



Översyn av avtal för hemsjukvård i Gävleborgs län

Anders Haglund och Tove Strömberg

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	4
1.1	Uppdrag	4
1.2	Metod	4
2	Hemsjukvården i ett sammanhang.....	5
3	lakttagelser	6
3.1	Utvecklingssituationen	7
3.2	Struktur	7
3.3	Aktörer	9
4	Sammanfattande slutsatser	10
5	Rekommendationer.....	11
	Bilaga A - Lista på intervjuade.....	14

Sammanfattning

Ansvaret för hemsjukvården i Gävleborgs län fördes 2013 över från landstinget (numera Region Gävleborg) till kommunerna i länet. Mellan landstinget och kommunerna upprättades ett avtal som reglerar parternas insatser inom hemsjukvården. Kritik framfördes mot att avtalet reglerade en mängd detaljer och skapade inte utrymme för sunt förnuft samt innehöll en del värderingsskrivningar som tolkades på olika sätt. En revidering av avtalet gjordes och ett nytt, reviderat avtal trädde i kraft 2016. Avtalet är nu utformat på en mer övergripande nivå. Nu upplevs dock att avtalet inte ger tillräcklig stöd och vägledning.

I september 2017 fick Public Partner i uppdrag av samverkansgruppen för hemsjukvård och egenvård (tidigare gränsdragningsgruppen) att stödja denna i att ta fram förslag på hur det nu gällande avtalet för hemsjukvård, eventuellt kan tydliggöras eller kompletteras, i syfte att minska de upplevda konfliktytorna mellan regionen och kommunerna. Konflikterna finns, enligt uppgift, såväl inom ledningsfunktionerna som på verksamhetsnivån.

Public Partner har genomfört en analys över nuläge samt identifierade tänkbara handlingsalternativ för att hantera de konflikter som avtalet ger upphov till.

Den sammanfattande bedömningen är att samverkan gällande hemsjukvård i många avseende fungerar bra. I de fall samverkan inte fungerar förefaller huvudorsakerna vara följande:

- Olika tolkningar av avtalet framförallt av paragraf 1. Det handlar om punkterna; vilka insatser som räknas som hälso- och sjukvård, insatser ges under minst två veckor samt punkten, patienten kan inte utan stöd ta sig till primärvården.
- Mängden aktörer och organisationsformer i systemet utgör en stor utmaning, inte minst med avseende på information och samordning.
- Brist på genomarbetat och analyserat faktaunderlag.

Sammantaget gör vi bedömning att avtalet, i nuläget, inte bör preciseras. Vårt alternativ till förtydligande av avtalet är istället följande:

- a) Utveckla praxis utifrån verkliga exempel på hur olika patienter har bedömts vad avser paragraf 1. Dessa fallbeskrivningar kan därefter fungera som handledning för verksamheten.
- b) Utarbeta likartade processer/arbetssätt efter ett antal områden där det finns goda exempel.
- c) Etablera tydligare plattformar för dialog och samverkan.
- d) Ta fram relevant statistik avseende hemsjukvården som kontinuerligt uppdateras.
- e) Utveckla ett digitaliserat verktyg som stöd för detta, det vill säga en samlingsplats för det som rör processer och goda exempel inom hemsjukvården.

1 Bakgrund

Ansvar för hemsjukvården i Gävleborgs län fördes 2013 över från landstinget (numera Region Gävleborg) till kommunerna i länet. I samband med detta skedde även en skatteväxling mellan landstinget och samtliga kommuner. Mellan landstinget och kommunerna upprättades ett avtal som reglerar parternas insatser inom hemsjukvården. En gränsdragningsgrupp tillsattes i enlighet med avtalet. Gruppen hade mandat att tolka och lösa ut frågeställningar kring genomförande av avtalet. 2016 skrevs avtalet om efter att kritik framförts mot det tidigare avtalet. I det nya avtalet anges att det ska finnas en samverkansgrupp som har ansvar att lösa frågeställningar rörande tillämpningen av avtalet mellan regionen och kommunerna. Medlemmar till samverkansgruppen hemsjukvård och närsjukvård utses av länsledning, Valfärd.

Det första avtalet var detaljerat och hade ett antal kommentarer som skulle ge vägledning. Det innehöll även ett antal skrivningar avseende värderingar. Kritiken från berörda verksamheter handlade om:

- Avtalet reglerade en mängd detaljer och skapade inte utrymme för sunt förnuft.
- Avtalet innehöll en del skrivningar rörande värderingar som tolkades på olika sätt.

Bedömningen var att detta ledde till konflikter mellan ansvariga för genomförandet inom kommun och region.

Kritiken ledde till att det nuvarande hemsjukvårdsavtalet togs fram. Det nya avtalet trädde i kraft 2016. Det nya avtalet är på en mer övergripande nivå och kommentarer och värderingar har tagits bort. Kompletterande dokument finns på en samverkansweb som ger ytterligare stöd och vägledning. Samverkansgruppen har dock fått signaler från verksamheten att även det nya avtalet ger upphov till konflikter. Nu upplevs att avtalet inte ger tillräcklig stöd och vägledning.

1.1 Uppdrag

I september 2017 fick Public Partner i uppdrag av samverkansgruppen för hemsjukvård och egenvård att stödja denna i att ta fram förslag på hur det nu gällande avtalet för hemsjukvård eventuellt kan tydliggöras eller kompletteras, i syfte att minska de upplevda konflikterna mellan regionen och kommunerna. Konflikterna finns, enligt uppgift såväl inom ledningsfunktionerna som på verksamhetsnivån.

Public Partner har genomfört en analys över nuläget samt identifierade tänkbara handlingsalternativ för att hantera de konflikter som avtalet ger upphov till.

1.2 Metod

Analysen av nuläge bygger på drygt 50 intervjuer, individuellt och i grupp.

Intervjuer har skett i fyra av länets tio kommuner, Gävle, Ovanåker, Sandviken och Söderhamn. Intervjuerna har omfattat, dels representanter från hemsjukvården samt i några fall

hemtjänsten i respektive kommun, dels representanter från hälsocentraler, såväl offentligt som privat drivna inom de aktuella kommunerna. Urvalet av kommuner gjordes i dialog med samverkansgruppen. Individuella intervjuer genomfördes i Ovanåker och Gävle. I Sandviken och Söderhamn genomfördes gruppintervjuer där chefer inom hemsjukvården intervjuades som en grupp, personal på hälsocentralen som en grupp och personal inom hemsjukvården/hemtjänsten inom kommunen som en grupp. Följande funktioner har intervjuats:

- Kommun: sjuksköterskor/distriktsköterskor, enhetschefer och arbetsterapeuter inom hemsjukvården samt biståndshandläggare och undersköterska inom hemtjänsten
- Hälsocentraler (cirka hälften med annan huvudman än Region Gävleborg): Verksamhetschefer, distriktsköterskor, familjeläkare och några arbetsterapeuter.

Enhetschefer, sjuksköterskor och vårdplanerare inom slutenvården har intervjuats från palliativa teamet samt specialistområdena, ortopedi, onkologi och medicin. Dessa intervjuer skedde individuellt och på telefon.

Syftet med intervjuerna var att få en nulägesanalys av hur avtalet för hemsjukvård fungerar. I genomförandet av intervjuerna har vi utgått mindre från formen frågor och svar och mer av medskapande i ett utforskande samtal. Utgångspunkten har varit att utforska helheter och sammanhang. Ambitionen har varit att visa en genuin nyfikenhet på intervjupersonernas olika dimensioner och perspektiv på de frågor som uppdraget handlar om. Ytterst handlar det om att genom intervjuer lägga en grund för de slutsatser och förändringsförslag som växer fram under senare skeden av ett uppdrag.

Efter intervjuerna har vi sammanställt våra iakttagelser och förslag till preliminära rekommendationer. Iakttagelser och rekommendationer har sedan presenterats och diskuterats i tre olika sammanhang:

- Arbetsmöte med uppdragsgivare 9 november: Roger O Nilsson, divisionschef Primärvården Region Gävleborg, Ingrid Åsberg, Samordnare Region Gävleborg, Tina Mansson Söderlund, Socialchef Bollnäs
- Samverkansgruppen för hemsjukvård och egenvård 24 november
- Möte socialchefer i Gävleborgs län 24 november

I rapporten har vi tagit hänsyn till de synpunkter som framkommit vid dessa möten.

2 Hemsjukvården i ett sammanhang

Hemsjukvård innebär hälso- och sjukvårdsinsatser i den enskildes hem, det vill säga både i ordinärt och särskilt boende. Hälso- och sjukvårdsinsatser utförs av legitimerad personal, dock inte läkare samt annan personal med delegation. Utgångspunkten för att patient skrivs in i hemsjukvården är att patienten inte kan ta sig till en hälsocentral för att få hälso- och sjukvårdsinsatsen genomförd. Vårdbehovet ska också behövas över en längre period.

En individ inom hemsjukvården kommer ofta i kontakt med en eller flera av följande aktörer:

- Slutenvården, inklusive specialistvården
- Palliativa teamet
- Hälsocentralen
- Hemtjänsten
- Hemsjukvården

Huvudmanskaper för dessa aktörer varierar mellan Region Gävleborg, privata utförare och tio olika kommuner. En stor variation finns i hur dessa olika aktörer är organiserade även om de bedriver liknande eller samma verksamhet. Hälsocentraler och hemtjänst har inte sällan privat utförare eftersom de lyder under Lagen om Valfrihet (LOV).

I de intervjuer som genomförts framhåller flera att det var rörigt i början när kommunerna tog över ansvaret för hemsjukvården men över tid har roller och ansvar satt sig tydligare mellan de olika aktörerna. I intervjuerna framkommer, bland annat följande:

- Vårdplanering fungerar bra i de flesta fall.
- Där det finns en läkare utsedd på utsedd på hälsocentralen specifikt för hemsjukvården fungerar läkarsamverkan bra.
- När patienten är inskriven så uttrycker alla att patienten blir väl omhändertagen.

Uppfattningen är att ett fåtal patientfall skapar "grus i maskineriet". När det sker handlar det oftast om något av följande:

- Olika syn på patientens behov utifrån olika lagutrymmen, det vill säga Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).
- Multisjuka patienter med/eller komplexa vårdinsatser.

Många aktörer, med ett informationsflöde som hanterar en mängd utmaningar i form av:

- Olika digitala dokumentationssystem (Journalssystem, Lifecare).
- Olika organisation av tillgänglighet (öppettider, telefontider, kontaktpersoner).

3 Iakttagelser

Nedan följer en redogörelse för vad som har framkommit i våra intervjuer. Vi har valt att redovisa våra iakttagelser utifrån:

- Utvecklingssituationen, det vill säga hur yttre och inre förutsättningar påverkar förmågan genomföra verksamheten, och hur stödjer mål och strategier att verksamheten kan anpassa sig till förutsättningarna.
- Strukturen, det vill säga hur verksamheten organiserar sig för att bäst understödja de mål och ambitioner som finns, och om det finns adekvata system för styrning och uppföljning.
- Aktörerna, det vill säga hur ledarskap, samspel, värderingar, attityder och organisationskultur påverkar möjligheten att bedriva verksamheten.

3.1 Utvecklingsituationen

Antalet äldre-äldre ökar och kommer att öka ännu kraftigare framöver vilket också ökar vårdbehovet och behovet av att utveckla formerna för vård och omsorg för äldre. Det finns en politisk ambition att sjukvården ska flytta närmare patienten och att en ökad andel vård ska ske i hemmet. Det finns redan idag ett behov av att större och mer komplexa vårdinsatser genomförs i hemmet. Detta behov kommer att öka framöver.

I några intervjuer framförs att antalet vårdplatser och antalet platser till korttidsboenden har minskat och idag vårdas patienter i hemmet som tidigare fanns i särskilda boenden. Sammantaget skapar detta ett ”tryck” på såväl primärvård som hemsjukvård. Det finns dock olika uppfattningar och bilder rörande om antalet patienter ökat eller är stabilt. Man är dock relativt eniga om att vårdbehovet hos befintliga patienter har blivit mer komplext och tyngre.

Flera framhåller att arbetsbelastningen är tung och detta menar vissa leder till en hög personalomsättning inom hemsjukvården. Några poängterar att det är ett problem att rekrytera sjuksköterskor och särskilt distriktssköterskor och att det, generellt är brist på distriktssköterske- och geriatrikkompetens, vilket också påverkar arbetssituationen.

I våra intervjuer får vi olika bilder rörande hemtjänstens potential. På vissa håll framhålls att kontinuiteten hos brukaren är låg (många olika personer, över tid hos en brukare). Därutöver framhålls att det finns problem med språkkunskaper. På andra anses personalresursen som stabil och erfaren vilket ger helt andra förutsättningar. Språk och kontinuitet utgör framförallt en utmaning när det gäller egenvårdsinsatser och delegation av enklare hälso- och sjukvårdsinsatser.

Förhållandet att det är två olika huvudmän framhålls av flera som ett problem och att det, exempelvis skulle vara betydligt enklare med en huvudman som ansvarar för all sjukvård i hemmet. På verksamhetsnivån, där vi genomfört intervjuerna, framhålls dock att respektive huvudmans budget och ekonomi inte är styrande i diskussionen rörande om en patient ska få hemsjukvård eller inte.

Den nya samverkanslagen som träder i kraft 2018 kommer, enligt flera att ändra förutsättningarna för hantering av patienter som skrivs ut från slutenvården och ska föras över till primärvården eller hemsjukvården. Denna del av processen bedöms således bli tydligare.

I våra intervjuer nämns olika organ för samverkan. Länsledning, Välfärd som en plattform för samverkan för tjänstemän i länet. Den operativa välfärdgruppen som fungerar mer lokalt. Sedan nämns samverkansgruppen för hemsjukvård och närsjukvård. I våra intervjuer framkommer att man har en diffus bild av hur denna struktur ser ut och detta gäller även resultatet av denna samverkan.

3.2 Struktur

Patienter är oftast aktuell för hemsjukvård utifrån någon av följande situationer:

- Patient vårdas i slutenvården, och ska skrivas hem. Personal på sjukhuset bedömer att patienten behöver hemsjukvård.
- Läkare på hälsocentralen bedömer att patient behöver hemsjukvård.

- En patient skrivs in som patient i det palliativa teamet.

Det är kommunen som avgör om patienten ska omfattas av hemsjukvården. En gemensam vårdplanering görs där patienten är delaktig och här kommer man överens om patienten ska skrivas in i hemsjukvården. Flera aktörer runt patienten är involverade i bedömningen såsom avdelning inom slutenvården, palliativa teamet, berörd kommun och berörd hälsocentral. Samtliga aktörer framhåller att det är en utmaning att veta vem och hur de ska kontakta hos motparten när det gäller patienter som ska skrivas in i hemsjukvården, eller finns inom hemsjukvården. Några exempel på utmaningar:

- Organisation av läkaransvar.
- Olika telefontider och "väg in" till hälsocentralen.
- Oklart vem som är kontaktperson och beslutsfattare hos kommunen, eftersom det varierar mellan olika kommuner.
- Kvaliteten i dokumentation av patienten varierar.

En bedömning av om en patient ska skrivas in hemsjukvården ska utgå från paragraf 1 i avtal hemsjukvård mellan kommunerna och Region Gävleborg. Denna paragraf har olika tolkningar framförallt kopplade till:

- "Insatser räknas som hälso- och sjukvård".
- "Insatser ges under minst två veckor", och "sammanhängande över tid".
- "Patienten kan inte utan stöd ta sig till primärvården".

På samverkanswebben finns en länk till förtydliganden kring hemsjukvårdsavtalet. Där öppnas exempelvis för att hemsjukvården, vid uppenbara hemsjukvårdssituationer, kan komma in tidigare än efter två veckor efter det att patienten skrivits ut från slutenvården. Men det lämnar också öppet för att hälsocentralen kan ansvara för insatser in hemmet under längre tid än två veckor utifrån sitt ansvar för enstaka besök.

Paragraf 1 och skrivningarna ovan rörande när en patient kan skrivas in hemsjukvården upplevs som otydliga och skapar en del konflikter kring ett fåtal patienter. Även om patienterna är få tar dessa konflikter energi från de verksamheter och personalgrupper som är involverade.

Ett exempel på hur olika dessa paragrafer tolkas är hantering av de patienter som är inskrivna hos det palliativa teamet. En del kommuner skriver direkt in en palliativ patient i hemsjukvården medan andra vill att patienten först skrivs in i primärvården, för att därefter tas över av hemsjukvården efter att två veckor förflutit sedan patienten skrevs ut från slutenvården eller en bedömning genomförts av patientens behov.

Flera framhåller dock att i stort fungerar processerna rörande den palliativa vården och det palliativa teamet bra.

Vårdplaneringsmöten är viktiga forum för att samla aktörer kring en individ. Av intervjuer framkommer dock att uppslutningen på dessa möten varierar från olika aktörer. Flera gör dock bedömningen att den nya samverkanslagen (januari 2018) kommer klargöra ansvar och därmed närvaro vid vårdplaneringsmöten.

Informationsflödet har som tidigare nämnts ett antal utmaningar, bland annat genom att aktörerna har olika digitala dokumentationssystem. Det är inte heller tydligt vilken information som ska överlämnas när en patient rör sig mellan olika vårdgivare. Vidare har olika aktörer olika behörighet och tillgänglighet till den dokumentation som finns. Detta innebär att mycket tid läggs på att delge varandra information via telefon och fax och att det är ett skört system där information riskerar att inte finnas tillgänglig i tillräcklig utsträckning för att säkra en vård av hög kvalitet.

Förutom utmaningar kring tolkning av när en patient ska skrivas in i hemsjukvården, närvaro vid vårdplaneringsmöten och informationsflödet tas också frågor gällande hantering av egenvårdsintyg och delegering av hälso- och sjukvårdsinsatser upp.

När egenvårdsintyg skrivs för hälso- och sjukvårdsåtgärder av personal på hälsocentral upplever hemtjänsten att processen tar för lång tid. Hemtjänsten uttrycker även en otrygghet kring att utföra egenvård åt patienter som de upplever inte alltid förstår innebörden av egenvård. En del upplever även att instruktionen från hälsocentralen inte är tydlig, vilket lämnar öppet för tolkning kring hur åtgärden ska genomföras.

Delegering av enklare hälso- och sjukvårdsuppgifter från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till hemtjänsten upplevs tryggare och säkrare när det sker från hemsjukvården till hemtjänsten än när det sker från hälsocentralen. Anledningen är att hemtjänsten upplever att de får bättre stöd från hemsjukvården.

Rehab-personal upplever att det är mycket svårt att få någon inskriven i hemsjukvården på grund av rehabiliteringsinsatser. Dessa framhåller att, även om patienten kan ta sig till en hälsocentral, är det effektivare att ge rehabiliteringsinsatserna i hemmiljön där patienten får möjlighet träna i den egna sängen eller i det egna badrummet.

3.3 Aktörer

Fler av de vi intervjuat uttrycker osäkerhet kring hur frågor kring tolkning av samverkansavtalet ska lösas. Hur Länsledning Valfärd, operativa valfärdsgruppen (lokala valfärdsgrupper) och samverkansgruppen för hemsjukvård och närsjukvård relaterar till varandra kring frågor som har med hemsjukvård är oklart. De flesta kontaktar samverkansgruppen när det gäller oklarheter kring verksamheten inom hemsjukvården, men hur ärendet drivs vidare är inte tydligt för de som arbetar inom verksamheten.

Tanken med det nya avtalet var att skapa en större flexibilitet för lokala lösningar. Mot bakgrund av att aktörerna har olika geografiska verksamhetsområden fungerar det inte alltid att ha lokala lösningar. En aktör får i vissa fall förhålla sig till flera olika lokala lösningar vilket upplevs som rörigt och svårt att förhålla sig till.

Formen för lokal samverkan kring hemsjukvård är olika utformad beroende på kommun och omfattar inte alltid samtliga relevanta aktörer. Exempelvis deltar inte alltid hälsocentraler med annan huvudman än regionen.

De flesta uttrycker att finns goda personliga relationer mellan personal på hälsocentralerna och inom hemsjukvård. De olika aktörerna beskriver varandra som engagerade och måna

om att lösa situationen för enskilda patienter. Flera framhåller att det ofta handlar om enskilda personer om relationen mellan aktörerna, det vill säga, främst hälsocentral och hemsjukvård fungerar bra eller inte. På vissa håll upplevs att tolkningen av avtalet görs bokstavstroget och "fyrkantigt" medan på andra håll är man mer flexibel. I intervjuerna framkommer även att hälsocentralernas kunskap och kontakter med hemtjänsten är svaga trots att hemtjänsten ofta är inkopplad på de patienter som har hemsjukvård eller ligger i gränslandet till att få hemsjukvård.

Flera ger uttryck för frustration, främst från hälsocentralernas sida, när individer upplevs hamna i kläm i systemet på grund av att avtalet tolkas alltför strikt, enligt dessa. Samtidigt beskrivs en och samma situation utifrån olika perspektiv och synsätt beroende på om det är personal inom hemsjukvården eller hälsocentralen som beskriver den.

4 Sammanfattande slutsatser

Den sammanfattande bedömningen är att samverkan gällande hemsjukvård i många avseende fungerar bra. Av intervjuerna framgår följande framgångsfaktorer:

- En ansvarig läkare för hemsjukvårdspatienter på hälsocentralen med fast rondtid och som gör fysiska hembesök.
- Ett tydligt ansvar utpekat för vårdplanering inom kommunen.
- Väl kommunicerade tider då personal är anträffbar både inom hemsjukvård och på hälsocentraler.
- En tydlig och genomarbetad dokumentation i Lifecare.
- Relevant närvaro och tidig vårdplanering.
- Lokala samverkansforum som träffas regelbundet, både på chefs och verksamhetsnivå.

Huvudorsakerna till att samverkan inte, i alla delar, fungerar bra förefaller vara följande:

1. Olika tolkningar av avtalet.

Det är paragraf 1 i avtalet där olika tolkningar och bedömningar görs. Det handlar om punkterna; 1. vilka insatser som räknas som hälso- och sjukvård, 2. insatser ges under minst två veckor samt, 3. patienten kan inte utan stöd ta sig till primärvården.

I våra intervjuer framhåller många ett behov av att precisera avtalet rörande dessa tre punkter.

2. Mängden aktörer och organisationsformer.

Mängden aktörer i systemet utgör en stor utmaning, inte minst med avseende på information och samordning. Det handlar om tio kommuner, flera hälsocentraler inom respektive kommun, såväl offentligt som privat drivna, slutenvården med flera specialtområden. Därutöver tillkommer sådana förutsättningar som valfrihet enligt LOV.

3. Brist på genomarbetat och analyserat faktaunderlag.

Vi har konstaterat att det inte finns någon tillförlitlig statistik rörande hur antalet inskriva i hemsjukvården och vårdtyngden hos dessa utvecklats sedan 2013. Vi har också noterat i några av våra intervjuer att man ibland har uppfattningar om varandra, bland annat rörande frågor som personalomsättning och kompetens- och kompetensförsörjning. Vid kontroll har det visat sig att uppgifterna inte stämmer med motpartens uppfattning. Orsaken till det senare problemet torde vara brist på kontakter och forum för dialog.

En risk med denna brist på faktaunderlag är att det bildas myter som utvecklas till sanningar och att dessa, felaktigt skapar kritiska och negativa bilder av varandra.

5 Rekommendationer

Det finns enligt vår uppfattning två huvudalternativ för att hantera de oklarheter som framhålls i avtalet, det vill säga:

- "Insatser räknas som hälso- och sjukvård"
- "Insatser ges under minst två veckor".
- "Patienten kan inte utan stöd ta sig till primärvården".

Nedan följer en bedömning av dessa alternativ samt våra rekommendationer:

Alternativ 1: Avtalet förtydligas.

Flera av de som intervjuats önskar att avtalet förtydligas. Vi konstaterar att det nu gällande avtalet är från 2016 då ett mer detaljerat avtal ersattes. Det fanns, enligt vad vi erfarit, en kritik redan mot det tidigare, mer detaljerade avtalet.

Vår bedömning är att det finns fördelar med ett avtal med den nuvarande ramkaraktären. Detta ger utrymme för en, enligt vår uppfattning, nödvändig flexibilitet. Denna är nödvändig mot bakgrund av den synnerligen komplexa miljön, med många aktörer och patienter, vars individuella situation och behov skiljer sig från varandra.

Med ett mer detaljerat avtal riskeras att utrymmet för lokala anpassningar och flexibiliteten i övrigt går förlorad. Som tidigare nämnts har också, så sent som 2016, ett mer detaljerat avtal ersatts med det nuvarande avtalet.

Vår bedömning är att det finns en potential i form av en förstärkt samverkan och dialog samt professionella medarbetare inom såväl hemsjukvård som hälsocentraler som i grunden har goda relationer med varandra att kunna hantera de tolkningsproblem som nu finns. Antalet patienter som ger upphov till tolkningsproblem är också, enligt vad som framkommit, få till antalet.

Sammantaget gör vi därför bedömning att avtalet, i nuläget, inte bör förtydligas eller preciseras.

Alternativ 2: Avtalet förtydligas inte i nuläget

Istället för att förtydliga avtalet föreslår vi ett antal andra steg för att hantera de otydligheter som nu finns kring tolkning av avtalet.

- a) Utarbeta praxis som fungerar som handledning för verksamheten.

Vårt förslag är att ta fram ett antal verkliga exempel tas på hur olika patienter har bedömts vad avser de tre punkterna ovan i paragraf 1. Denna exempelsamling kompletteras fortlöpande med nya "fall" i syfte att utveckla en praxis för tolkningen av avtalet. En sådan praxis kan så småningom börja fungera som ett stöd vid bedömning rörande eventuell inskrivning i hemsjukvården. Förslaget motsvarar hur en ramlagstiftning succesivt "fylls ut" med praxis som ger stöd i tolkningen.

- b) Utarbeta likartade processer/arbetssätt efter ett antal goda exempel.

Vårt förslag, i denna del är att rekommendationer och/eller goda exempel tas fram på området där likartade processer eller arbetssätt har visat sig vara en framgångsfaktor. Vi har under avsnitt 4 ovan redovisat ett antal sådana punkter.

- En läkare med ansvar för hemsjukvårdspatienter med fast rondtid och som gör fysiska hembesök.
- Form, tidpunkt och ansvar för vårdplanering.
- Förankrade och kommunicerade tider då personal hos huvudaktörerna är anträffbara.
- En tydlig och genomarbetad dokumentation i LifeCare.
- Lokala samverkansforum som träffas regelbundet, både på chefs och verksamhetsnivå.

- c) Etablera tydligare plattformar för dialog och samverkan

Idag upplevs att strukturen för samverkan är otydlig. Det gäller länsledning och samverkansgrupp. Organens uppdrag och ansvar är heller inte kända. På lokal nivå, det vill säga i respektive kommun fungerar samverkan och formerna för detta på olika sätt. Vi föreslår att struktur för samverkan tydliggörs såväl regional som lokalt samt att uppdrag och ansvar för respektive organ tydliggörs. Vår bedömning att detta bör utformas på likartat sätt i respektive kommun. Detta mot bakgrund av att information, rekommendationer med mera ska kunna kommuniceras på ett effektivt sätt.

En viktig roll för samverkansorganen bör givetvis vara erfarenhetsutbyte och kompetensutveckling.

- d) Framtagande av statistik

Vi föreslår att relevant statistik avseende hemsjukvården tas fram och att denna kontinuerligt uppdateras. Syftet är att diskussioner, erfarenhetsutbyte och beslut ska baseras på faktaunderlag istället för myter.

- e) Utveckla digitaliserat verktyg som stöd för detta det vill säga en samlingsplats för det som rör processer inom hemsjukvården.

Vi föreslår också att samverkanswebben vidareutvecklas till att bli ett digitaliserat lättillgängligt verktyg där processer och det stöd som behövs i verksamheten finns samlad. Detta verktyg föreslås innehålla utöver processbeskrivningar, rutiner, kontaktinformation även fallbeskrivningar, goda exempel och rekommendationer samt relevant statistik.

Slutligen föreslår vi att en arbetsgrupp tillsätts för arbeta fram praxis och fallbeskrivningar, utarbeta likartade processer/arbetssätt efter ett antal goda exempel, ta fram förslag på hur tydligare plattformar för dialog och samverkan kan se ut, och utarbeta förslag vilken typ av statistik avseende hemsjukvården som kontinuerligt bör följas upp. Förslagsvis skulle samverkansgruppen kunna vara det forum som slutligen fastställer de förslag som arbetas fram.

Efter en tid bör detta, det vill säga punkterna a - e utvärderas och i samband med denna och den praxis som då har utarbetats kan det finnas anledning att pröva om avtalet i någon del ska kompletteras.

Bilaga A - Lista på intervjuade

Ovanåker

Voxnadalens hälsocentral

Sylvia Spinnars, tf. enhetschef Aleris Voxnadalen HC

Lise-Lotte Blomqvist, distriktssköterska fokus på åldersgruppen 75+, Voxnadalen HC

Ali Ghaffari, familjeläkare, Voxnadalen HC

Hälsocentralen i Alfta

Ingrid Molin, distriktssköterska

Hälsocentralen i Edsbyn

Kristina Billmark, verksamhetschef, Hälsocentralen i Edsbyn

Niels West, familjeläkare

Ovanåker kommun

Anna Eriksson, biståndshandläggare

Elisabeth Andersson, enhetschef, HoS-personal

Ann Tegenstrand, distriktssköterska, hemsjukvården

Åsa Eriksson, hemsjukvårdens arbetsterapeut

Elin Forsblom, MAS

Söderhamn

Grupp 1 - Hälsocentral

Ulf Axelsson, läkare, Doktorama

Anne-Marie Selander, distriktssköterska, Doktorama

Erica Göthe, fysioterapeut, Doktorama

Sebastin Ferrau, familjeläkare, Söderhamns hälsocentral

Eva Persson, distriktssköterska, Söderhamns hälsocentral

Ocariana Fernandez, fysioterapeut, Söderhamns hälsocentral

Grupp 2 – verksamhetschefer

Robert Hill, verksamhetschef Doktorama

Christina Magnby, vårdenhetschef Söderhamns hälsocentral

Marianne Hedberg, MAS, Söderhamns kommun

Erika Göte, fysioterapeut, Doktorama

Grupp 3 – Söderhamns kommun

Sofia Olofsson, arbetsterapeut rehab

Lena Nordqvist, specialistsjuksköterska hemsjukvården

Lena Olsson, distriktssjuksköterska, hemsjukvården

Marina Rönning, undersköterska, hemtjänsten

Lena Hedberg, biståndsbedömare

Sandviken

Grupp 1 - verksamhetschefer

Marek Kocemba, tf. för verksamhetschef, familjeläkare, Falck Hälsopartner
Susanne Clifford, verksamhetschef Västra Gästrikland hälsocentraler, och familjeläkarjour
Märith Hedblom, verksamhetschef hemsjukvård; LSS, socialpsykiatri.

Grupp 2 – hälocentral

Lisa Berglund, distriktssköterska, Falk Hälsopartner
Gabriella Vallbom, distriktssköterska, hälocentral södra
Marek Kocemba, familjeläkare, Falk Hälsopartner
Lars Lannsjö, familjeläkare, hälocentral södra

Grupp 3 – Sandvikens kommun

Sofie Eriksson, vårdplaneringssjuksköterska
Carina Granath, enhetschef för hemsjukvården, Sandviken

Gävle kommun

Capio HC Södertull

Bengt-Olov Staffas, verksamhetschef
Per Eklund, arbetsterapeut
Sanna Nordin, distriktssköterska

Sätra hälocentral

Björn Eriksson, familjeläkare
Lisa Stern, arbetsterapeut
Margret Hultin – Rosenberg, verksamhetschef
Carola Bjurling, distriktssköterska

Gävle kommun

Kristin Eriksson, enhetschef Söders hemtjänst
Alena Karzhanets, distriktssköterska, biståndshandläggare och vårdplanerar
Ingrid Svedlund, arbetsterapeut hemsjukvården
Katarina Stistrup, biståndschef

Slutenvården

Ulla Eriksson, vårdenhetschef för de palliativa teamen Hudiksvall, Bollnäs och Söderhamn.
Petra Thoresson, sjuksköterska, palliativa teamet
Jenny Kolb, specialistsjuksköterska, palliativa teamen, Hudiksvall
Birgitta Dackell, verksamhetschef, Aleris sjukhus Bollnäs
Anette Frisk, enhetschef på medicinavdelning, Aleris sjukhus Bollnäs
Anette Lund, verksamhetschef ortopedkliniken, Gävle och Hudiksvalls sjukhus
Maud Sjölund, vårdplanerare, onkologi, Hudiksvalls sjukhus
Carina Hedman, vårdplaneringssjuksköterska, ortopederna Gävle sjukhus