppen vård och vård i hemmet.

I denna överenskommelse är ”gränssnitt” det som diskuteras och det som förhandlas fram. I den nya överenskommelse om samverkan som arbetats fram är tillitsbaserad baserad samverkan och gemensamt ansvarstagande de viktigaste byggstenarna. Utgångspunkterna i en ny överenskommelse gällande hälso och sjukvård i hemmet och överenskommelsen om samverkan behöver harmoniseras.

Nationellt pågår också arbetet med omställning till ”God och nära vård”. Tanken är att förskjuta insatserna från slutet till öppen vård, öka tillgänglighet och delaktigheten hos patienterna.

1.2. Syfte

Nuvarande avtal om hemsjukvård ifrågasätts

- Nuvarande gränssnitt för rehabilitering – arbetsterapeuters och fysioterapeuters roller hos respektive huvudman
- Hemsjukvård för barn under 18 år
- Hemsjukvård för patienter inom psykiatri
- Samverkan nutrition
- Utvecklingen av Nära vård med vård med allt tyngre patientgrupper utanför sjukhusen där nuvarande avtal inte stödjer denna utveckling. Oklarheter finns avseende vem som får göra vad vid hemsjukvård på primärvårdsnivå, specialistnivå och hemsjukvård som utförs på delegation från specialistsjukvården.

Ansvarsfördelningen av medicinsk tekniska produkter

Syftet är att skapa en framtida överenskommelse som ger förutsättningar för ett nytt och mer ändamålsenligt sätt att lösa de svårigheter som nuvarande överenskommelse innebär samt ge förutsättningar för förverkligande av intentionerna i en ”God och nära vård”.

1.3. Strategier

Tillskapandet av en ny överenskommelse om hälso- och sjukvård i hemmet är en del i förverkligandet av handlingsplanen ”Sammanhållen vård och omsorg” som utgår från RUSens prioriterade område ”Hälsofrämjande arbete och hälso- och sjukvård”. Frågan ligger också linje med den nationella utvecklingen.

1.4. Effektmål och nyttoanalys

En ny överenskommelse om hälso och sjukvård i hemmet ska skapa förutsättningar för ett fungerande samspel mellan de olika vårdgivarna så att patienterna upplever en fungerande vårdkedja där de insatser som ges samspelar och lämnas på ett så effektivt vis som möjligt. Detta förutsätter fungerande samverkan mellan olika vårdgivare och former av vård; slutenvård, specialistvård, primärvård, hemsjukvård... Det ska tydliggöra det gemensamma ansvaret liksom ansvaret inom den egna organisationen. Projektet ska leverera förslag till en ny överenskommelse samt en planering för hur denna kan implementeras. En risk och konsekvensanalys ska ingå.

Projektet har lyckats när en överenskommelse och implementeringsplan har antagits.

1.5. Projektmål enligt TRUMF

En överenskommelse tillsammans med implementeringsplan är antagen under 2021. Överenskommelsen innehåller en i organisationerna politiskt förankrad gemensam målbild. Överenskommelsen skapar förutsättningar för att nuvarande brister vad gäller samverkan undanröjs. Överenskommelsen skapar förutsättningar för genomförande av ”en god och nära vård” i Örebro län.

1.6. Förväntat resultat av Etableringsfasen

En förstudie är genomförd. Med den som grund ska under etableringsfasen en projektplan utarbetas. Projektplanen ska innehålla en beskrivning av vilka aktiviteter som ska genomföras samt olika arbetsgrupper och resurspersoner som behövs för genomförandet. Under etableringsfasen behöver också en aktuell kartläggning av hemsjukvården i Örebro län göras innefattande vårdbehov hos patienter, åldersfördelning, ekonomiska regleringar och omfattning. kartläggningen inkluderas även psykiatrisk hemsjukvård enligt den särskilda överenskommelsen som finns.

1.7. Uppföljning

Uppföljning av projektet sker i anslutning till dess avslutande.

1.8. Avgränsningar

Projektet ska leverera förslag till ny överenskommelse. Genomförandet av överenskommelsen är nästa steg i processen men ligger inte inom projektets uppdrag.

1.9. Målgrupper

Ytterst är målgruppen personer som är i behov av hälso och sjukvård i hemmet.

Primär målgrupp är chefer och politiker på övergripande nivå inom regionens och kommunernas hälso och sjukvård.

2. Leverans och utvärdering

Projektet ska leverera ett förslag till överenskommelse om hälso och sjukvård i hemmet med tillhörande implementeringsplan. En risk och konsekvensanalys ska ingå.

3. Krav på projektet

3.1. Förutsättningar

I förstudien finns legala och historiska förutsättningar beskrivna.

4. Projektorganisation

4.1. Projektledare

En projektledare ska anställas för genomförande av projektet. Projektledaren ska ha god kännedom om området och de särskilda förutsättningar som finns i vårt län. Projektledaren ska ha förtroende hos de organisationer som berörs. Förmåga och kunskap i projektledning är ett krav.

Projektledaren anställs inom Vårdförvaltningen och folkhälsa men knyts till den grupp inom Hälso och sjukvårdsförvaltningen som arbetar med uppdraget kring införande av en god och nära vård. I den del som avser samverkan rapporterar gruppen till samverkansstrukturen genom den styrgrupp för samverkan som är utsedd.

Projektledaren samverkar med länsdelarnas samverkansledare och utvecklingsledare på Vårdförvaltningen och folkhälsa.

4.2. Styrgrupp

Styrgrupp är utsedd av chefsgruppen för social välfärd samt vård och omsorg och leds av projektägaren. I styrgruppen ingår därutöver två representanter för länets kommuner, två representanter för regionens hälso- och sjukvård samordnaren inom hälso och sjukvården för en god och nära vård. Styrgruppens namn är samverkan för en god och nära vård.

4.3. Referensgrupper

Chefsgruppen för social välfärd samt vård och omsorg utgör projektets första referensgrupp. Till chefsgruppen ska löpande rapporter lämnas och frågor av vikt stämmas av. Övergripande beslut för projektet fattas i chefsgruppen. Nätverket för samverkansledare är en andra referensgrupp för mer verksamhetsnära frågeställningar. Referenspersoner med patient/anhörigerfarenhet ska knytas till projektet. Specifika samverkansrådet för social välfärd samt vård och omsorg utgör politisk referensgrupp.

Under projektets gång är det väsentligt med förankring hos ledande politiker och chefer inom regionen och kommunerna. Regionala samverkansrådet och KC/RD behöver uppfatta en delaktighet i arbetet. Likaså kommer det att finnas behov av förankring ut i verksamheterna inom regionen liksom i kommunerna. I projektplanen behöver formerna för detta preciseras.

5. Kopplingar till andra projekt och verksamheter

Projektet ska bedrivas i nära anslutning till arbetet med att utforma omställningen till en god och nära vård.

6. Tid- och aktivitetsplan

Projektid 20200301 – 20211231.

Beslut om projektdirektiv tas av chefsgruppen för social välfärd samt vård och omsorg 20200207 efter beredning i styrgruppen 20200204.

Möjligheter till finansiering genom brukande av medel från överenskommelse mellan staten och SKR inom området för nära vård avvaktas.

Processägare ansvarar för tillsättande av projektledare i samarbete med styrgruppen.

Utarbetande av projektplan som beslutas av chefsgruppen efter beredning i styrgruppen.

Genomförande av work-shop för framtagande av målbild för god och nära vård 20200417. Förankring av målbild i KC/RD och Regionala samverkansrådet.

Tillsättande av arbetsgrupper utifrån beslut om projektplan.

Work-shop om principer/studiebesök för att finna goda exempel/inhämtande av best practice

Första förslag till överenskommelse levereras första kvartalet 2021.

Från kvartal 2 2021:

Principbeslut inom ramen för samverkansstrukturen

Fortsatt utredning av ekonomiska konsekvenser. (särskild utredningsresurs).

Framtagande av implementeringsplan, risk och konsekvensanalys.

Beslutsprocess under kvartal 4 2021.

7. Budget

7.1. Projektkostnader

1,0 projektledare 21 månader = 1 225 tkr

Aktiviteter och kringkostnader = 175 tkr

7.2. Projektfinansiering

Medel från överenskommelsen om god och nära vård.

Medel från statsbidrag till utveckling av samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

8. Strategisk Riskanalys

Ekonomiska situationen i kommuner och regionen kan leda till värnande om egna verksamheten och inte det gemensamma uppdraget. Avsaknad av kompetens för specialiserade funktioner kan leda till tveksamhet att förändra fördelning av ansvar.

Region Örebro Län
Ny överenskommelse om
hälso och sjukvård i hemmet
Projektägare

Projektdirektiv 7(7)
Datum 2020-01-24 Dnr
Version 1

Patienter får inte rätt insats på rätt vårdnivå. Utvecklingen mot en god och nära vård förhindras med negativa konsekvenser ekonomiskt.

9. Referenser

Förstudie till nytt hemsjukvårdsavtal

Process nytt hemsjukvårdsavtal



Bilaga 2

Kartläggning av hemsjukvården Örebro län

Version: 1

Kartläggning av hemsjukvården Örebro län

Malin Duckert ek

2020-08-12

Innehåll

1.	Bakgrund.....	4
2.	Metod och källor	4
3.	Kartläggning	5
3.1	Socialstyrelsens statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019	6
3.1.1	Region Örebro län.....	7
3.2	Vårdbehov hos patienter	7
3.3	Åldersfördelning	7
3.3.1	Egenvård barn under 18 år	8
3.4	Psykiatrisk hemsjukvård enligt den särskilda överenskommelsen.....	9
4.	Ekonomiska regleringar och omfattning	10
5.	Sammanfattning och slutsats	10

1. Bakgrund

I projektdirektivet finns ett uppdrag att under etableringsfasen genomföra en aktuell kartläggning av hemsjukvården i Örebro län.

Kartläggningen ska omfatta:

- Vårdbehov hos patienter
- Åldersfördelning
- Psykiatrisk hemsjukvård enligt den särskilda överenskommelsen
- Ekonomiska regleringar och omfattning

Syftet med kartläggningen är att fastställa ett nuläge för den kommunala hemsjukvården i Örebro län.

2. Metod och källor

Utgångspunkten för den data som sammanställs är i första hand inrapporterad nationell statistik för 2019. En genomlysning har gjorts i Kolada och Socialstyrelsens statistik om kommunala hälso- och sjukvårds insatser.

Valet att använda nationell statistik är för att undvika belastning på länets kommuner. Merparten av uppgifterna som efterfrågas redovisas nationellt.

I dagsläget finns det inget sätt att kvalitetssäkras att det är en aktuell pågående insats som inrapporteras eller särskiljande i omfattning eller frekvens av vårdinsats. Tillgänglig utdata medför begränsningar, som till exempel möjlighet att kunna värdera resursåtgång av olika yrkeskategorier eller hur många ”hemsjukvårdspatienter” finns det i Örebro län.

Socialstyrelsen har ett nationellt utredningsuppdrag gällande indikatorer kopplat till omställningen god och nära vård. Uppdraget redovisas den 15 december 2020. Det finns dock en avgränsning, indikatorerna kommer inledningsvis enbart att omfatta hälso- eller vårdcentraler.¹

¹ Socialstyrelsen. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – Ett förslag på indikatorer*. 2020-6-6760, s.12

3. Kartläggning

Från och med den 1 januari 2019 trädde en ny föreskrift i kraft, HSLF-FS 2017-67 Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den ersätter SOSFS 2007:8 om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

I den nya föreskriften finns tillägget att hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs, utöver volym (antal), även ska redovisa vilka vårdåtgärder som enligt klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ, har utförts. Vårdåtgärderna ska vara klassificerade på den mest detaljerade nivån i KVÅ.

Uppgifterna som redovisas på vårdåtgärdsnivå ska ha utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och inte heller omfatta någon annan vårdgivare än kommunen.

Trots förändring i föreskrift har uppgifterna från 2019 inte redovisats av Socialstyrelsen på grund av för omfattande bortfall i redovisningen från kommuner. Orsaken som anges är tekniska problem i flertalet kommuner.²

Socialstyrelsen har uppvaktats om när de bedömer att KVÅ kommer redovisas i den nationella statistiken. De kan i dagsläget inte ge någon prognos på när i tid det kommer att ske. Ett första steg för Socialstyrelsen är att få in KVÅ-uppgifterna i statistikdatabasen innan redovisning sker i den officiella statistiken.

Det är möjligt att begära in dessa uppgifter från länets kommuner men då alla inte registrerar vårdåtgärder enligt KVÅ i respektive kommuns verksamhetssystem kommer det inte att ge en heltäckande bild. Därför görs ingen sådan åtgärd. Socialstyrelsen har mallar för manuella registrering men det skulle medföra en omfattande insats som inte bedöms som relevant i dagsläget.

Det ska också tilläggas att när Socialstyrelsen börjar publicera KVÅ kommer det inte att omfatta delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Vilket kan vara en väsentlig information för att kunna kartlägga omfattningen av vårdbehov framåt och antalet ”hemsjukvårdspatienter” som finns i Örebro län.

² <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-5-6783.pdf>

3.1 Socialstyrelsens statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019

Tabell 1. Antal personer som någon gång under 2019 var mottagare av kommunal hälso- och sjukvård i Örebro län. Fördelat på ålder, kön och kommun.³

Kommunkod	Totalt antal	Antal personer 0-64 år			Antal personer 65-79 år			Antal personer 80 år eller äldre			
		Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	
Örebro län	16 572	1 869	1 508	3 377	2 823	2 415	5 238	5 199	2 758	7 957	
1882	Askersund	792	87	41	128	133	142	275	253	136	389
1862	Degerfors^	723	108	66	174	123	93	216	199	134	333
1861	Hallsberg	1 238	155	135	290	239	192	431	326	191	517
1863	Hällefors	536	46	37	83	99	84	183	164	106	270
1883	Karlskoga	2 009	219	177	396	345	255	600	663	350	1 013
1881	Kumla	1 167	149	97	246	206	159	365	365	191	556
1860	Laxå	335	16	33	49	40	62	102	127	57	184
1814	Lekeberg	452	37	41	78	56	76	132	140	102	242
1885	Lindesberg	1 387	106	114	220	232	210	442	482	243	725
1864	Ljusnarsberg	223	23	18	41	33	44	77	67	38	105
1884	Nora	672	58	52	110	112	98	210	228	124	352
1880	Örebro	7 123	877	705	1 582	1 221	1 018	2 239	2 200	1 102	3 302

Tabell 2. Andel (%) av befolkningen som någon gång under 2019 var mottagare av kommunal hälso- och sjukvård i Örebro län. Fördelat på ålder, kön och kommun⁴

Kommunkod	Total andel	Andel procent 0-64 år			Andel procent 65-79 år			Andel procent 80 år eller äldre			
		Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	
Örebro län	5,4	1,6	1,2	1,4	11,3	10,2	10,8	53,6	42,2	49,0	
1882	Askersund	7,0	2,2	1,0	1,6	10,9	11,1	11,0	58,7	42,0	51,5
1862	Degerfors^	7,5	3,2	1,8	2,5	12,4	9,3	10,9	51,3	45,9	49,0
1861	Hallsberg	7,8	2,6	2,1	2,4	17,5	14,0	15,8	64,7	51,8	59,2
1863	Hällefors	7,6	1,9	1,4	1,7	13,8	11,8	12,9	51,7	41,4	47,1
1883	Karlskoga	6,6	2,0	1,5	1,7	12,0	9,9	11,0	55,1	41,8	49,6
1881	Kumla	5,4	1,7	1,1	1,4	12,1	10,1	11,1	58,7	45,2	53,2
1860	Laxå	5,9	0,8	1,5	1,2	7,0	10,3	8,7	47,2	32,0	41,2
1814	Lekeberg	5,5	1,2	1,2	1,2	8,7	11,4	10,1	60,6	54,0	57,6
1885	Lindesberg	5,9	1,2	1,2	1,2	10,9	9,3	10,1	54,3	42,8	49,8
1864	Ljusnarsberg	4,7	1,5	1,0	1,2	6,1	7,7	6,9	36,4	27,0	32,3
1884	Nora	6,3	1,5	1,3	1,4	10,0	9,0	9,5	55,9	44,8	51,4
1880	Örebro	4,6	1,4	1,1	1,2	11,1	10,1	10,6	51,8	41,1	47,6

Nationellt är det gruppen äldre och kvinnor som är den främsta konsumenten av kommunal hälso- och sjukvård, även när befolkningsstrukturen beaktas.

³ <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/insatser-i-kommunal-halso-och-sjukvard/>

⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/insatser-i-kommunal-halso-och-sjukvard/>

Det finns nationellt inga signifikanta könsskillnader för de som mottager kommunal hälso- och sjukvård och är under 65 år. Däremot är det fler män än kvinnor som bor på LSS boende (28 procent kvinnor jmf med 38 procent män).⁵

3.1.1 Region Örebro län

Tabellerna ovan redovisar inte om personerna bor i ordinärt boende eller särskild boendeform, därför görs ingen värdering eller sortering utifrån det. I region Örebro län är det företrädesvis kvinnor som är det största vårdmottagaren i alla åldersgrupper. I åldersgruppen 65-79 år har dock fler män än kvinnor insatser i Lekeberg, Laxå och Ljusnarsberg.

3.2 Vårdbehov hos patienter

I riket fick 2019, 364 000 personer någon gång under året vårdinsatser från den kommunala hemsjukvården. Örebro län utför 4,6 procent av dessa insatser, vilket motsvarar 16 572 personer.

Det framkommer ingen särredovisning om åtgärderna per person är engångsinsatser eller återkommande vid mätperioden. Eftersom inte heller alla kommuner registrerar vårdåtgärder enligt KVÅ finns det ingen ytterligare vägledning i vad det är för typ av vårdinsatser som utförs. Det är därför inte möjligt att kartlägga det faktiska vårdbehovet hos patienter utöver volymmått.

3.3 Åldersfördelning

Äldregruppen är den åldersgrupp som nyttjar kommunal hemsjukvård i störst omfattning.

Det finns i dagsläget ingen överenskommelse om kommunal hemsjukvård för barn under 18 år i region Örebro län. Det finns därför ingen klar bild över det faktiska behovet i ordinärt boende gällande barn under 18 år. Det ska också tilläggas att det därutöver är vanligt förkommande att en stor del av barns vårdåtgärder utförs som egenvård av föräldrar och/eller personal i skolomsorgen.

⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2020-5-6783.pdf>

Kommunkod	Totalt antal	Antal personer 0-64 år			Antal personer 65-79 år			Antal personer 80 år eller äldre		
		Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Örebro län	16 572	1 869	1 508	3 377	2 823	2 415	5 238	5 199	2 758	7 957
1882 Askersund	792	87	41	128	133	142	275	253	136	389
1862 Degerfors^	723	108	66	174	123	93	216	199	134	333
1861 Hallsberg	1 238	155	135	290	239	192	431	326	191	517
1863 Hälsjöfors	536	46	37	83	99	84	183	164	106	270
1883 Karlskoga	2 009	219	177	396	345	255	600	663	350	1 013
1881 Kumla	1 167	149	97	246	206	159	365	365	191	556
1860 Laxå	335	16	33	49	40	62	102	127	57	184
1814 Lekeberg	452	37	41	78	56	76	132	140	102	242
1885 Lindesberg	1 387	106	114	220	232	210	442	482	243	725
1864 Ljusnarsberg	223	23	18	41	33	44	77	67	38	105
1884 Nora	672	58	52	110	112	98	210	228	124	352
1880 Örebro	7 123	877	705	1 582	1 221	1 018	2 239	2 200	1 102	3 302

Tabell 1: Antal personer som någon gång under 2019 var mottagare av kommunal hälso- och sjukvård i Örebro län. Fördelat på ålder, kön och kommun

3.3.1 Egenvård barn under 18 år

Under hösten 2019 uppvaktades Valfärd och folkhälsa, regional utveckling, av Örebro kommun då de upplever att det finns återkommande situationer där den medicinska omvårdnaden inte är patientsäker relaterat till egenvård, framförallt i korttidsverksamhet LSS.

Sex kommuner i Örebro län har korttidsverksamhet enligt LSS i egen regi.

Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) i kommuner med egenregi fick i uppdrag att sammanställa problem och konsekvenser med utgångspunkt från just egenvård.

Nedanstående identifieras som bristområden av MAS⁶:

- Egenvårdsföreskriften följs inte
- Barn saknar fullständiga egenvårdbedömningar
- Verksamheter saknar riskanalys vid egenvårdbedömningar
- Svårigheter att få tag på läkare som bedömt om egenvård för uppföljning/kompletterande information
- Rapportering om läkemedelsdosering från vårdgivare stämmer inte med läkemedelslista
- Feldelat i dosett utifrån läkemedelslista vid överlämning till korttids
- Det finns inget upprättat system för vårdpersonal att göra systematisk kvalitetsavvikelser vid uppmärksammas brist.

Sammanfattningsvis finns det ett behov av att kvalitetssäkra egenvårdprocessen för att säkerställa patientsäkerhet. Om vårdåtgärden inte utförs i form av egenvård kan den

⁶ Häll, Johanna. Tjänsteanteckning LSS-korttids barn, 2020-01-30

komma att bli aktuell med hälso- och sjukvård i hemmet, förutsatt att en överenskommelse upprättas för barn under 18 år.

3.4 Psykiatrisk hemsjukvård enligt den särskilda överenskommelsen

I den nationella statistiken särredovisas inte mottagare av kommunal hemsjukvård per diagnosgrupp. Det går därför inte att urskilja vilka eller hur många personer som har psykiatrisk hemsjukvård från den nationella statistiken.

Från september 2015 finns en särskild överenskommelse mellan länets kommuner och Regionen för hemsjukvård vid psykisk störning i ordinärt boende. 2018 genomförde Regional utveckling en uppföljning av överenskommelsen.⁷

Det som är intressant i det här sammanhanget är den del av uppföljningen som är upptagen av volymmåttet. Volymmåttet baseras på kommunernas fakturaunderlag.

Uppföljningen visar att fakturaunderlagen inte alltid används på adekvat sätt, det påverkar möjligheten att följa och följa upp volymmåttet som en säker källa. En mätintervention har tidigare genomförts på tre månader hos två kommuner under 2017. Detta användes i uppföljningen både gällande volymmått och typ av insats. Det är dock inte en heltäckande bild för länet i sin helhet, därför är det resultatet heller inte användbart i det här sammanhanget.

För att få tillgång till psykiatrisk hemsjukvård ska det föranledas av en samordnad individuell planering (SIP). Uppföljningen visar att så inte alltid är fallet. Det framkommer också, i uppföljningen, indikatorer på att psykiatrin upplever överenskommelsen som kostnadsdrivande för den egna verksamheten. Att överföra arbetsuppgifter till den kommunala hemsjukvården medför en merkostnad för psykiatrin då personalkostnaden kvarstår i den egna verksamheten när man frigör tid vid överföring av vårdinsatser till kommunerna. I dagsläget har inte volymerna av psykiatrisk hemsjukvård varit så stora att det har föranlett omfördelning av resurser hos psykiatrin. Skulle volymerna öka, kan läget förändras i den frågan.⁸

En annan ekonomisk reglering i överenskommelsen skulle teoretiskt kunna medföra ett ökat antal personer med psykiatrisk hemsjukvård.

⁷ Uppföljning av rutinen för psykiatrisk hemsjukvård, 2018

⁸ Uppföljning av rutinen för psykiatrisk hemsjukvård, 2018:11

4. Ekonomiska regleringar och omfattning

Redovisning av ekonomiska regleringar i aktuella överenskommelser görs i en separat handling. Det är en del av förarbetet i den arbetsgrupp som kommer att arbeta med ekonomi.

5. Sammanfattning och slutsats

Det finns inga tillgängliga mått i dag som är kvalitetssäkrade och redovisar vårdbehov eller omfattning per kommun eller länet i sin helhet. Oftast är indata av frekvensmått förenat med ekonomiska incitament, tex: timtaxa av insatser. Tillämpas månadsavgift försvinner oftast incitament att särredovisa frekvens.

Nationellt redovisas volymmått, antal personer fördelat på genus och åldersgrupper, och presenteras bland annat hos Socialstyrelsen. En lagförändring trädde i kraft 2019 där Socialstyrelsen från och med 2019 efterfrågar kompletterande data om vilka vårdåtgärder som utförs. Det har ännu inte redovisats på grund av tekniska fel hos flertalet kommuner.

Det ska dock tilläggas att i Örebro län har inte alla kommuner ställt om och dokumenterar insatser utifrån KVÅ. Även om man begär in antal vårdåtgärder enligt KVÅ i länet så blir resultatet inte heltäckande.

Redovisning av KVÅ till Socialstyrelsen exkluderar redovisning av delegerade insatser, vilket är en väsentlig mängd av insatser som kategoriseras under kommunal hälso- och sjukvård.

Volymmåttet sorteras in i tre åldersgrupper. Det finns ett uppdrag av se över hemsjukvård för barn under 18 år i arbetet med ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet i Örebro län. Det är i dagsläget oklart hur många personer som skulle kunna bli aktuella. Utvärdering av egenvård påvisar ett behov av att kvalitetssäkra även den här processen. Det i sig kan medföra ett viss utökat behov av kommunal hemsjukvård för den yngre målgruppen.

Statistiken redovisar inte diagnosgrupper. Idag hämtar vi utdata från fakturaunderlag för att få underlag för antal personal som är mottagare av psykiatrisk hemsjukvård. En uppföljning av psykiatrisk hemsjukvård visar processen kring inskrivning och fakturahanteringen inte är kvalitetssäkrad.

På det sätt som utdata är tillgängligt är det inte möjligt att redogöra de uppgifter som efterfrågas i projektdirektivet.

Det finns idag ingen kvalitetssäkrat underlag för att definiera vad som är en hemsjukvårdspatient, hur många det finns eller i vilken frekvens/omfattning de får vårdinsatser/vårdåtgärder.

Att inte kunna kartlägga ett aktuellt underlag gör att det i avtalsförförande kan bli utmanande ur ett ekonomiskt perspektiv.

Bilaga 3

Gemensam målbild nära vård i Örebro län

- Rapport och beslutsunderlag

Rapport gemensam målbild nära vård

2021-12-01

Innehåll

1.	Förslag till beslut	4
2.	Sammanfattning	4
2.1	Nationella utredningar	5
2.2	Nära vård som begrepp	6
2.3	Flera steg för en omställning till en nära vård	6
3.	Syftet med målbilden	7
4.	Uppdraget.....	7
5.	Tillvägagångssätt	7
5.1	Målbildsarbetet.....	7
5.2	Identifierade utmaningar	9
5.3	Beredning.....	9
5.4	Uppföljning av målbilden	10
5.5	Stöd vid implementering.....	10
6.	Resultat – målbilden.....	11
6.1	Invånarens upplevelse	12
6.2	Så samarbetar vi	12
6.3	Medarbetarnas upplevelse	13
7.	Ekonomiska effekter	14

1. Förslag till beslut

Regionala samverkansrådet ställer sig bakom förslaget till gemensam målbild för nära vård. Därmed rekommenderas de 13 parterna i Örebro län att fatta beslut om målbilden.

X kommun / Region Örebro län antar föreslagen länsgemensam målbild för omställningen till nära vård.

2. Sammanfattning

Denna rapport är beslutsunderlag för Örebro läns gemensamma målbild för Nära vård. I rapporten ges en bakgrund till vad omställningen till nära vård innebär och de nationella utredningar som ligger till grund för arbetet. Rapporten beskriver också hur processen för att ta fram målbilden har gått till och det förslag till målbild som beretts i den politiska samverkansstrukturen. Regionala samverkansrådet ställer sig bakom förslaget.

En länsgemensam målbild för nära vård är ett av kraven för att fortsätta få tillgång till statliga nära vård medel framåt. Syftet med det nationella kravet är att stimulera länens samverkansarbete i omställningen till en nära vård. En gemensam målbild är också en förutsättning för att kunna ta ut en riktning i ett gemensamt omställningsarbete mellan samverkansparter.

Målbilden är uppställd utifrån tre olika perspektiv – *invånaren – samverkan och medarbetarna*, dels för att visa men också omfamna den komplexitet som omställningen till en nära vård innebär.

Under processen har ett antal utmaningar identifierats och då särskilt de ekonomiska effekterna, därför finns ett särskilt avsnitt som belyser detta område. Målbilden beskriver en inriktning och innebär i sig inte i sig någon förändring i ansvarsområden eller utökade kostnader. För att beskriva de ekonomiska konsekvenserna av målbilden så behöver vi förflytta oss till de aktiviteter som görs inom ramen för omställningen till nära vård – för att nå målbilden.

Omställningen till en nära vård kommer inte att ske genom ett enskilt beslut utan behöver ske stegvis. När sådana beslut fattas behöver de ekonomiska konsekvenserna alltid beskrivas och förankras hos huvudmännen.

2.1 Nationella utredningar

Vården och omsorgen, i både Region och kommun, behöver utvecklas för att möta framtidens krav - inte minst de demografiska utmaningarna. Under de kommande tio åren kommer den arbetsföra delen av befolkningen utgöra en allt mindre del samtidigt som den äldre befolkningen ökar. Detta sätter stor press på välfärdssamhället, vilket skapar ett behov av att hitta nya lösningar utifrån dagens och morgondagens förutsättningar. För att kunna möta framtidens utmaningar är en förutsättning att vården och omsorgen enskilt och tillsammans med andra aktörer jobbar mer hälsofrämjande och proaktivt. Förhoppningar finns också att ny teknik på det medicinska området och digitala lösningar ska kunna medföra nya arbetssätt och kanske på sikt utjämna de ojämlikheter i hälsa och tillgång till välfärdstjänster vi idag ser mellan olika samhällsgrupper.

I ett internationellt perspektiv är svensk hälso- och sjukvård högpresterande och har goda behandlingsresultat. Däremot har det i flera utredningar och jämförelser visats på brister i kontinuitet, tillgänglighet, delaktighet och samordning runt patienten.

2016 presenterades den statliga utredningen ”Effektiv vård” som pekar på att hälso- och sjukvårdssystemet behöver förändras för att möta framtidens utmaningar.

I mars 2017 utfärdade Regeringen ytterligare ett utredningsdirektiv för att stödja regioner, myndigheter och organisationer i arbetet med att utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård där primärvården är navet. Utredningen fick namnet ”Samordnad utveckling för en god och nära vård” Under utredningstiden gavs ett antal tilläggsdirektiv, bland annat att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kunde underlättas.

Utredningen har formulerat en nationell målbild för en God och nära vård¹

”Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar. Primärvården är navet i vården och samspelar både med och annan hälso- och sjukvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.”

Utredningen avslutades i januari 2021 och har lämnat fem delbetänkanden

- En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)
- En primärvårdsreform (SOU 2018:39)
- En vård i samverkan (SOU 2019:29)
- En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)
- Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6)

¹ SOU 2020:19 God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

2019 påbörjade ytterligare en utredning för att se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Slutbetänkandet *Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård* (SOU 2021:78) presenterades i oktober 2021

För att stödja att omställningen har regionerna de senaste tre åren tilldelas medel via en statlig överenskommelse för god och nära vård. De senaste två åren har även kommunerna tilldelas medel. Kommunernas medel tilldelas via den regionala samverkansstrukturen (RSS).

2.2 Nära vård som begrepp

Begreppet nära vård lanserades i den nationella utredningen. Det finns ingen nationell definition av begreppet nära vård trots att det nu är frekvent använt i sammanhang som rör den omställning av svensk hälso och sjukvård som just nu genomförs. I utredningen beskrivs att nära vård inte är en ny organisationsnivå, och inte heller någon ny benämning på dagens primärvård. Nära vård är i stället ett sätt att tänka, ett förhållningssätt, kring hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i den enskildes individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela hens livssituation kan beaktas.

Nära vård har sin utgångspunkt i hälso- och sjukvården och den primärvård som bedrivs av regioner och kommuner är nav. I utredningen framhävs dock vikten av samverkan och även andra aktörer blir synliga, socialtjänsten, skola, folkhälsa, civila samhället, etc.

2.3 Flera steg för en omställning till en nära vård

Omställningen till en nära vård är inte ett projekt med en tydlig början och ett slut, det är ett förändringsarbete som kräver långsiktighet och uthållighet. Omställningen är ett omfattande och komplext arbete som involverar hela hälso- och sjukvården och omgivande aktörer och system som kommer att påverkas av många yttre faktorer. Förändringsarbetet måste därför både omprövas och anpassas under resans gång.

Det första steget mot omställning till nära vård var arbetet med samverkan vid utskrivning från slutenvård kopplat till den nya lagstiftning som kom 2018. Många andra initiativ, uppdrag och aktiviteter i samverkan pågår i länet som stämmer väl med målsättningen.

Den förstärkta samverkan som ”tvingats fram” av pandemins utmaningar har skapat nya relationer och samverkansformer. Det är tydligt att ett yttre hot har bidragit till viljan att hitta kreativa lösningar och nya arbetssätt och det är därför viktigt att även i

ett lugnare skede nu ta vara på dessa erfarenheter och hitta nya former för samverkan utifrån behoven.

3. Syftet med målbilden

En läns gemensam målbild för nära vård är ett av kraven för att fortsätta få tillgång till statliga nära vård medel framåt. Syftet med det nationella kravet är att stimulera länens samverkansarbete i omställningen till en nära vård. En gemensam målbild är också en förutsättning för att kunna ta ut en riktning i ett gemensamt omställningsarbete mellan samverkansparter.

Utöver det nationella kravet pågår det ett läns gemensamt arbete med att ta fram en ny överenskommelse för hälso- och sjukvård i hemmet. Eftersom överenskommelsen ska utgå från intentionerna i nära vård förutsätter det att det finns en gemensam målbild.

4. Uppdraget

Med anledning av det nationella kravet och de läns gemensamma arbeten som ska utgå från nära vård har områdeschef för Valfärd och folkhälsa, Regional Utveckling uppmärksammat samverkansgruppen kommunchefer och regiondirektör (KC/RD) på behovet av en läns gemensam målbild.

Som en följd av detta fattade KC/RD i januari 2021 beslut om att Regional utveckling, Valfärd och folkhälsa, fick i uppdrag att genomföra ett gemensamt målbildsarbete för nära vård i de politiska och tjänstemannaledningarna för Regionens och kommunerna i Örebro län.

5. Tillvägagångssätt

5.1 Målbildsarbetet

Klara Palmberg Broryd, forskare och nationellt sakkunnig inom området komplexitet, har anlitats som externt stöd för att planera och genomföra målbildsarbetet tillsammans med en arbetsgrupp med tjänstemän från Regional utveckling, välfärd och folkhälsa och Regionens hälso- och sjukvård. Tillvägagångssättet har varit tre digitala seminarier med både föreläsningar och grupparbete under april-september 2021.

Pandemin har medfört att vi fått söka nya vägar för att arbeta med inkludering av invånare och medarbetare. För att få in berättelser i målbildsarbetet har ett verktyg

med digitala paneler, Panelista, använts. Under arbetets gång har tre stycken paneler, invånare, medarbetare och chefer besvarat frågor om vad som är viktigt för att vården ska fungera.

Arbetsgruppen har bearbetat material från seminarierna, digitala paneler, andra regioners målarbete och egna styrdokument i samverkan. Den nationella utredningen har varit vägledande i analysarbetet.

Ett förslag på en gemensam målbild presenterades på det tredje och sista seminariet den 10 september.

Nedan beskrivs kortfattat innehållet i seminarierna. Samtliga föreläsningar finns att ta del av på hemsidan för målbilden

<https://vardgivare.regionorebrolan.se/sv/uppdrag-avtal-och-uppfoljning/kommunsamverkan/malbild-nara-var/d/>

Seminarie 1 –Nuläge och utmaningar

- Politiker från Regionen och Nora kommun inledde målbildsarbetet
- Göran Stiernstedt som har varit nationell utredare i förarbetet till nära vård, gav bakgrunden till varför omställningen behöver göras.
- Klara Palmberg Broryd presenterade sin forskning kring komplexitet och systemledning.
- Representanter från länet beskrev nationella och lokala utgångsläget inför en omställning till nära vård.
- Deltagarna fick med sig en hemläxa till tillfälle 2. Varje part fick i uppdrag att presentera sina förutsättningar och utmaningar för en omställning till nära vård.

Seminarie 2 – Insikt och samskapa

- Johan Quist, tjänsteforskare vid Karlstad universitet pratade om att skapa värde för invånaren
- Lisbeth Löpare Johansson, nationell samordnare för nära vård på SKR,. beskrev vad nära vård är och nuläge i det nationella arbetet
- Klara Palmberg Broryd återkom och pratade om förändring i komplexa system
- Kommunerna och Regionen presenterade sina förutsättningar och utmaningar.
- Presentation av resultatet från de digitala panelerna
- Gruppdiskussioner där deltagarna tog fram underlag till målbilden

Seminarie 3 – Målbilden formuleras

- Inför seminariet fick deltagarna ta del av ett grundförslag till målbild och via en enkät välja ut de viktigaste formuleringarna.
- Dag Norén, som arbetat många år med tjänste- och processutveckling i hälso och sjukvården, pratade om erfarenheter och resultat av samverkan runt nära vård inklusive möjligheten till positiva ekonomiska effekter för både regioner och kommuner.
- Ida Broman, utvecklingsledare vid Regional utveckling beskrev hur barnen är en del av nära vård.
- Anna Nergårdh, som lett den statliga utredningen samordnad utveckling för en god och nära vård beskrev utredningens innehåll och förslag samt vad Nära vård innebär.
- I ett panelsamtal diskuterade politiker och tjänstemän från de båda huvudmännen hur vi kan bygga tillit och samverkan.
- Ett slutligt förslag till målbild presenterades som deltagarna fick reflektera över i smågrupper.
- Den fortsatta processen i målbildsarbetet och implementering av målbilden presenterades.

5.2 Identifierade utmaningar

Under arbetet med målbilden har några utmaningar lyfts särskilt av deltagarna

- Vad är nära vård som begrepp?
- Viktigt att nära vård berör alla åldrar, inte bara gruppen äldre som lätt blir fokus.
- En upplevd brist på tillit där några har pekat på att Regionen har tolkningsföreträde.
- Ekonomi – Ökad kostnad totalt och risk för kostnadsförskjutning till kommunerna

Dessa utmaningar adresserades vid föreläsningar och paneldiskussion vid sista seminariet och har beaktats när förslag till målbild tagits fram. De ekonomiska utmaningarna beskrivs särskilt under avsnitt 7.

5.3 Beredning

Under september har målbilden beretts i länets politiska forum för samverkan för att i oktober kunna lämna över målbilden för separata beslut i nämnder hos kommunerna och regionen i Örebro län. Regionala samverkansrådet har fattat beslut att ställa sig bakom målbilden.

Vid återrapportering till KC/RD fick arbetsgruppen ett utökat uppdrag att beskriva ekonomiska konsekvenser av målbilden. Det medför att tidsplanen förskjuts två månader.

5.4 Uppföljning av målbilden

Målbilden kommer att följas upp på årliga möten med politiska och tjänstemannaledningarna i länet. Nästa träff är planerad i maj 2022.

En uppföljning av omställningen till nära vård är nödvändig för att veta att rätt saker görs vid rätt tid och ger effekt. SKR har konstaterat att dagens utvecklingsmätt, indikatorer men även studier är anpassade efter gårdagens vård och omsorg. Staten och SKR försöker nu hitta rätt metoder och mått för att följa omställningen. Arbetet handlar om att se vilka befintliga mått som bäst kan användas för att följa upp omställningen, Såväl Socialstyrelsen som SKR har tagit fram sådana underlag. Samtidigt pågår flera initiativ nationellt för att hitta nya sätt att mäta omställningen. Örebro län kommer att följa det nationella arbetet och ta stöd i detta när omställningen ska följas upp. Ett förslag på en uppföljningsmodell för Örebro län kommer att presenteras under våren 2022.

5.5 Stöd vid implementering

Som ett stöd för att implementera målbilden och stödja parterna i omställningen till en nära vård erbjuds en utbildning ”Leda omställning”. Det är en länsgemensam utbildning som är en fristående fortsättning på SKR:s förändringsledarutbildning Nära vård med särskilt fokus på förändringsarbete.

Det pågår ett arbete med ett länsgemensamt stöd för både implementering av målbilden och omställningen till en nära vård. Det tillgängliggörs först när beslutsprocessen av målbilden påbörjas.

6. Resultat – målbilden

Nära vård är att betrakta som en komplex omställning då den omfattar våra strukturer, hur vi organiserar oss men också vårt arbetssätt, det vill säga våra kulturer och förhållningssätt. I Örebro län är vi 13 parter, det medför ytterligare en dimension av komplexitet.

Målbilden är uppställd i tre olika perspektiv - dels för att uppvisa men också omfatta den komplexitet som omställningen innebär.



Målbilden börjar med *invånarperspektivet* eftersom invånaren är huvudpersonen i våra verksamheter. Därefter är målbilden upptagen av vilken kontext den befinner sig i, det vill säga *samverkan* och beskriver hur vi samarbetar i en nära vård. Det tredje perspektivet utgår från *medarbetarna*. I de allra flesta fall är medarbetaren motorn i den nära vården och i det personcentrerade mötet med invånaren och har därför ett särskilt värde.

Utöver själva målbildsformuleringarna finns fem nyckelord:

- Tillit
- Samverkan
- Ansvar
- Personcentrering
- Hälsofrämjande

Tillit och ansvar är de två återkommande utmaningar och förutsättningar som har identifierats under målbildsarbetet. Samverkan signalerar den kontext som målbilden avser. Personcentrering och hälsofrämjande är grundkomponenter i omställningen till en nära vård.

6.1 Invånarens upplevelse



Jag kan ta ansvar för min hälsa, och jag får stöd när jag behöver det – som är **tidigt** och **förebyggande**.



Jag upplever att de tar **ansvaret** för att **samordna** min vård och omsorg, och för att **alla har rätt information**.



Jag känner mig **delaktig** och **trygg** – de **lyssnar** på mig och tar mig på allvar.



Det är **tydligt** för mig hur jag kan få **kontakt** med vården och omsorgen.



6.2 Så samarbetar vi



Vi jobbar i **partnerskap**, i gränsöverskridande **team**.



Individens behov är vår gemensamma utgångspunkt – inte gränsdragning eller ansvarsområden.



Vi arbetar **hälsofrämjande**, **förebyggande** och **rehabiliterande**.



Vi är **likvärdiga parter** – vi **informerar varandra** och gör varandra delaktiga inför beslut.



Vi hjälps åt – vi delar på arbetet – genom att **sambemanna** och **samfinansiera**.



Vi tar ett gemensamt ansvar för att **utveckla** hälso- och sjukvården.

6.3 Medarbetarnas upplevelse



Vi har de **förutsättningar** som vi behöver, för att kunna möta varje invånare utifrån deras individuella behov.



Vi arbetar tillsammans i team. Vi känner tillit till varandra, våra kompetenser och verksamheter.



Vi känner **tillit** från ledning och styrning – vi har **handlingsutrymme** att arbeta utifrån invånarnas behov.



Vi tar vara på **invånarens** och anhörigas **kunskap**, erfarenheter och förmåga.



Vi tar ansvaret för **relationen** med invånaren. Vi skapar **kontinuitet** – vi samordnar insatserna och ser till att alla har rätt information.



Vi hjälper invånaren att **hamna rätt** – när det behövs mer än en hänvisning.

7. Ekonomiska effekter

Under arbetet med målbilden har kommunföreträdare lyft risken för att det utökade uppdraget, som en mer nära vård innebär för kommunerna, inte kommer att kompenseras. Risken för ökade kostnader totalt för omställningen oavsett huvudman har också lyfts.

Omställningen till en nära vård är en nationell reform där syftet är att förbättra vården för invånaren. Men de utredningar som gjorts pekar också på att omställningen är nödvändig för att vården och omsorgen även ekonomiskt ska klara framtidens utmaningar med en växande äldre befolkning och färre personer i arbetsför ålder, vilket innebär att vårdbehoven sannolikt ökar. Sjukvårdens kapacitet, i synnerhet personaltillgången, matchar med dagens arbetssätt inte de kommande behoven. Det är inte bara en kommande utmaning, utan även en beskrivning av läget i vården de senaste åren.

Det finns även utmaningar med komplexa behov bland barn och unga som kräver insatser från flera huvudmän. Detta kan få kostsamma effekter under en livstid om vi inte lyckas möta upp tidigt och ha fokus på det tidigt främjande arbetet.

Med utgångspunkt från SCB:s befolkningsprognos från april i år och ett oförändrat vårdutnyttjande skulle antalet vårdtillfällen öka till 1,5 miljoner år 2030. Med dagens antal vårdplatser skulle vårdtillfällena behöva begränsas till cirka 1,3 miljoner, vilket är 180 000 färre. Detta visar tydligt vikten av att ställa om vården. Som en del i denna förändring kommer också nya tjänster att behövas som stödjer utvecklingen.²

Konsekvensen av omställningen till en nära vård är att mer insatser kommer att utföras i hemmet. Det är dock inte ett mål i sig att ha ett lågt antal vårdplatser. Målet är ett personcentrerat arbetssätt där olika individer kan ges samordnade insatser i den form som är mest lämplig med hänsyn tagen till personens behov, möjlighet till egenvård och ett mer självständigt liv med hjälp av modern teknik och andra omständigheter.

En viktig förutsättning för framtidens välfärd är att vi arbetar mer proaktivt och hälsofrämjande. Om detta arbetssätt förstärks kan det initialt innebära en viss kostnadsökning i form av nya arbetssätt och processer (investeringspuckel). Långsiktigt finns evidens på att den här formen av arbetssätt medför att fler personer

² SKR:s ekonomirapport oktober 2021

https://rapporter.skr.se/ekonomirapporten-oktober-2021.html#chapter-wrapper-lpid4_106be44617c0c1bdc63e9bec

kan klara sig mer självständigt och därmed minskar inte bara behovet av sjukhusvård utan behovet av vård- och omsorgsinsatser generellt. Det kan exempelvis handla om ett förstärkt främjande arbete för äldre personer som med fördel kan ske i samverkan med bland annat civilsamhället, eller tidigt förebyggande arbete i samverkan för barn som visar tecken på psykisk ohälsa.

Målbilden beskriver en inriktning och innebär i sig själv inte någon förändring i ansvarsområden eller utökade kostnader. För att beskriva de ekonomiska konsekvenserna av målbilden så behöver vi förflytta oss till de aktiviteter som görs inom ramen för omställningen till nära vård – för att nå målbilden. Omställningen till en Nära vård kommer inte att ske genom ett enskilt beslut utan behöver ske stegvis. När sådana beslut fattas behöver de ekonomiska konsekvenserna alltid beskrivas och förankras hos huvudmännen.

Sedan tidigare finns det en plan, som en del i arbetet med ny överenskommelse för hälso- och sjukvård, att under våren 2022 ha en särskild arbetsgrupp för att belysa ekonomiska konsekvenser av en ny överenskommelse, förutsatt att personella resurser tillgängliggörs från regionen och länets kommuner.

Uppdraget till arbetsgruppen kommer att utökas till att även belysa ekonomiska konsekvenser av läns gemensamma aktiviteter som beslutas inom ramen för omställningen till nära vård. Som ett första steg i en analys av de ekonomiska konsekvenserna behöver ett nuläge beskrivas. Först då kan vi följa effekterna av aktiviteterna i omställningen.



Hälsa- och sjukvård i hemmet

Processflöde i samverkanszonen

Version: 1

Hälso- och sjukvård i hemmet

Processflöde

Malin Duckert Ek

2021-11-29

Innehåll

1.	Varför processflöde?	4
2.	Nationell informationsstruktur	4
2.1	Övergripande processmodell enligt NI	5
3.	Processflöde för överenskommelsen	6
3.1	Remissförslag (förslag 4)	7
3.2	Alternativ visualisering	8
4.	Beslut och visualisering	9

1. Varför processflöde?

Vid problemkartläggningen som genomfördes våren 2021 framkom hos merparten av arbetsgrupperna att man inte upplever överenskommelserna som ett praktiskt stöd i vardagen. Istället tillämpas lokala och enskilda tolkningar. Vårdgivarwebben är inte heller den plattform som professionerna vänder sig till i sitt dagliga arbete för att få stöd eller vägledning vid gränsdragningsfrågor eller för förtydligande av ansvar och rollfördelning.

I nuvarande överenskommelse om somatisk hemsjukvård beskrivs processen och aktiviteter i löpande text tillsammans med bakgrund och diskussioner i arbetsgrupp vilket gör att det är svårt att få en överblick av roller och ansvarsområdet för respektive huvudman och vad professionerna ska utföra i det vardagliga arbetet.

Därför föreslås att ansvarsområde och innehåll struktureras upp i processteg alternativt en annan form av visualisering.

För att beskriva processteg i vår överenskommelse behöver den ställas mot den nationella informationsstrukturen och personcentrerad vård.

2. Nationell informationsstruktur

Socialstyrelsen har i uppdrag att förvalta och utveckla en nationell informationsstruktur (NI) vilket ska bidra till ett nationellt fackspråk.

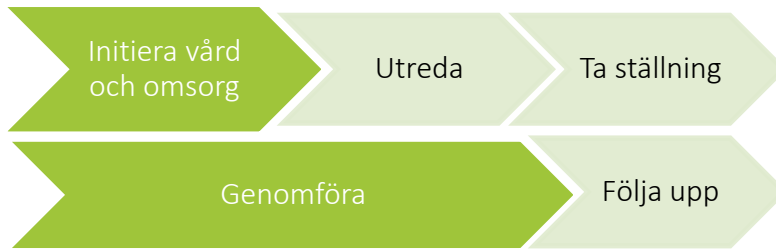
Utöver NI så omfattar ett nationellt fackspråk ytterligare komponenter:

- Snowmed CT
- Hälsorelaterade klassifikationer
- Socialstyrelsens termbank

Grundsytet med Socialstyrelsens uppdrag för NI är att bidra till en strukturerad dokumentation och säkerställa informationsöverföring. Genom en gemensam begreppsapparat säkerställer man att innebörden av information inte går förlorad mellan aktörer och system.

NI innehåller processmodeller, begreppsmodeller och informationsmodeller. Processmodellen har en övergripande nivå som är aktörsberoende och omfattar såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Därefter finns specifika processmodeller för hälso-och sjukvård respektive socialtjänst på olika nivåer.

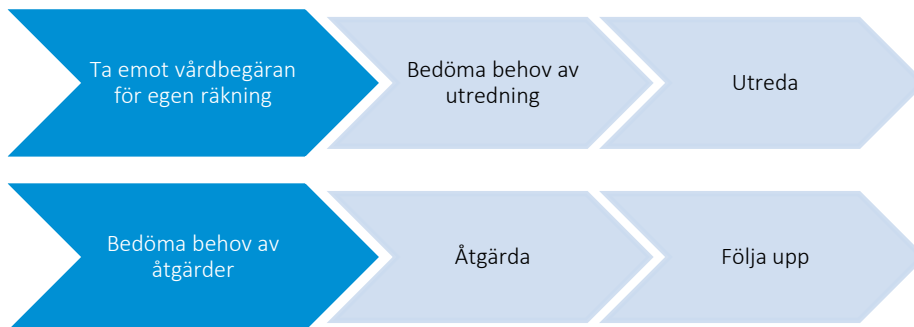
2.1 Övergripande processmodell enligt NI



¹ Socialstyrelsens övergripande modell för individuell vårdprocess

Socialstyrelsen har tagit fram en övergripande processmodell för att beskriva processförloppet gällde hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Processmodell för hälso- och sjukvård (NI)



² Socialstyrelsens processmodell för hälso- och sjukvård

Nästa nivå är ytterligare en detaljeringsgrad samt professionsspecifika begrepp. Modellen ovan är processmodellen för hälso- och sjukvård. Det finns en motsvarande process för socialtjänsten.

Socialstyrelsen lyfter fram den enskildes perspektiv utifrån att varje process är individuell.

Omställningen till Nära vård bygger på ett personcentrerat förhållningssätt. Begreppet personcentrerad eller personcentrerad vård finns i dagsläget inte i Socialstyrelsens termbank. Socialstyrelsen har dock ett regeringsuppdrag att bistå i arbetet med att utveckla personcentrade och sammanhållna vårdförlopp. Det är ett pågående arbete

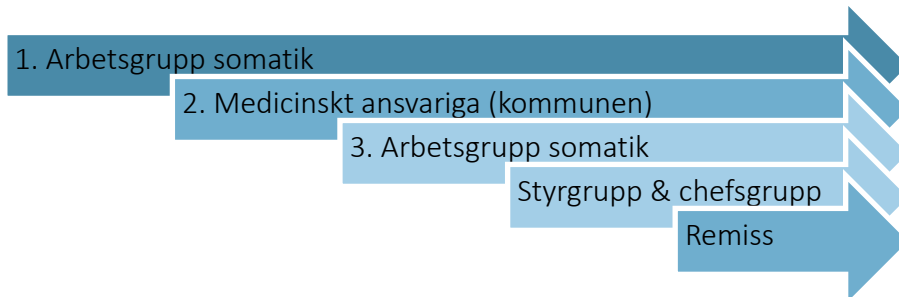
¹ [Nationell informationsstruktur \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

² [Nationell informationsstruktur 2021:1 Modeller för hälso- och sjukvård \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

men i nuläget går personcentrerad vård och nationell informationsstruktur inte jämn takt.

3. Processflöde för överenskommelsen

Arbetet med processflödet har genomförts i tre steg innan den ska ut på remissrunda till arbetsgrupperna och till styrgrupp samt chefsgrupp. Det kommer också att ske ett större remissarbete under våren 2022

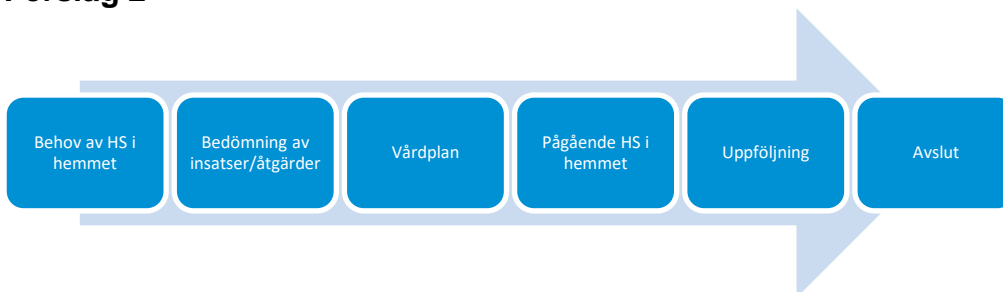


Arbetsförslag 1



Grundförslaget bygger på de steg som finns i den nuvarande överenskommelsen. Arbetsgruppen för somatik har fått arbeta med förslaget och de landat i ett reviderat förslag.

Förslag 2



Arbetsgruppen har arbetat om processen och sorterat in några processteg som aktiviteter istället. Under andra boxen “*bedömning av insatser/åtgärder*” har gruppen gjort om nedanstående processteg som aktiviteter:

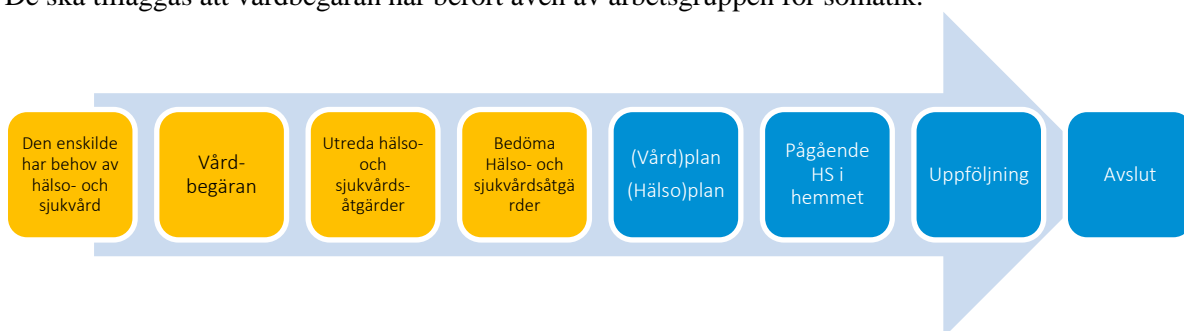
- Princip för HS i hemmet
- Egenvårdsbedömning
- Vårdplanering

I slutförande kommer varje steg att tydliggöras med aktiviteter. Arbetsgruppen har tydliggjort ett antal aktiviteter per processteg, dessa redovisas inte i den här rapporten.

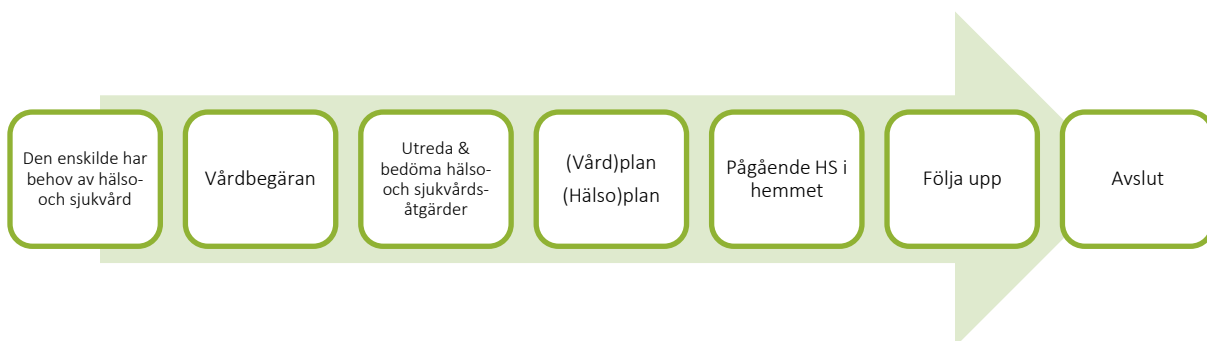
Förslag 3

Efter arbetsgruppens workshop presenterades förslaget för kommunernas medicinskt ansvariga på en ny workshop. De justerade om formuleringen i första boxen och kompletterar med vårdbegäran. Här finns önskemål om att särskilja på att utreda och bedöma hälso- och sjukvårdsåtgärder.

De ska tilläggas att vårdbegäran har berört även av arbetsgruppen för somatik.



3.1 Remissförslag (förslag 4)



Processflödet börjar med den enskilde och processen för professionerna påbörjas i steg två – vårdbegäran. Arbetsgruppen slutsats är att utreda och bedöma bör vara i samma box. I praktiken går dessa två processteg in i varandra, därför är det inte meningsfullt att separera dem i det här sammanhanget även om de särskiljs i dokumentationsstrukturen. Syftet med processtegen är att bidra till tydlighet och förenkla för professionerna. Allt för många processteg kan medföra att det upplevs som allt för omfattande och tidskrävande.

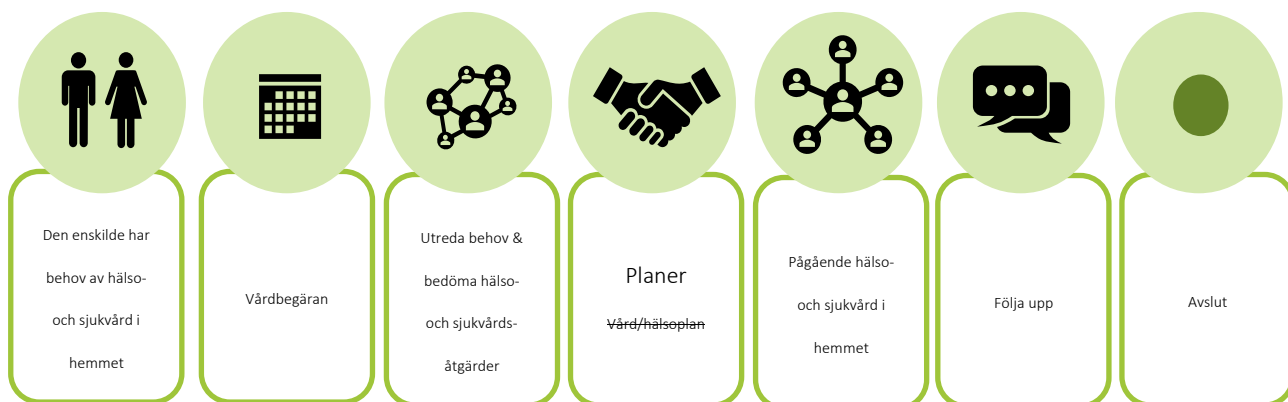
Vårdplan finns inte med i NI:s övergripande processtrukturer, men det är ett av de områden som vi brister i vår samverkan därför behöver den synliggöras. En gemensam plan tillsammans med den enskilde är även en betydelsefull komponent i

en personcentrerad vård. Då använder man i huvudsak begreppet hälsoplan, vi har valt att använda både vårdplan och hälsoplan eftersom båda begreppen används i länet.

I NI använder man begreppen genomförande eller åtgärda (steg 5). Genomförande är traditionellt ett begrepp som mer används inom socialtjänstens verkställighet. Att åtgärda för tanken åt en uppgiftsorienterad vård. Därför föreslås istället pågående hälso- och sjukvård i hemmet. Följa upp är det begrepp som används i NI istället för uppföljning. Det signalerar däremot en aktiv handling och har bytts ut utan dialog med arbetsgrupperna.

Slutligen finns avslut. Alla processer har ett för eller senare ett avslut, vilket behöver synliggöras i även i denna process.

3.2 Alternativ visualisering



Stegen i processen är oftast cirkulära, det är sällan en linjär process. Därför kan det finnas anledning att utforska ett annat sätt att visualisera arbetsmomenten istället för processteg, ovan finns ett förslag.

På vilket sätt det kommer att visualiseras blir en senare fråga. Det primära är att enas om vilka steg som finns i arbetsflödet för hälso- och sjukvård i samverkanszonen.

4. Beslut och visualisering

Styrgruppen och chefsgruppen social välfärd samt vård och omsorg har ställt sig bakom förslaget. Det genomfördes även en remisskonferens den 17 mars 2022. Inga ytterligare synpunkter inkommit. Modellen är betraktas därför som beslutad. Under våren 2022 har en tjänstedesigner arbetat fram en modell som visualiserar den cirkulerande processen.

