



# Med primärvården som nav i utvecklingen av god och nära vård

Slutrapport, Kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionens  
primärvårdsuppdrag  
2022-01-19

Angela Olausson, VästKom  
Malin Swärd, VästKom  
Anki Schutz, Västra Götalandsregionen  
Helena Styrén, Västra Götalandsregionen



Sammanfattning .....	2
1. Inledning.....	3
2. Uppdrag och syfte .....	3
3. Bakgrund .....	4
4. Metod och genomförande .....	4
5. Hälsa- och sjukvård i hemmet.....	5
6. Primärvård .....	5
6.1. Kommunal primärvård.....	6
6.2. Västra Götalandsregionens primärvård.....	7
7. Gemensamt ansvar och samverkan.....	9
8. Identifierade samverkansområden och förslag till gemensam utveckling ....	10
8.1. Personcentrerad hälsa- och sjukvård i hemmet.....	10
8.2. Vårdövergångar.....	11
8.3. Styrning och ledning .....	11
8.4. Kompetensutveckling.....	11
8.5. Tillgänglighet .....	12
8.6. Utvecklingsområden i Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård .....	12
9. Avslutande reflektioner.....	13
Referenslista .....	14
Lagar .....	14
Proposition och statliga utredningar.....	14
Gemensamma avtal och överenskommelser .....	14
Förfrågningsunderlag och vårdöverenskommelser .....	14
Bilagor.....	15

## Sammanfattning

- SRO gav under våren 2021 i uppdrag till VästKom och Västra Götalandsregionen (VGR) att beskriva primärvårdsuppdragen, samt att utifrån dessa beskrivningar ta fram samverkansområden och förslag på gemensam utveckling i syfte att stärka primärvården som navet och underlätta samverkan mellan huvudmännen.
- Hälso- och sjukvård i hemmet kan innebära vård från både primärvård och vård som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens dvs. specialiserad vård.
- Primärvårdens hälso- och sjukvårdsuppdrag omfattas av två huvudmän.
- Flera aktörer kan samtidigt ansvara för hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet hos den enskilde.
- Hälso- och sjukvården är i ständig utveckling vilket leder till att gränssnitt förändras över tid. Det innebär att huvudmännen behöver ha ett förhållningssätt som främjar denna utveckling i stället för att fastställa en exakt gräns.
- Arbetsgruppen har gemensamt identifierat fem viktiga samverkansområden med förslag på fortsatt gemensam utveckling.
- I det dagliga arbetet kommer huvudmännen oftast överens och har samma mål med att säkerställa en personcentrerad vård.
- Framtagandet av rapporten är starten på ett långsiktigt arbete.

## 1. Inledning

Hälso- och sjukvården i hela Sverige ställer om, primärvården (både kommunal och regional primärvård) är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Samverkan mellan regionen och kommunerna är centralt för att uppnå en god och nära vård. En ny beskrivning av primärvårdens grunduppdrag för kommunerna och regionen infördes i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och trädde i kraft den 1 juli 2021.

Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära, samordnad och hälsofrämjande vård. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. En utveckling mot en nära vård med primärvården som nav syftar vidare till att kunna möta de utmaningar som vården och omsorgen står inför och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt. En reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.

Både lagändringen i HSL och revideringen av hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser har tydliggjort ett behov av att beskriva regionens och kommunernas primärvårdsuppdrag.

Med anledning av detta gav det politiska samrådsorganet (SRO) Västra Götalandsregionen (VGR) samt VästKom i uppdrag att beskriva primärvårdsuppdraget. Den politiska viljeinriktningen har varit vägledande i revideringen av Hälso- och sjukvårdsavtal och i uppdraget kring primärvårdsuppdraget:

- Vad är bäst för individen?
- Vad är bäst ur samhälls-/invånarperspektiv?
- Behövs förtydliganden i avtal/överenskommelser?

På uppdrag av SRO har VGR och VästKom i samverkan även tagit fram förslag på Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård.

## 2. Uppdrag och syfte

Uppdraget är att med utgångspunkt från ny beskrivning av primärvårdens grunduppdrag i HSL beskriva kommunernas och VGR:s primärvårdsuppdrag. Utifrån dessa beskrivningar identifiera samverkansområden och gränssnitt samt ta fram förslag till gemensam utveckling. Syftet är att tydliggöra kommunernas respektive VGR:s primärvårdsuppdrag för att stärka primärvården som navet i utvecklingen inom hälsa, vård och omsorg och underlätta samverkan mellan huvudmännen.

### 3. Bakgrund

Inför regionbildningen 1999 gjordes en ansvarsfördelning mellan kommuner och region enligt avtal, Huvudavtal om reglering av ansvar och finansiellt gränssnitt mellan landsting och kommuner. Utifrån upprättad ansvarsfördelning skrevs ett primärvårdsavtal som numera heter Hälso- och sjukvårdsavtal.

Hälso- och sjukvårdsavtalet preciserar den tillämpning av HSL som gäller i Västra Götaland och innefattar vård och behandling oavsett boendeform samt reglerar ansvar och samverkan. Avtalet har sedan det upprättades reviderats flertalet gånger.

### 4. Metod och genomförande

Framtagandet av rapporten har gjorts i en arbetsgrupp med fem representanter från kommunsidan och fem från VGR. Arbetet har letts gemensamt av processledare från båda huvudmännen. Processledare och arbetsgrupp har genomfört arbetet både partsvis och gemensamt.

Arbetet har genomförts i tre steg:

1. *Identifierat nuläge för kommunernas primärvård samt beskrivning av VGR:s primärvård*

Det första steget i arbetet genomfördes partsvis.

En inventering av nuläget av kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar för de 49 kommunerna genomfördes. Genom en enkät med frågor utifrån primärvårdens grunduppdrag samt en inventering av styrande dokument har en sammanställning kring nuläget tagits fram av kommunrepresentanterna, se bilaga 2.

VGR har i sin beskrivning av primärvård sammanställt vårdöverenskommelser och vårdvalens förfrågningsunderlag Krav- och kvalitetsbok. I denna rapport är ett urval gjort utifrån samverkan med kommunal primärvård. För en fördjupad beskrivning av VGR:s primärvård, se bilaga 3.

2. *Workshop*

Arbetsgruppen har genomfört tre gemensamma workshops med fokus på samverkansområden, identifiering av vårdnivåer och gränssnitt samt gemensam utveckling.

3. *Framtagande av rapport*

Rapporten har gemensamt tagits fram av processledarna och den gemensamma arbetsgruppen. Det material som kommit fram vid identifierat

nuläge i kommunerna och VGR:s beskrivning av primärvård samt vid genomförda workshops har legat till grund för innehållet i rapporten.

## 5. Hälso- och sjukvård i hemmet

Hälso- och sjukvård i hemmet kan innebära vård från både primärvård och vård som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens det vill säga specialiserad vård. Det innebär att flera aktörer samtidigt kan ansvara för hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet hos den enskilde. Med hemmet menas såväl ordinärt boende som andra särskilda boendeformer. Parterna har ett gemensamt ansvar att säkerställa att den vård som utförs i hemmet är patientsäker, av god kvalitet samt erbjuder den kompetens som krävs för att fullgöra hälso- och sjukvårdsansvaret.

Den medicinska utvecklingen samt utvecklingen inom medicinteknik och digitalisering möjliggör andra arbetssätt vilket innebär att vården kan utföras utanför sjukhusen i högre grad.

Målsättning för all hälso- och sjukvård är att ge förutsättningar för att patienten ska få ett självständigt liv med delaktighet och inflytande utifrån sina förutsättningar och preferenser.

## 6. Primärvård

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

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

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

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

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

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

### **6.1. Kommunal primärvård**

Kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar är på primärvårdsnivå. Kommunen ska enligt 12 kap. 1 § HSL erbjuda hälso- och sjukvård åt personer som efter beslut av kommunen bor i vissa särskilda boendeformer samt under vistelsetid åt personer med beslut om dagverksamhet eller daglig verksamhet.

Kommunen får också, enligt 12 kap. 2 § HSL, erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende. Av 14 kap. 1 § HSL framgår att regionen får överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende, om regionen och kommunen är överens om det. En sådan överenskommelse har gjorts i Västra Götaland, vilket innebär att kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Detta regleras i hälso- och sjukvårdsavtalet.

Kommunal primärvård omfattar vanligt förekommande vårdbehov, både enkla som komplexa. Ansvaret omfattar endast insatser som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Ansvaret motsvarar insatser upp till och med sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Läkar- och specialistkompetens är regionens ansvar.

Samverkan mellan professionerna kring patienters vård och behandling är en förutsättning för att kunna bedriva en patientsäker vård.

Hälso- och sjukvårdsinsatser via kommunen ges under förutsättning att patienten/insatserna ingår i kommunens åtagande, vilket regleras av hälso- och sjukvårdsavtalet. I avtalet framgår bland annat att kommunen har ett primärvårdsansvar som avser patienter oavsett ålder eller diagnos där insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem. Behov av insatsen ska vara över tid och kunna ges med bibehållen patientsäkerhet.

### **6.1.1. Beslut om kommunal primärvård**

Många kommuner använder idag begreppen inskrivningskriterier eller inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård. Efter att primärvårdens grunduppdrag förtydligats i HSL är beslut om kommunal primärvård en mer korrekt benämning.

Den kommun där patienten är folkbokförd utreder och fattar beslut om kommunal primärvård. Beslutet förutsätter att en planering genomförts där parterna är överens om ansvarsfördelning samt där nödvändigt informationsutbyte har skett. När patienten inte längre har behov av insatser från kommunens primärvård återgår ansvaret till regionen efter nödvändigt informationsutbyte.

### **6.1.2. Kompetens**

Där det i kommunen bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att kunna ge god vård. För patientsäkerheten är det viktigt att det finns tillräckligt med bemanning och personal med rätt kompetens för att kunna utföra arbetsuppgifterna. Det är vårdgivarens ansvar att det finns den personal som behövs för att en god vård ska kunna ges.

Kommunen ansvarar för att det i verksamheten finns kompetens för att kunna utföra arbetsuppgifter på ett sådant sätt som garanterar en god vård och omsorg.

Kunskapsöverföring vid införande av nya medicinska riktlinjer eller när det gäller vård som är mer ovanlig i den kommunala primärvården ska ske i samverkan så att nödvändig kompetens erhålls och patientsäkerheten säkerställs.Handledning och kunskapsöverföring ska ges av regionen vid enskilda insatser för patient där särskild kompetens eller teknisk utrustning ska användas.

## **6.2. Västra Götalandsregionens primärvård**

VGR:s primärvård beskrivs i denna rapport utifrån Vårdval vårdcentral och Vårdval rehab förfrågningsunderlag som benämns Krav- och kvalitetsböcker där verksamheternas uppdrag beskrivs (i bilaga 3 finns beskrivet lagar, riksavtal och EU-förordningar som styr VGR:s primärvård). Utöver vårdval så bedrivs primärvård även inom ramen för vårdöverenskommelser för Regionhälsan och enligt lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF). VGR:s primärvård samverkar med flera av kommunernas verksamheter. I denna rapport lyfts den primärvård fram där samverkan sker mellan kommunal primärvård, vårdcentraler och rehab, väl medvetna om att det också är ett nära samarbete med andra verksamheter. Målet är att den vård

som patienten behöver ofta, ska finnas nära. VGR:s primärvård hanterar hälso- och sjukvård, både självständigt och samordnat med en eller flera verksamheter med särskild kompetens samt med kommunal primärvård. Det innebär att utföra och följa upp insatser, behandlingar och ordinationer som gjorts inom primärvård och inom vård med särskild kompetens. Ett flertal olika professioner ansvarar i primärvården bland annat för de sköra patienterna i samarbete med verksamheter med särskild kompetens.

### 6.2.1. Läkarmedverkan

Regionen ansvarar för att patienten har en fast läkarkontakt, enligt 6 kap 3§ patientlagen (2014:821) för att öka tryggheten och kontinuiteten för patienten.

Vuxna patienter som har kommunal primärvård i eget boende, med omfattande vård- och omsorgsbehov ska erbjudas teambaserad vård i hemmet. Teamet består av mobil hemsjukvårdsläkare från vårdcentral, samt en eller flera yrkesprofessioner i kommunal hälso- och sjukvård. Teamet arbetar personcentrerat och proaktivt, det vill säga arbetar bland annat med riskbedömningar, vårdplaner och läkemedelsgenomgångar för att förhindra undvikbara försämringar och komplikationer. Den mobila hemsjukvårdsläkaren ska vara patientens fasta läkarkontakt. Det ska finnas möjlighet till direktkontakt per telefon mellan mobil hemsjukvårdsläkare och ansvarig sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård samt möjlighet till akuta hembesök senast nästkommande vardag. Överenskommelsen mellan kommun och vårdcentral om den mobila hemsjukvårdsläkarens uppdrag ska beskrivas i närområdesplanen.

På korttidsboenden har en vårdcentral behandlingsansvar för alla patienter under deras vistelsetid på boendet, oavsett på vilken vårdcentral patienten har sitt vårdval.

I Krav- och kvalitetsbok Vårdval Vårdcentral 2022 införs en ny modell som innebär att på de kommunala boenden där personer som registrerats för kommunal hälso- och sjukvård kommer en vårdcentral att som regel ha ansvar för både patientansvaret och det medicinska rådgivningsansvaret. Alltså både ansvaret för patienter och för övergripande stöd till personal på boendet, det kommer kallas "läkarmedverkan på kommunal boendeenhet".

Medicinskt rådgivningsansvar (tidigare kallat Samordningsansvar) innebär ett ansvar för stöd till kommunens personal. Det betyder att läkare ansvarar för råd och stöd till personal i övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor och medverkar i att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner samt vara behjälplig i uppföljning av avvikelser på den kommunala enheten. I uppdraget ingår även att bistå ledningen för den kommunala verksamheten i planering av verksamheten.

### 6.2.2. Rehabilitering

VGR:s primärvårdsrehabilitering ges inom ramen för vårdval rehab i uppdraget ingår åtgärder som leder till att patientens mål för aktivitets- och funktionsförmåga uppnås eller bibehålls. Rehabenheten möjliggör även att långsiktigt och återkommande behov av rehabilitering tillgodoses för patienter med kronisk sjukdom eller med komplexa vård- och omsorgsbehov. Rehabenheten ansvarar för att aktivt medverka i samordning, samarbete och informationsöverföring mellan sjukhusvård och primärvård oavsett huvudman som patienten själv valt och enligt ansvarsfördelning i Hälso- och sjukvårdsavtalet och gällande riktlinjer. Samverkan sker utifrån ett identifierat behov tillsammans med patienten och kontakt tas med fast vårdkontakt eller andra berörda. I VGR utför ett stort antal fysioterapeuter enligt Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, mottagningsverksamhet där samverkan med kommun också kan ske.

### 6.2.3. Regionens övriga primärvård

Rehabenheternas och vårdcentralernas samverkansytta med den kommunala hälso- och sjukvården och övrig primärvård inom regionen är beskriven i bilaga 3. I regionens primärvårdsuppdrag ingår exempelvis även befolkningsinriktat hälsofrämjande och förebyggande arbete. Detta sker i samverkan med kommunen och andra aktörer i närområdet genom att delta i exempelvis utbildningsinsatser samt representation i folkhälsoråd eller motsvarande med prioriterade arbetsgrupper. På individnivå sker detta genom ett hälsofrämjande och förebyggande förhållningssätt som stimulerar till att ta ansvar för sin egen hälsa.

Dessutom har alla regionens verksamheter möjlighet att konsultera andra kompetenser både inom primärvård och specialistvård som inte arbetar på samma enhet.

## 7. Gemensamt ansvar och samverkan

Kommunerna och VGR har båda ansvar för att ge en god och nära vård genom ett personcentrerat arbetssätt och en sömlös vård. Hälso- och sjukvården är komplex och består av många verksamheter. Vården inkluderar vårdövergångar där samverkan är ett gemensamt ansvar för att upprätthålla patientsäkerheten.

Oklarheter kring ansvar och uppdrag ska inte påverka den personcentrerade vården. Vårdens struktur måste underlätta koordinering av olika vårdinsatser från olika aktörer, utifrån varje patients individuella behov. Eventuella oklarheter ska omhändertas av organisationerna och ska inte påverka patientens vård.

Det är en svårighet att beskriva gränssnitt mellan parterna då det blir en tolkning utifrån gällande lagstiftning, politiska mål och intentioner som parterna är överens om. I samverkan har parterna tagit fram ett gemensamt Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser som stipulerar parternas ansvar. Hälso- och sjukvårdens och den medicinska, digitala och tekniska utvecklingen får som följd att den hälso- och sjukvård som ges i hemmet förändras över tid. Vården är i ständig utveckling vilket leder till att gränssnitten alltid kommer förändras.

VGR kan utföra vård i hemmet på egen hand vilket skiljer sig från kommunen som är beroende av både läkare och andra specialistkompetenser från regionen. Kommunens ansvar är begränsat till primärvårdsnivå.

All vård förutsätter att vården kan ges med bibehållen patientsäkerhet. Hemmet är en arena där gränssnittet ofta prövas. När vården sker i hemmet kan både kommun och VGR vara ansvariga. Det är läkare som bedömer när vård och behandling kan ske på primärvårdsnivå. I Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser finns flera områden beskrivna där huvudmännen har ett gemensamt ansvar. Ibland förekommer sjukvård i hemmet som kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens, då är VGR ansvariga.

## **8. Identifierade samverkansområden och förslag till gemensam utveckling**

Inför framtiden är det personcentrerade arbetssättet tillsammans med patient, närstående och team över huvudmannagränserna en förutsättning för en god och nära hälso- och sjukvård i hemmet. För att uppnå detta krävs en god tillgänglighet från båda huvudmännen, dygnets alla timmar och årets alla dagar.

Arbetsgruppen har gemensamt identifierat fem viktiga samverkansområden med förslag på fortsatt gemensam utveckling:

### **8.1. Personcentrerad hälso- och sjukvård i hemmet**

En personcentrerad hälso- och sjukvård utgår från patientens behov, preferenser och resurser. En god vård och omsorg ska kännetecknas av att den är personcentrerad, jämlik och säker. Vården ska planeras och utföras i samverkan med patient, anhöriga och berörda professioner. Det innebär att alla som är involverade i patientens hälso- och sjukvård samarbetar i ett partnerskap. Samverkan i team är en viktig faktor för en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård.

*Förslag till gemensam utveckling:*

- Teamsamverkan över huvudmannagränserna.
- Ökad kunskap och utbildning kring personcentrerad vård.

## **8.2. Vårdövergångar**

Vårdövergångar ska ske utifrån ett personcentrerat arbetssätt vilket innebär att patienten inte ska påverkas när ansvaret för vården delas mellan vårdgivare eller övergår från en vårdgivare till en annan. För att säkra kontinuiteten är det därför angeläget att samverkan inom och mellan de båda huvudmännen fungerar i samarbetet kring patienten.

*Förslag till gemensam utveckling:*

- Öka kunskap och följsamhet till styrdokument.
- Gemensam inriktning kring beslut om kommunal primärvård.

## **8.3. Styrning och ledning**

Styrning och ledning handlar om att skapa en gemensam struktur för arbetet med planering, genomförande och utveckling. Styrning och ledning handlar också om att leda och styra i sin egen verksamhet. Inom Västra Götaland finns sedan flera år tillbaka en utvecklad samverkan inom Vårdsamverkan, mellan kommunerna och Västra Götalandsregionen. Den samlade ledningen och styrningen behöver karaktäriseras av helhetssyn, samarbete och tillit, i såväl struktur som kultur och faktiska beslut.

Huvudmännen har ett ansvar både länsövergripande, delregionalt och lokalt att implementera framtagna styrdokument, följa upp och arbeta med ständiga förbättringar. Arbetsgruppen ser att det förekommer brister i följsamhet till beslutade styrdokument. Arbetsgruppen har konstaterat att det är viktigt att implementering sker på länsövergripande nivå för att bidra till en jämlik vård. När gällande styrande dokument inte följs är det viktigt att i samverkan arbeta med förbättringar exempelvis utifrån avvikelser för att skapa en högre patientsäkerhet.

*Förslag till gemensam utveckling:*

- Skapa länsgemensamma riktlinjer och rutiner för en jämlik vård.
- Följa upp och utveckla följsamheten till styrande dokument.

## **8.4. Kompetensutveckling**

En viktig utgångspunkt för hälso- och sjukvården är att medarbetarna har den kompetens som behövs för att bedriva och utveckla en vård av hög kvalitet och utifrån bästa tillgängliga kunskap. VGR har ansvar för handledning och kunskapsöverföring av hälso- och sjukvård samt hantering av medicintekniska

produkter vid enskilda insatser för patient till kommunens personal. Kommunens ansvar är att påtala när behov finns av handledning och kompetenspåfyllnad.

För att säkerställa kvaliteten är det angeläget med löpande kompetensutveckling. Utbildningsåtgärder behöver gemensamt struktureras så att de enklare kan integreras och bidra till nya arbetssätt. Även forskning i samverkan inom primärvården kan leda till höjd kvalitet.

*Förslag till gemensam utveckling:*

- Utredda och omhänderta behovet av kompetensutveckling inom primärvård.
- Länsgemensam kompetensutveckling.
- Länsgemensam kunskapsbank.

## **8.5. Tillgänglighet**

Tillgängligheten till primärvården påverkar patientens upplevelse av vården och i förlängningen även förtroendet. God tillgänglighet handlar om kontakter med vården utifrån patientens individuella behov och förutsättningar. En ökad tillgänglighet i primärvården inbegriper både fysisk och digital tillgänglighet. Det handlar också om ett bemötande som bidrar till att patienten upplever sig bekräftad och delaktig i sin vård.

Den nära vården innebär mer vård i hemmet vilket ställer stora krav på tillgänglighet för samtliga professioner under dygnets alla timmar för en god patientsäkerhet. Vid vård i hemmet är tillgängligheten till läkare av stor betydelse.

*Förslag till gemensam utveckling:*

- Utveckla primärvårdens tillgänglighet över hela dygnet.

## **8.6. Utvecklingsområden i Färdplan – länsgemensam strategi för god och nära vård**

I arbetet med att identifiera utvecklingsområden har till viss del samma behov framkommit som redan finns omhändertagna i Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård.

Redan omhändertagna utvecklingsområden är att utveckla gemensamma närområdesplaner samt öka kunskap om fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.

De förslag till utveckling som idag inte finns med, kommer att lyftas in i färdplansarbetet och redovisas i gemensamma handlingsplaner efter beslut i SRO.

## 9. Avslutande reflektioner

Inför primärvårdsuppdraget fanns olika förväntningar på resultatet. Olikheter i såväl gruppernas sammansättning som i huvudmännens beskrivning av primärvårdens uppdrag har bidragit till svårigheten att få en gemensamt sammanhållen beskrivning. Framtagande av rapporten är starten på ett långsiktigt arbete och troligen flera kommande uppdrag.

Hälso- och sjukvården är i ständig utveckling vilket leder till att gränssnitt förändras över tid. Det innebär att huvudmännen behöver ha ett förhållningssätt som främjar denna utveckling i stället för att fastställa en exakt gräns. Möjligheten till en patientsäker vård nära patienten utökas i takt med den medicinska och tekniska utvecklingen vilket ställer högre krav på samverkan och flexibilitet samt på tillgång av resurser till primärvården.

I en framtida utveckling behöver nuvarande arbetssätt och strukturer förändras för att kunna möta den nära vården i hemmet. Rapporten, tillsammans med Färdplan – läns-gemensam strategi för god och nära vård, är ett steg i den riktningen där både personcentrerat arbetssätt och samverkan mellan huvudmännen stärks.

I det dagliga arbetet kommer huvudmännen oftast överens och har samma mål med att säkerställa en personcentrerad vård. Kommuner och regionen behöver fortsätta utveckla ett samarbete som upplevs gränslöst av den enskilde för att säkerställa en god hälsa, vård och omsorg. Vi behöver även följa utvecklingen genom uppföljning och analys för att säkerställa omställningen till en god och nära vård.

## Referenslista

### Lagar

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Patientlagen (2014:821)

Socialtjänstlag (2001:453)

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF

### Proposition och statliga utredningar

Regeringens proposition 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform

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

God och nära vård – En primärvårdsreform, SOU 2018:39

### Gemensamma avtal och överenskommelser

Avtal med anledning av förslag till gränsdragning mellan kommunerna och regionen i Västra Götaland avseende primärvård 1998-09-01.

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland (2017–2021)

Remissversion, Färdplan - Länsgemensam strategi för god och nära vård

### Förfrågningsunderlag och vårdöverenskommelser

Förfrågningsunderlag Vårdval Vårdcentral (Krav- och kvalitetsbok) 2021 och 2022

Förfrågningsunderlag Vårdval Rehab (Krav- och kvalitetsbok) 2021

Vårdöverenskommelse 2021 mellan hälso- och sjukvårdsnämnd och styrelsen för Regionhälsan

## Bilagor

- Bilaga 1 Uppdragshandling: Med primärvården som nav i utveckling av god och nära vård - Kommunernas och VGR:s primärvårdsuppdrag
- Bilaga 2 Sammanställning av kommunernas primärvårdsuppdrag utifrån insamling av styrande dokument samt enkätsvar
- Bilaga 3 Västra Götalandsregionens Primärvårdsuppdrag

2021-05-11

## Uppdragshandling:

### Med primärvården som nav i utvecklingen av god och nära vård

#### - Kommunernas och VGR:s primärvårdsuppdrag

##### 1. Bakgrund

Hälso- och sjukvården bör ställas om så att primärvården (både kommunalt och regional finansierad primärvård) är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Samverkan mellan regionen och kommunerna är centralt för att uppnå en god och nära vård.

Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. En utveckling mot en mer nära vård med primärvården som nav i utvecklingen syftar vidare till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt. En reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.

En ny beskrivning av primärvårdens grunduppdrag för kommunerna och regionen införs i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och träder i kraft den 1 juli 2021.

I Västra Götaland har kommunerna och Västra Götalandsregionen (VGR) tagit fram en remissversion: Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård, som ska bidra till Västra Götalands utveckling inom hälsa, vård och omsorg. Färdplanen innehåller de områden som vi gemensamt prioriterar att kraftsamla kring. Den beskriver målbild, förändrade arbetssätt och förutsättningar för utvecklingen, där takten i omställningen mot en god och nära vård behöver öka fram till 2030.

Revideringen av det länsgemensamma avtalet kring hälso och sjukvård och arbetet med gemensam fördplan har tydliggjort ett behov av att beskriva regionens och kommunernas primärvårdsuppdrag samt hur vi utifrån detta kan planera en god och nära vård. I samband med ny skrivning av primärvårdsuppdraget i hälso- och sjukvårdslagen bör en översyn göras om eller hur detta påverkar vårt länsgemensamma Hälso- och sjukvårdsavtal.

##### 2. Syfte

Att tydliggöra kommunernas respektive VGR:s primärvårdsuppdrag för att stärka primärvården som navet i utvecklingen inom hälsa, vård och omsorg och underlätta samverkan mellan huvudmännen.

##### 3. Uppdrag

- Att med utgångspunkt från ny skrivning primärvårdsuppdraget i HSL
  - a. beskriva kommunernas primärvårdsuppdrag
  - b. beskriva VGRs primärvårdsuppdrag

- Att utifrån dessa beskrivningar identifiera samverkansområden och gränssnitt samt ta fram förslag till gemensam utveckling

#### 4. Organisation

Uppdragsgivare: Samrådsorganet (SRO)

Uppdragstagare: Hälso och sjukvårdsdirektör, VGR och Direktör, VästKom.

Styrgrupp: Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG)

#### Arbetsgrupp

- Processledare VGR
- Processledare VästKom
- En representant från respektive kommunalförbundsområde samt Göteborgs stad
- Fem representanter från VGR

Vid behov adjungerande jurister från VGR och kommunerna

#### 5. Tidplan

2021 -05 Uppstart av arbetsgrupp

2021- 11 Förslag klart

2021- 12 VVG

2022-02 SRO

Göteborg, dag som ovan

För Västra Götalandsregionen

För VästKom

**Jan Kilhamn**

Koncernledning Hälso- och sjukvård

**Ann-Charlotte Järnström**

VästKom

Datum 2021-12-14

# Sammanställning av kommunernas hälso- och sjukvård (primärvårdsuppdrag)

- utifrån insamling av styrande dokument samt enkätsvar

Malin Swärd  
Angela Olausson

Strateg Välfärdsutveckling Nära Vård  
Processledare Nära Vård

Västsvenska kommunalförbundens samorganisation

Box 5073, 402 22 GÖTEBORG  
E-post: [info@vastkom.se](mailto:info@vastkom.se)  
Org.nr: 858501-2084

Besök: Anders Personsgatan 8 GÖTEBORG  
[www.vastkom.se](http://www.vastkom.se)

## Innehåll

Sammanställning av kommunernas hälso- och sjukvård (primärvårdsuppdrag) .....	1
Bakgrund och inledning .....	3
Målgrupper.....	3
Metod i insamlandet av styrande dokument samt enkät.....	3
Nuläge; beskrivning av styrande dokument för den kommunala hälso- och sjukvården (primärvårdsuppdraget) .....	4
Beskrivning av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.....	4
Öppna frågor utifrån primärvårdsuppdraget i HSL 13 a.....	5
1 a. Beskriv med några exempel kring hur ni i kommunen arbetar för att tillhandahålla de hälso- och sjukvårdsinsatser som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. ....	5
1 b. Beskriv med några exempel när ni inte kan tillhandahålla de hälso- och sjukvårdsinsatser som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. ....	6
2 a. Beskriv med några exempel kring hur ni arbetar inom den kommunala hälso- och sjukvården för att se till att vården är lätt tillgänglig. ....	8
2 b. Beskriv med några exempel på när ni inte kan tillgodose att vården är lättillgänglig i er kommunala hälso- och sjukvård. ....	9
3 a. Beskriv med några exempel kring hur ni inom den kommunala hälso- och sjukvården tillhandahåller förebyggande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar. ....	10
3 b. Beskriv med några exempel på vad ni inom den kommunala hälso- och sjukvården saknar för att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar.....	12
4 a. Beskriv med några exempel på hur ni inom den kommunala hälso- och sjukvården samordnar olika insatser för patienten.....	15
4 b. Beskriv med några exempel på när ni inom den kommunala hälso- och sjukvården anser att samordningen brister och vad det kan bero på.....	17
5 a. Beskriv med några exempel hur ni möjliggör medverkan vid genomförande av forskningsarbete (t ex samverkan med högskolan, särskilt anställd personal som stöd vid genomförande av forskningsarbete).19	
5 b. Beskriv med några exempel som upplevs som hinder för kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal att medverka vid genomförande av forskningsarbete. ....	20
Översiktlig sammanfattning av identifierade utvecklingsområden .....	21
Kompetens .....	21
Ansvarsfördelning.....	21
Samverkan .....	21
Slutsatser .....	21
Utvecklingsområden .....	22
Kompetens .....	22
Ansvarsfördelning och samverkan .....	23

## Bakgrund och inledning

En reformering av primärvården har inletts nationellt, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. En ny beskrivning av primärvårdens grunduppdrag för kommunerna och regionen samt en revidering av definitionen primärvård, infördes i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) HSL den 1 juli 2021. En utveckling mot en mer nära vård med primärvården som nav i utvecklingen syftar vidare till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt. Västra Götaland består av 49 kommuner som alla är självstyrande och egna vårdgivare.

För patienter som får kommunal hälso- och sjukvård har parterna alltid ett gemensamt ansvar genom att kommunen ansvarar för insatser utförda av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut medan Västra Götalandsregionen ansvarar för läkare och övriga kompetenser. Respektive parts ansvar- och samverkansområde regleras i Hälso- och sjukvårdsavtalet.

## Målgrupper

Målgruppen är patienter med insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. I primärvårdsuppdraget fråga 3 kring *förebyggande insatser för hela befolkningen*, tolkar vi att även folkhälsouppdraget ingår men i detta arbete har vi valt att begränsa frågorna kring förebyggande insatser till personer som har insatser inom kommunal hälso- och sjukvård.

## Metod i insamlandet av styrande dokument samt enkät

För att få en bredare bild av hur de 49 kommunerna beskriver sitt uppdrag skickades enkätfrågor med öppna frågor där varje kommun svarade med exempel utifrån primärvårdsuppdraget i HSL 13 a. Utifrån svaren i varje fråga har ett antal nyckelområden identifierats. Sammanställningen av materialet utgår från dessa nyckelområden.

Insamling har även skett av de styrande dokument som varje kommun har kring:

- beskrivningar av det kommunal hälso- och sjukvårdsansvaret.
- skriftliga rutin/riktlinjer kring inskrivningskriterier i den kommunal hälso- och sjukvården.

45 kommuner har svarat på enkäten.

Avsikten var att få en nulägesbild om hur kommunerna beskriver sitt kommunala hälso- och sjukvårdsuppdrag och vilka utvecklingsområden som finns.

Arbetet har genomförts av en arbetsgrupp bestående av representanter från respektive kommunalförbundsområde samt Göteborgs stad och letts av två processledare från VästKom. Arbetsgruppen har även ingått tillsammans med Västra Götalandsregionen, VGR i det gemensamma uppdraget från Politiska samrådsorganet, SRO kring primärvårdsuppdraget.

VästKoms processledare för primärvårdsuppdraget har sammanställt inkommit underlag.

Till skillnad från kvantifierbar data går det inte att dra några generella slutsatser som går att redovisa i siffor. De andelar och procentsatser som nämns utgår enbart från hur många kommuner som valt att lyfta fram ett visst nyckelområde i sitt svar.

# Nuläge; beskrivning av styrande dokument för den kommunala hälso- och sjukvården (primärvårdsuppdraget)

Kommunerna har av tradition inte benämnt sitt uppdrag/ansvar som primärvårdsuppdrag det är ett nytt begrepp för kommunala verksamheter. Från 1 juli 2021 har dock en ny definition börjat gälla i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL där primärvårdens grunduppdrag för både Regioner och kommuner beskrivs i kap. 13 a. 1 § HSL.

För att identifiera målgruppen och säkra samverkan har de svarande kommuner någon form av beskrivning av kommunal hälso- och sjukvård. 22 kommuner har delat med sig av egna riktlinjer/rutiner kring beslut om kommunal hälso- och sjukvård och flera andra beskriver i text processer och rutiner kring beslutet.

Kommunerna beskriver sitt uppdrag/ansvar utifrån Hälso- och sjukvårdslagen, Socialstyrelsens författningar & meddelandeblad samt samverkansavtal med regionen tex Hälso- och sjukvårdsavtalet, delregionala och lokala avtal.

Länets 49 kommuner och VGR har sedan 1999 reglerat samverkan och ansvarsfördelning för områden båda huvudmännen har hälso- och sjukvårdsansvar för i ett Hälso- och sjukvårdsavtal.

Riktlinjer/Rutiner som nämns från flertalet av kommunerna:

- Samverkan vid in och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Beslutsstöd ViSam
- Egenvård
- SIP-samordnare
- Närområdesplan

Exempel som nämns är:

- Flödesschema vid inskrivning
- Inskrivningskriterier
- Tillämpningsanvisning
- Vägledande frågor inför ställningstagande till kommunal hälso- och sjukvård
- Checklistor
- Rutin kring in- och utskrivning till kommunal hälso- och sjukvård.
- Beskrivning i Verksamhetsplaner.
- PM – hur blir man en hemvårdspatient
- Vårdplaneringsrutin
- Trygg hemgång
- Bedömningsteam

## Beskrivning av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

För att tolka sitt hälso- och sjukvårdsuppdrag tar kommunerna stöd i lagar, författningar, avtal och överenskommelser. Dock finns skillnader i tolkningen.

Alla kommuner är eniga kring grunduppdraget. Kommunen ska enligt 12 kap. 1 § HSL erbjuda hälso- och sjukvård åt personer med beslut om särskilt boende, bostad med särskild service samt under vistelsetiden åt personer med beslut om dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. Kommunen har tagit ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende enligt 12 kap. 2 § HSL.

Uppfattningen om vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som omfattas av kommunens ansvar enligt nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal skiljer sig åt mellan kommunerna. Delregional och lokal samverkan liksom kultur och tradition är faktorer som påverkar.

## Öppna frågor utifrån primärvårdsuppdraget i HSL 13 a

De fem grunduppdragen i kommunal hälso- och sjukvård handlar om att:

1. tillgodose vanligt förekommande vårdbehov
2. se till att vården är lätt tillgänglig
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån individuella behov
4. samordna olika insatser för patienten
5. medverka vid genomförande av forskningsarbete

### *1a. Beskriv med några exempel kring hur ni i kommunen arbetar för att tillhandahålla de hälso- och sjukvårdsinsatser som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.*

Rekrytering, introduktion och kompetens är områden som de flesta kommuner arbetar med för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.

#### **Rekrytering**

Runt 60 procent av kommunerna som svarat lyfter fram rekryteringen av personal som viktig för att tillgodose vårdbehovet. På vilket sätt kommunerna satsar på rekryteringsfrågan varierar. Att alltid utgå från verksamhetens behov av kompetens är en vanlig strategi, men en del har också särskilda rekryteringsenheter. Några ser också till att ha ett gott samarbete med högskolan som leder till anställning inom kommunen. En av kommunerna uppger att man brukar annonsera lediga tjänster på ett målade sätt för att få "rätt sökande".

Många kommuner anstränger sig också för att rekrytera specialistsjuksköterskor och spetskompetens, exempelvis demenssjuksköterska, äldresjuksköterska och psykiatrisjuksköterska. En kommun svarar att de har som mål att en tredjedel ska vara utbildade specialistsjuksköterskor.

*"Vid rekrytering arbetar vi med kompetensbaserad rekrytering efter de behov verksamheten har. Tex har vi nyligen rekryterat en psykiatrisjuksköterska och en demensjuksköterska för att stärka dessa delar i verksamheten."*

#### **Introduktion**

Två tredjedelar av kommunerna säger att de arbetar aktivt med introduktionen av ny personal. Närmare hälften har introduktionsprogram, och övriga nämner bland annat checklistor, individuell introduktionsplan, bredvid-gång och pågående arbete med att förbättra introduktionen.

*"Finns ett gediget introduktionsprogram med föreläsningar inom många områden som rör patientsäkerheten, praktiska övningar, bredvid-gång, med olika professioner."*

*"Introduktionsprogram för nyanställda genom webbutbildningar med medföljande tester."*

*“Vi har utsedd handledare/mentor till varje nyanställd.”*

## Kompetensutveckling

55 procent framhåller kompetensutveckling. Den kan ske både med interna och externa resurser och på olika nivåer. Några exempel är individuella utbildningsinsatser för chefer, uppdragsutbildning i demens och psykiatri via Komvux och tvärprofessionella teamträffar. En del kommuner har bred kompetensutveckling inom en rad olika områden, till exempel palliativ vård, läkemedelshantering, sårvård, hygien, demens och förflyttningsteknik. Digital teknik har underlättat utbildning och kurser.

En av kommunerna konstaterar att kompetensutvecklingen bottnar i omvärldsanalyser – kompetensbehovet förändras och ökar när vården i hemmet blir alltmer omfattande och avancerad.

*“Vi anställer personer med rätt kompetens. I de fall vi saknar kompetens skaffar vi oss den, tex genom utbildning från specialistklinik. Vi utbildar även internt.”*

## Individanpassning

I svaren är det några kommuner som nämner att patientens behov är utgångspunkten i arbetet för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov och dessa kommuner lyfte särskilt fram individanpassning:

*“Vi utgår från patientens vårdbehov i alla sammanhang”.*

*“Vi arbetar individanpassat utifrån fysiskt, psykiskt och socialt behov och efter patientens bästa...”  
“Inriktningen att arbeta personcentrerat har funnits i flera år, patienten är en naturlig del i teamet.”*

## Samverkan

En handfull kommuner nämner samverkan i sitt svar, och det handlar både om samverkan och erfarenhetsutbyte internt – mellan olika kommunala verksamheter – och samverkan med andra aktörer som sjukhus, psykiatri och tandvård. Det förekommer även samverkansmöten på ledningsnivå med vårdcentraler och regionens primärvårdsrehab.

## Kvalitetsutveckling

Få kommuner angav kvalitetsutveckling när de beskrev sitt sätt att jobba för att tillgodose vårdbehov. Några nämnde dock olika nationella kvalitetsregister: Senior Alert, Palliativ Registret och BPSD.

En av kommunerna valde att beskriva sitt kvalitetsarbete på ett mer utförligt sätt:

*“Flertalet av HSL-legitimerad personal är med i olika arbetsgrupper som driver utvecklingsfrågor i omsorgsförvaltningen, till exempel dokumentation, avvikelser, Senior Alert, samverkan med VÅC. Val av kvalitetsutvecklingsområden utgår från föregående årets resultat av olika HSL-parametrar (MAS uppföljning av verksamheten) samt beslut från berörda organ/myndigheter, till exempel Nära vård.”*

### **1 b. Beskriv med några exempel när ni inte kan tillhandahålla de hälso- och sjukvårdsinsatser som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.**

Ungefär en fjärdedel av de svarande kommunerna anger att de alltid kan tillhandahålla de hälso- och sjukvårdsinsatser som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.

Övriga kommuner ser flera olika skäl till varför de ibland inte kan tillgodose vårdbehoven:

## Brist på personal med rätt kompetens

Ett av de vanligaste skälen som anges är brist på personal med rätt kompetens. Det kan vara begränsningar i kompetens hos omsorgspersonal som gör att exempelvis omläggningar och läkemedelshantering försvåras – men också att läkare eller specialistkompetens saknas.

*”De senaste åren har vi liksom många andra arbetsgivare märkt av den svårighet som finns i att rekrytera legitimerade till en del tjänster.”*

*”Tillgång till optimalt läkarstöd/hemsjukvårdsläkare.”*

## Informationsbrister

Många kommuner upplever att kommunikationsproblem med slutenvården försvårar arbetet med att tillgodose vårdbehoven. Framför allt handlar det om brister vid informationsöverföring.

*”Tid läggs på att söka information och få korrekta ordinationer, instruktioner med mera. Ibland är informationen felaktig eller ej uppdaterad. Sen information som gör att hemsjukvården inte hunnit bemanna upp [...]”*

*”Tyvärr allt för ofta felaktig information från slutenvården vid utskrivning, vilket försvårar/förhindrar att rätt vård ges.”*

## Vid vård i hemmet

Relativt många kommuner vill uppmärksamma brister i samband med vård i hemmet. Ofta rör det sig om brister i samband med hemgång från sjukhus – kommunerna upplever tidsbrist när det gäller planering av insatser och bemanning. Det kan också handla om dålig arbetsmiljö för personalen på grund av trånga utrymmen i bostaden.

Ett påtagligt problem är bristen på läkare för hembesök.

*”Detta leder till att patienter behöver skickas in till akutsjukvården när de annars kunnat vara kvar hemma.”*

## Otydlig ansvarsfördelning

Flera kommuner lyfter fram otydlighet i ansvarsförhållandet kring patienten:

*”Sjukvårdsinsatser i hemmet som kräver höga specialistkunskaper blir allt vanligare. Det behövs ett tydligt uppdrag för att tydliggöra ansvarsfördelning mot regional sjukvård.”*

*”När tolkningen av vanligt förekommande vård skiljer sig från annan vårdgivares tolkning av vårdnivån.”*

*”Lagen medger bara att vi utför hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå vilket innebär att vi bara tar över om vårdcentralerna tagit över från specialistvården. Annars kvarstannar vårdansvaret, men vi kan utföra på delegation om vi är överens om resurser samt patientsäkerheten.”*

## 2 a. Beskriv med några exempel kring hur ni arbetar inom den kommunala hälso- och sjukvården för att se till att vården är lätt tillgänglig.

I samtliga kommuner är möjligheten till telefonkontakt det vanligaste sättet att se till att kommunala hälso- och sjukvården är lätt tillgänglig. Men många håller också på att utveckla arbetssätt för digital vårdkontakt.

### Telefonkontakt

Kommunerna svarar lite olika kring tillgängligheten via telefon. En del kommuner betonar att de inte har någon telefontid, utan att patienten har möjlighet att nå legitimerad personal under dagtid. En tredjedel av kommunerna uppger att de har ett telefonnummer som fungerar dygnet runt.

*“Patienten har möjlighet till direktkontakt med olika kompetenser, sjuksköterska och undersköterska, dygnet runt. Rehabpersonal dagtid på vardagar.”*

En del poängterar också att de arbetar med att kommunicera kontaktvägarna på ett tydligt sätt:

*“Broschyr lämnas ut till alla som skrivs in, med tydliga kontaktvägar till ansvarig legitimerad personal samt hemvårdsgrupper. Alltid tillgängliga på telefon – på gott och ont.”*

*“Vi har utvecklat vår hemsida för att kunna erbjuda lättillgänglig information samt kontaktuppgifter.”*

*“En personlig pärm lämnas där namn och kontaktuppgifter finns lättåtkomligt.”*

En av kommunerna har ökat tillgängligheten med en “Servicedesk” – det fungerar som ett lokalt 1177 – som bemannas med två sjuksköterskor. Dit kan alla patienter, anhöriga, omvårdnadspersonal och andra vårdgivare höra av sig till mellan 07:30 och 16:00.

Någon enskilda kommun uppger att de arbetar med telefontider och telefonsvarare som lyssnas av tre gånger om dagen.

### Utsedd kontaktperson

Ungefär en fjärdedel av kommunerna svarar att boende, brukare och patienter har fått direktnummer till legitimerad namngiven personal. Det kan vara omvårdnadsansvarig eller patientansvarig sjuksköterska (OAS, PAS) och/eller arbetsterapeut och fysioterapeut. I någon kommun kan patienten få direktkontakt via telefon med ansvarig sjuksköterska dygnet runt.

### Digitala möten

45 procent av kommunerna uppger att de använder sig av digitala möten för att göra vården tillgänglig, men i vilken utsträckning detta sker varierar:

*“Vi har köpt datorer med eget internet för att hemma hos patienten kunna koppla upp oss och samverka med läkare, anhöriga och andra som behövs.”*

*“Möjlighet till digitala möten finns men är ej helt utvecklade.”*

Enligt enkätsvaren används digitala möten mest vid vårdplanering och avstämningsmöten inför utskrivning från slutenvård.

*“Vi har utvecklat den digitala delen till följd av covid och har nu tätare samverkan kring patienter. Vi har SIP via länk och fler kan då delta.”*

*"SIP genomförs ofta digitalt. Andra möten med patient/anhöriga genomförs enbart digitalt då fysiskt möte inte är möjligt, exempelvis vid smitta."*

### **Kontakt via omvårdnadspersonal**

Några av kommunerna nämner också i sina svar att nära samarbete mellan omvårdnadspersonal och legitimerad personal underlättar arbetet med att göra vården lätt tillgänglig.

*"Ett samarbete med omvårdnadspersonal – både på säbo, LSS och via hemtjänsten i ordinärt boende – gör att patienterna kan få hjälp att nå legitimerad personal om de upplever att det är svårt att ta kontakt"*

*"Patienten har dialog med leg personal genom baspersonal eller direkt."*

*"Liten kommun där det finns närhet. Sjuksköterskor sitter tillsammans med omvårdnadspersonal."*

Några kommuner nämner också trygghetslarm:

*"Patienter kan med lätthet få kontakt med baspersonal via trygghetslarm".*

### **2 b. Beskriv med några exempel på när ni inte kan tillgodose att vården är lättillgänglig i er kommunala hälso- och sjukvård.**

Enkätsvaren visar att det oftast handlar om bemanning i de fall när kommunerna inte lyckas fullt ut med att tillhandahålla lättillgänglig vård.

### **Jourtid**

Omkring 40 procent av kommunerna svarar att tillgängligheten är sämre på kvällar, helger och nätter. Då är färre av den legitimerade personalen på plats, när det gäller arbetsterapeuter och fysioterapeuter inte alls.

*"Vissa tider på dygnet finns endast en sjuksköterska i tjänst. Är denne upptagen kan det vara svårt att få kontakt direkt, rutinen är dock att sjuksköterskan alltid ringer tillbaka så fort de har möjlighet."*

*"I jourtid när behoven hos den enskilde överstiger resurserna, den prehospitala vården kan då behöva tillkallas."*

Under kvällar, nätter och helg är det också vanligare att medicinsk bedömning på plats av läkare uteblir.

*"Stödet från hemsjukvårdsläkare/jourläkare avgör hur tillgänglig vården kan vara på hemmaplan och vilka insatser den kommunala hälso- och sjukvården kan utföra för att förhindra slutenvård. Om inte läkaren är tillgänglig för akut konsultation så är sjuksköterskan också begränsad i val av åtgärder och insatser."*

### **Administration**

Ett par av kommunerna tycker att administrationen kan påverka tillgängligheten.

*"Verksamhetssystemet för HSL dokumentation är inte användarvänligt och mycket tidskrävande vilket gör att administrationen tar onödigt lång tid."*

*"Mycket administrativt kringjobb tar tid från patienten och minskar tiden för direktkontakt."*

## Teknik

Avbrott i telefoni och nätverk kan också ställa till problem.

*"I vissa områden i kommunen har vi dålig mobiltäckning vilket kan påverka tillgängligheten negativt."*

*"Vid störningar på telefonnätet, vilket vi inte kan påverka."*

*Användningen av digital teknik för också med sig nya problemställningar som kan ställa till det för tillgängligheten.*

*"När vi inte kan säkerställa informationsöverföring oss emellan utifrån tekniska säkerhetsaspekter samt olika kompetensnivåer gällande ovan."*

*"Digitala lösningar fungerar inte överallt. Tar tid att koppla upp sig digitalt för att läsa journal när man åker runt, så det används inte."*

## Avstånd

Ett fåtal kommuner lyfter fram geografiska och vädermässiga utmaningar.

*"I lägen där patienter bor på öar utan broförbindelse och eller vid extremt väder. Bor man på en ö utan broförbindelse är verksamheten beroende av ordinarie färjförbindelse."*

*"Avstånd till vårdtagarens bostad kan innebära att vård- och omsorgsinsats blir fördröjd, exempelvis vid trygghetslarm eller akut behov av vård."*

*Men det kan också handla om att långt avstånd är besvärligt vid vårdssamverkan.*

*"Ibland svårt att få tag på och samverka med läkare då patienten tillhör en annan vårdcentral än de två som finns i kommunen."*

### **3 a. Beskriv med några exempel kring hur ni inom den kommunala hälso- och sjukvården tillhandahåller förebyggande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar.**

Enkätsvaren visar att nationella kvalitetsregister och olika bedömningsinstrument är det vanligaste sättet att fånga upp behovet av förebyggande insatser. Många har också utformat rutiner för att jobba tvärprofessionellt med både bedömning, åtgärder och uppföljning.

## Senior Alert och andra kvalitetsregister

De allra flesta kommuner svarar att de använder nationella kvalitetsregister för att kartlägga patientens individuella behov. Så många som 70 procent uppger att de använder Senior Alert för att identifiera risker och ta fram förebyggande åtgärder. Men även andra kvalitetsregister nämns – som BPSD och Palliativregistret.

*"Vi jobbar Senior Alert och varje patient bedöms minst två gånger per år. I detta arbete görs riskbedömningar utifrån fall, trycksår, munhälsa och nutrition. Vi använder oss även av BPSD och Funca och i detta arbete är vissa insatser förebyggande."*

*"Vi använder olika kvalitetsregister, tex Senior Alert och får därmed personlig bedömning i vad just den patienten har för risker."*

*“Kvalitetsregistren – riskbedömningar – åtgärder – uppföljning.”*

*“Senior Alert och BPSD är instrument som används tvärprofessionellt för förebyggande insatser och god vård för individen.”*

## Bedömningsinstrument och tester

Överlag är olika bedömningsinstrument viktiga för att ta reda på patientens individuella behov och förutsättningar, enligt enkätsvaren. En lång rad olika bedömningsverktyg nämns:

Bergs balansskala, Timed up and go, ROAG, ADL-taxonomi, MNA, Abbey Pain Scale, MMSE-test, Tena Identify, Modifierad Nortonskala, ESAS symptomsfattning etc.

## Vårdplaner

Många kommuner nämner att riskbedömningen resulterar i en åtgärd som skrivs in i vårdplanen eller journalen. Så här beskriver en av kommunerna hur processen ser ut:

*“Riskbedömningarna ska i möjligaste mån göras tillsammans med patient, och även arbetsterapeut/fysioterapeut, kontaktperson samt närstående. Vid identifierade risker ska dessa dokumenteras i patientens journal tillsammans med aktuella åtgärder och tillhörande uppföljningsplan. Åtgärder som ska utföras av omsorgspersonal ska vara kommunicerade samt delade med personal.”*

## Råd och instruktioner

En del av kommunerna uppger att de ger patienterna generella råd. Ett sådant exempel är broschyrer som handlar om hur fallolyckor i hemmet kan förebyggas. Men flera framhåller också att de ger specifika råd och instruktioner till den enskilde patienten, till exempel genom att gå igenom och anpassa hemmiljön eller ta fram förebyggande träningsprogram.

*“Rehabpersonal ger individanpassade träningsprogram och råd. Även rådgivning via sjuksköterskor.”*

*“I samband med utskrivning från sjukhus eller bedömning av det Förebyggande teamet kan patienten erbjudas en period med utredning och stöd av Trygga hemma teamet.”*

En av kommunerna uppger att de inför ett digitalt träningsverktyg för förebyggande insatser.

*“Under hösten 2021 startar ett projekt med hjälp av Exorlive som är prerrehabiliterande.”*

En annan kommun försöker nå ut till äldre invånare som ännu inte har behov av vård.

*“Studiecirklar för 75-åringar som inte har kommunala insatser. Biståndshandläggare, arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska var sin gång, 4 ggr totalt (mål att ge information, öka kunskap och förmåga till egenvård).”*

## Samverkan

Enligt enkätsvaren samarbetar en majoritet av kommunerna över professionsgränserna för att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar.

*“Nära samverkan mellan sjuksköterskor och rehab. Gör ofta bedömningar tillsammans, helheten med patienten i fokus är arbetssättet för att förebygga försämring av hälsa.”*

*“Tvärprofessionella forum är etablerade i kommunen för diskussion och beslut för den enskilde patienten.”*

*“I vår organisation har vi upparbetade samverkansmodeller kring den enskilde vårdtagaren. Där ett av syftena är att fånga upp vårdbehov för att senarelägga ytterligare vårdinsatser.”*

## Utbildning av personal

Några kommuner svarar att de också arbetar aktivt med att handleda och utbilda omvårdnadspersonal i att arbeta förbyggande.

*“Tagit fram egna utbildningar i fallförebyggande och nutrition för omsorgspersonal”.*

*“Utbildning inom förflyttning och rehabiliterande arbetssätt ges internt av rehabpersonal”.*

*“All hälso- och sjukvårdspersonal arbetar med att handleda omvårdnadspersonal i förebyggande åtgärder som syftar till att ta tillvara patientens befintliga resurser och förebygga försämrat hälsotillstånd.”*

*“Vi strävar mot att alla sjuksköterskor har utbildning i och lär ut för att förebygga läkemedelsbiverkningar.”*

### 3 b. Beskriv med några exempel på vad ni inom den kommunala hälso- och sjukvården saknar för att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar.

Närmare 40 procent av de svarande kommunerna upplever att samverkan behöver förbättras för att patienterna ska få individuellt anpassade förebyggande insatser.

## Samverkan – internt och med regionen

Det efterfrågas ökat samarbete med vårdenheter inom regionen, men man ser även att samverkan behöver förbättras internt inom kommunen. Två områden som särskilt pekas ut är psykiatri och förebyggande demensvård.

*“Vi skulle behöva utveckla samarbetsmodeller över vårdgränserna exempelvis inom psykiatri.”*

*“Även upplevd ökning av beroendesjukdomar och psykiatri, där vi saknar en del kunskap och önskar bättre samarbete med region och internt.”*

*“Svårigheter när samverkan och samordning krävs med andra vårdgivare eller huvudmän.”*

*“Avsaknad av samverkan med regionen, till exempel förebyggande demensvård.”*

Flera kommuner nämner att de har behov av ökat samarbete med läkare. Det konstateras också att det förbyggande arbetet till sin karaktär kräver god samverkan.

*“Tvärprofessionellt teamarbete behöver öka för att utveckla ett förebyggande förhållningssätt, här är samarbetet med socialtjänst och läkare från primärvård viktiga parter.”*

*“Mer samverkan med regionen framför allt läkare, dietister m.fl.”*

## Kommunikation

Flera kommuner tycker också att själva brister i kommunikationen mellan olika professioner och mellan olika vårdenheter påverkar möjligheterna att tillhandahålla förebyggande insatser. Kommunikationsbristerna verkar finnas på flera olika nivåer.

*”Saknar fungerande teammöten”*

*”Saknar rätt information vid utskrivning – oftast avsaknad av läkemedelslistor, epikriser eller felaktiga sådana.”*

*”Brister, svårigheter att få till ett bra kommunikationsflöde med omvårdnadspersonal.”*

*”Saknar gemensamma planer och program tillsammans med primärvård.”*

## Kompetensbrist

En fjärdedel av de svarande kommunerna tycker att det finns kompetensbrister som bidrar till att patientens inte får förebyggande insatser utifrån sina behov. Det handlar dels om en grundläggande kunskapsbrist, dels om specifika områden:

*”Kompetensbrist kring förebyggande arbete hos chefer och baspersonal.”*

*” Finns ett behov av utbildning i hälso- och sjukvård samt om förebyggande insatser för omvårdnadspersonal. Grundläggande utbildning saknas om äldres hälsa, nutrition, fall, psykisk hälsa.”*

*”Kunskapsbrist hos personal som arbetar närmast den enskilde finns inom olika områden, exempelvis nutrition.”*

*Ett par områden är återkommande i flera av kommunernas svar – psykiatri och demens.*

*”Kompetens – hos såväl omvårdnadspersonal som legitimerad personal – saknas inom psykisk sjukdom och demens i ordinärt boende.”*

## Rekryteringsbehov

Flera kommuner menar att de saknar personal för att det förebyggande arbetet ska fungera optimalt. Det handlar både om att det är svårt att rekrytera viss kompetens och att vissa yrkesgrupper helt saknas i kommunen.

*”Mer anställda skulle kunna göra att vi kan jobba mer med utveckling för att förbättra för patienten, inte en fråga om ekonomi utan mer en fråga om tillgång på legitimerade.”*

*”Tidvis svårt att rekrytera rehab personal.”*

*”Dietist och kuratorskompetens saknas i kommunen.”*

*”Vi saknar i viss mån ekonomiska, bemannings- och kompetensmässiga förutsättningar, till exempel skulle äldrekurator behövas och apotekare i vården.”*

*”Vi saknar kliniska farmaceuter för läkemedelsgenomgång i syfte att minska läkemedelsförskrivning.”*

*Några nämner också att hög personalomsättning innebär att det förebyggande arbetet inte fungerar på ett tillfredsställande sätt.*

*”Svårt att jobba förebyggande i hemsjukvården på grund av hög personalomsättning och därför inga stadigvarande kontaktpersoner.”*

*”Vid personalomsättning tappas kompetens inom kvalitetsregistren vilket gör att vi tappar fart.”*

## **Mer resurser**

Avsaknad av resurser är en annan förklaring till att många av kommunerna ibland inte lyckas tillhandahålla individanpassade förebyggande insatser. Något som i viss utsträckning hänger ihop med problemet att rekrytera rätt kompetens. Slående är att det är det förebyggande arbetet som blir lidanden när kommunerna upplever att bemanningen är otillräcklig.

*”Vi har inte tillräckligt med resurser/tid. Hade vi haft mer tid kunde vi arbeta än mer förebyggande.”*

*”Utökning av resurser – det vill säga fler arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor – hade ökat möjligheterna att jobba förebyggande. Idag finns risk att det arbetet får stå tillbaka vid sjukdom hos personalen, vab, semestertider. Bedömningen är då att man måste prioritera mer ’akuta’ uppgifter.”*

*”Upplevelse av att resurserna är otillräckliga för att ta om hand även förebyggandeuppdraget. Personalresurserna används företrädesvis till att rehabilitera och upprätthålla.”*

*”Vi ser att det behövs mer resurser för att hemsjukvården ska kunna utöka sitt förebyggande arbete. Detta är ett arbete som ofta prioriteras ned till förmån för mer akuta insatser.”*

*”Vid låg bemanning prioriteras förebyggande insatser ner.”*

## **Enklare system**

Ungefär 15 procent tar upp att de digitala systemen som används behöver utvecklas. Ett önskemål är att de olika systemen går att integrera så att det går att se helheten för varje patient. Det skulle också innebära att dubbeldokumentationen minskar. Att göra kvalitetsregistren mer användarvänliga är ett annat utvecklingsområde.

*”System som integrerar med varandra. Inte så många klick.”*

*”Samordning och integration av olika system (kvalitetsregister, journal) saknas vilket orsakar dubbeldokumentation och ineffektivitet.”*

*”Välfärdsteknikutvecklingen sker inte gemensamt kommun-region.”*

*”Saknar självmonitorering, vilket nog många skulle klara av.”*

*”Utveckling befintliga kvalitetsregister, mer användarvänliga.”*

## **Uppsökande verksamhet**

Några kommuner vill utöka sin uppsökande verksamhet i det förebyggande arbetet:

*“Planerad avsatt tid för uppsökande förebyggande verksamhet, har inte kunnat tillgodoses fullt ut beroende på brist av personal, svårt att rekrytera arbetsterapeut och fysioterapeut samt covid.”*

*“En mer uppsökande verksamhet. Kanske i samverkan med PV och IFO, socialtjänst. Det för att komma åt förebyggande arbete om ensamhet, kost- och undernäring, träning och fallprevention, för att senarelägga inskrivning i hemsjukvården.”*

#### **4 a. Beskriv med några exempel på hur ni inom den kommunala hälso- och sjukvården samordnar olika insatser för patienten.**

##### **Team**

Ungefär 65 procent av de svarande kommunerna uppger att de använder sig av team för att samordna olika insatser för patienten. Det rör sig om olika typer av teambildningar. De vanligaste är:

**Vårdplaneringsteam** – ett team som ofta samarbetar med vårdcentral och slutenvård.

*“ Vi har ett fungerande team bestående av biståndsbedömare, sjuksköterska och arbetsterapeut som samordnar patientens planerade insatser tillsammans med fast vårdkontakt. Samarbete sker även med primärvårdens Rehabmottagning, sjukhusets palliativa team och närsjukvårdsteam.”*

*“Vårdplaneringsteam samordnar ofta insatser utöver det som ingår i det kommunala uppdraget.”*

*“Vårdplaneringsteam utgår ifrån in- och utskrivningsrutin och kriterierna för inskrivning i hemsjukvård vid planeringsmöten med slutenvården, primärvården och patient.”*

**HSL-team** – samordnar kommunala insatser kring patienten.

*“Har bildat ett bedömningsteam för HSL som bedömer vilka patienter som ska beviljas kommunal hälso- och sjukvård.”*

*“Vi arbetar även med HSL-team – sjuksköterska/arbetsterapeut, sjukgymnast – för att samordna insatser kring patienten.”*

**Trygg hemgång** – ett koncept vid utskrivning från slutenvård

*“Trygg hemma teamet har en patient som lämnar sjukhuset eller har en period med utredning och stöd i hemmet.”*

*“I konceptet Trygg hemgång tar kommunen sjukvård- och hälsoansvar under 14 dagar hos patienter som till stor del är regionens patienter.”*

*“Sedan 2015 har vi jobbat med ‘Trygg hemgång’ med mål att patienterna inte ska gå via korttidsenheten innan de går hem från sjukhus. Meningen är att de ska få den hjälp och stöd de behöver av ett tvärprofessionellt team under en begränsad tid innan ordinarie hemtjänst tar över. Detta har aldrig fungerat, ingen styrning i rätt riktning. Det enda som sker är att speciella personer från hemtjänsten möter upp i hemmet när de skrivs ut från sjukhuset.”*

Flera av kommunerna svarar också att samverkan med region sker i team där kommunal legitimerad personal ingår – som NAV-team, palliativa team, demensteam, stroke-team och äldrepsykiatriskt team.

## SIP

Mer än hälften av kommunerna nämner specifikt SIP, samordnad individuell plan, som ska göras när kommunerna bedömer att insatser behöver samordnas.

*”SIP görs regelbundet och är prioriterat, fungerar bra.”*

*”SIP inom psykiatri fungerar ofta bra, där finns en lång tradition, men inom äldre har vi brister.”*

*”Tillsammans med regionen arbetar vi aktivt med att öka antalet SIP.”*

*”Pro-aktiv SIP vid demens; samarbete mellan demens-ssk på kommun och planerings-ssk/äldressk på vårdcentral.”*

*”SIP:ar både via hembesök och digitalt”*

## Samordningsansvariga

Enligt enkätsvaren är det också vanligt att utse samordningsansvariga. Det är ofta legitimerad personal som ser till att de olika vårdinsatserna samordnas. I vissa kommuner är det PAS, patientansvarig sjuksköterska, som har samordningsrollen.

*”Samordningsansvariga – sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut – finns men de samordnar framför allt inte utifrån patientens behov utan mer ifrån enhetens behov (vilket i förlängningen får positiv effekt för patienten).”*

*”Kommunen har en utsedd planeringsansvarig sjuksköterska samt en planeringsansvarig arbetsterapeut som samordnar insatser för patienten.”*

*”I patientansvarigs roll ligger ett samordningsansvar att samordna vård och omsorg, både med socialtjänst och region”.*

## Samordningsmöten

De som inte uppger team som arbetssätt svarar ofta att samordningen sker i möten – avstämningsmöten, planeringsmöten, tvärprofessionella möten, dialogmöten eller samverkansmöten.

*”Möten med Närhälsan och Capio sker regelbundet, vi har gemensamt SAMSA-möte dagligen.”*

*”Vi har tre gånger i veckan samverkan kring SAMSA och de patienter som ligger inne, detta för att planera på bästa sätt hemgång och vem som ansvarar för vad. Där deltar bistånd, rehab, hemsjukvård och samordningsansvarig sjuksköterska på Närhälsan”*

#### *4 b. Beskriv med några exempel på när ni inom den kommunala hälso- och sjukvården anser att samordningen brister och vad det kan bero på.*

##### Hemgång och inskrivning

Ungefär en tredjedel av kommunerna upplever samordningsbrister i samband med hemgång och inskrivning. Bland annat finns en upplevelse av att ansvaret i för hög grad läggs över på kommunen:

*”Kriterierna för inskrivning till den kommunala hälso- och sjukvården följs inte alltid. (För patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården men som förväntas bli det efter sjukhusvistelse är det inte ovanligt att ansvaret för hembesöket läggs över på kommunens personal i stället för att primärvården gör ett hembesök).”*

*”Vårdcentralen brister även i planering i samband med utskrivning från slutenvård vilket gör att framför allt sjuksköterska i kommunen tar ett större ansvar och får en ökad arbetsbörda.”*

En par av kommunerna beskriver hur brister i in- och utskrivningsprocessen kan härledas till att riktlinjer och rutiner inte följs:

*”Konsekvensen blir risker för och/eller inträffade vårdskador/allvarliga vårdskador ofta kopplat till läkemedelshandling. Läkemedel i vårdens övergångar är dock tydligt rutinbeskriven. Kommunikationen mellan parterna som ska samordna patientens utskrivning från sjukhus följer inte heller antagna riktlinjer och rutiner”.*

*”Samordningen mellan slutenvården, primärvården och kommunen brister vid hemtagning från sjukhus – framför allt är det brister kring läkarmedverkan och kunskapen inom primärvården och slutenvården kring avtal och riktlinjer som är styrande för samverkansarbetet.”*

Flera kommuner tar upp att vårdplanering saknas eller är bristfällig när patienterna lämnar sjukhuset.

*”Brister i information från regionen i SAMSA, dålig svarsfrekvens gör det svårt att bedöma behov, uppdateras nära inpå utskrivningen.”*

*”När patienten inte är klar inför hemgång från slutenvården, att läkemedel inte finns med, att nödvändiga hjälpmedel inte finns etc.”*

*”Dokumentationen i SAMSA brister, papper som ska med patienten kommer långt efter att patienten anländer.”*

*”Medicinska vårdplaner bortprioriteras av hemsjukvårdsläkare.”*

##### Otydligt uppdrag

I enkätsvaren är det en hel del kommuner som tycker att samordningsproblemen kan härledas till en övergripande otydlighet kring vad som är regionens respektive kommunens uppdrag och ansvar.

*”Vi har en ständig diskussion om vem som ska göra vad. Primärvården gör inte en första utredning utan tycker det är Kommunal HSL (utan utredning).”*

*”Ansvarsfördelningen i hälso- och sjukvårdsavtalet kan upplevas som otydlig och då kan det uppstå gråzoner gällande ansvarsfördelning.*

*”Vi förstår inte varandras förutsättningar, gränser och uppdrag.”*

*“Kommunens yttersta ansvar’ används ibland som ett argument då övriga vården inte anser sig ha utrymme.”*

*“Utebliven information eller syn på vad som är respektive vårdgivares ansvar.”*

*“Brister i ansvarsfördelning mellan olika vårdgivare. Beror ofta på dålig kunskap om varandras ansvarsområde, bristande kunskap om HS-avtal bland annat vilket leder till att avtalen tolkas olika av olika vårdgivare.”*

*“Brister kan uppstå när det saknas samsyn kring uppdraget gällande gränsdragningar kring ansvar.”*

## Läkarkontakter

Flera kommuner svarar att det uppstår brister i samverkanssituationer som kräver medverkan av läkare.

*“Läkarmedverkan får för lite tid, hinner inte med åliggande åtaganden.”(vid inskrivning i kommunal HSL)*

*“När flera olika läkare är inblandade i vården och ingen vill ta huvudansvar.”*

*“Kan brista kring patienten i återkoppling från primärvård –bristande läkarmedverkan är genomgående, speciellt svårt är det utanför kontorstid.”*

*“Bristfällig läkartillgång och kontinuitet försvårar samordningen.”*

*“Även sjukhuset tenderar att tro att vi har läkare vid vår sida, precis som de har på sjukhus. Vi har inga läkare i kommunen och de läkare som arbetar med kommunal hälso- och sjukvård har en väldigt liten del av sin tid här.”*

*“Brister i tillgänglighet till läkare för kommunens sjuksköterskor.”*

En kommun påpekar att det finns samordningsuppgifter som bara läkare kan utföra – att samordna läkemedel där ordinationer kommit från olika läkare.

*“Det krävs att en läkare säkerställer att det finns en aktuell ordinationshandling med samtliga ordinationer på.”*

En annan kommun reflekterar över att ökad tillgänglighet till läkare troligen skulle minska behovet av regional vård.

*“För tunt stöd kring patienten gällande läkarinsatser. Där skulle tillgängligheten för sjuksköterskorna till en ansvarig läkare behöva förbättras och stärkas upp. Vården kring patienterna skulle få ökad kvalitet och många gånger kunna undvika att skicka in patienten för regional vård.”*

## Psykiatriska området

Psykiatri är område som återkommer i flera av enkätsvaren. Det är tydligt att många kommuner upplever brister i samordningen just där.

*“Samordningen mellan oss och psykiatrin kan bli avsevärt bättre.”*

*“Brister ses mest inom psykiatrin där samsjuklighet, missbruk och komplexa ärenden med stora vårdbehov.”*

*”Svårt att få kontakt med öppenpsykiatri vilket resulterar i patientosäker vård och planering. Dessutom finns inga ronder och hemsjukvårdsläkare för denna målgrupp.”*

*”Psykiatri!! Obefintlig samverkan. Speciellt gällande samsjuklighet.”*

*”Samordningen kring patienter med psykiatriska besvär är problematisk.”*

*”Patient med missbruk och psykisk ohälsa får sämre vård.”*

## **Specialistkunskaper**

En kommun påpekar att vissa vårdåtgärder kräver kunskap som inte finns inom kommunal hälso- och sjukvård:

*”De specialistkunskaper som krävs för utförande av vissa vårdåtgärder saknas hos generalisten inom kommunal hälso- och sjukvård – vi förväntas medverka i och utföra delar av specialistvård och behöver då stärka kompetensen för att utföra detta på primärvårdsnivå.”*

**5 a. Beskriv med några exempel hur ni möjliggör medverkan vid genomförande av forskningsarbete (t ex samverkan med högskolan, särskilt anställd personal som stöd vid genomförande av forskningsarbete).**

En klar majoritet av kommunerna uppger att de möjliggör medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Ungefär två tredjedelar svarar att de samverkar med högskola eller universitet. Men graden av samverkan varierar mellan kommunerna. Små kommuner deltar i mindre utsträckning, och flera kommuner uppger att de endast medverkar vid förfrågan.

## **Forskning där personal medverkar**

Några kommuner ger exempel på forskningsprojekt där personalen medverkar aktivt.

*”På förfrågan möjliggörs medverkan exempel RISE (samarbete med palliativa teamet kring förbättrad palliativ vård).”*

*”Vi har deltagit som medforskare i en högskolestudie som handlar om trygghet och delaktighet för patienter och personal, arbetsmiljö samt livsmiljö på säbo.”*

*”Demensforskning tillsammans med Chalmers.”*

*”Under höst 2020 och vår 2021 har flera av våra sjuksköterskor medverkat i en studie kring palliativ vård.”*

*”Samverkan med högskolan gällande Mobil Närvårdprojekt pågår nu. Vi som medverkar i detta projekt är MAS, en distriktsköterska och en hemsjukvårdsläkare.”*

## **Särskilt utsedd personal som stöd för forskning**

En del av kommunerna uppger att de har en särskild huvudhandledare för studenter som har regelbunden kontakt med högskolan. Några lyfter fram att det finns utvecklingsledare, VFU, som fungerar som länk mellan verksamhet och forskning. En kommun uppger att de har en anställd metodutvecklare

## Testar digitala lösningar

Ett fåtal kommuner uppger att de testar digital teknik inom ramen för forskningsprojekt.

*"Utformning i projektform av läkemedelsrobot för att öka patientens självständighet. Utprovande av ny app gällande IVPA och samverkande sjukvård via SOS. Testning av en app gällande sårvård genom högskolan och Mölnlycke."*

*"Samarbete med testbäddar inom All-age-hub."*

## 5 b. Beskriv med några exempel som upplevs som hinder för kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal att medverka vid genomförande av forskningsarbete.

Brist på tid, svårigheter att planera in, ointresse och kompetensbrist försvårar kommunernas medverkan i forskningsprojekt, enligt enkätsvaren. Flera kommuner väljer att inte svara på frågan.

## Tidsbrist

Många av kommunerna upplever tidsbrist som ett hinder för att personal att delta i forskningsarbete. Tidsbristen är ofta kopplad till brist på resurser.

*"Ingen extra tid avsatt till forskningsarbete, detta leder till en extra belastning i en redan hårt belastad organisation."*

*"Tiden och brist på resurser. Kraftigt underbemannade."*

*"Om arbetet kräver stora resurser så kan det vara ett hinder."*

*"En svårighet när det behövs ersättare i verksamheten för att möjliggöra deltagande i forskning, ihop med hög arbetsbelastning."*

*"Tidsbrist vid hög arbetsbelastning."*

*"Det kostar pengar, kräver resurser, brist på HSL-personal eller annan professionell personal som kan driva projekt."*

*"Personalbemanning, svårt att ersätta personal."*

## Saknar forskningstradition

Flera kommuner konstaterar att erfarenheterna av forskning inom kommunen – men också utbildningsnivån i verksamheterna – spelar in.

*"Inte så stort intresse för att forska. Dåligt med inspiration lokalt för forskning"*

*"Kommunen har ingen forskningstradition. Svårt att motivera personalen."*

*"Avsaknad av forskningsdiskussioner i verksamheten. Efterfrågan saknas kring att arbeta enligt senaste forskningsresultat och ny beprövad vetenskap."*

*"Vi försöker frigöra personal för att medverka när de önskar men få har den utbildningsnivån."*

*“Resursbrist samt en tidigare kultur där det inte prioriterats för denna verksamhet.”*

# Översiktlig sammanfattning av identifierade utvecklingsområden

## - Utifrån enkätsvar

De svarande kommunerna har gett exempel på hur de tillhandahåller hälso- och sjukvårdsinsatser idag, de har även gett exempel på utvecklingsområden både internt och i samverkan med regionen. De mest frekventa svaren som rör upplevda brister kan kopplas till kompetens, ansvarsfördelning och samverkan.

### *Kompetens*

I samtliga av grunduppdragen upplever kommunerna brister som de härleder till kompetens och rekrytering. Demens och psykiatri är två områden där kommunerna efterfrågar ökad kompetens. Det är också vanligt med situationer där man upplever bristande tillgång eller avsaknad av läkarkontakt.

### *Ansvarsfördelning*

Frågor kring otydlig ansvarsfördelning är särskilt märkbar i situationer som handlar om att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov och samordningen av insatser. Det handlar både om konkreta brister vid informationsöverföring, men även att det görs skilda tolkningar av ansvarsgränserna mellan olika vårdgivare.

### *Samverkan*

Enligt enkätsvaren tycks samverkan mellan vårdgivare vara en fråga som engagerar kommunerna. De lyfter fram samverkan som essentiell i samtliga grunduppdrag. Men det märks också en frustration i det kommunala arbetet med att samordna insatser för patienten. När kommunerna beskriver situationer när samordningen brister handlar det påfallande ofta om övergångar mellan vårdgivare: Hemgång från slutenvården, inskrivning i den kommunala hälso- och sjukvården eller i kontakterna med läkare.

## Slutsatser

Slutsatser utifrån enkätsvar och dialoger med kommunrepresentanter i arbetsgrupp för primärvårdsuppdraget.

Betydelsen av nedanstående begrepp har varit viktigt för att nå en samsyn och för att underlätta vid samverkan. Både i enkätsvar och i dialoger med arbetsgruppen har vikten av fungerande läkarmedverkan varit avgörande för den kommunala primärvården. Utan läkarens tillgänglighet är sjuksköterskan begränsad i val av åtgärder och insatser.

En personcentrerad hälso- och sjukvård utgår från patientens behov, preferenser och resurser. Professionerna i teamet kompletterar varandras kompetenser och är beroende av varann. Samverkan i teamet är nyckelfaktor för en personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård.

**Hälso- och sjukvård i hemmet** kan innebära vård på både primärvårdsnivå och specialistnivå samt med olika utförare av vården. Det innebär att flera aktörer samtidigt kan ansvara för hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet hos den enskilde oavsett boendeform.

**Primärvård** omfattar både den regionala och kommunala primärvården.

*Rekommendation:*

**Det är av vikt att kommunerna tillsammans med regionen kommer fram till gemensam definition av hälso- och sjukvård i hemmet samt för primärvård.**

**Kommunal primärvård** – Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård är en del av primärvården. Hälso- och sjukvårdsinsatser via kommunen ges under förutsättning att kommunen bedömt att patienten/insatserna ingår i kommunens åtagande, vilket regleras av hälso- och sjukvårdsavtalet. Kommunens ansvar och åtagande är begränsat till primärvårdsnivå och avser patienter oavsett ålder eller diagnos där insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem. Behov av insatsen ska vara över tid och kunna ges med bibehållen patientsäkerhet.

Kommunerna gör olika bedömningar idag, vilket innebär att hälso- och sjukvårdsinsatserna skiljer sig åt mellan kommunerna. Den kommunala hälso- och sjukvården uppfattas därför inte som jämlik. Samverkan med regionen försvåras av att både regionen och kommunerna gör olika i sina bedömningar kring vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som omfattas av kommunens ansvar.

Många kommuner använder sig av begreppen inskrivningskriterier eller inskrivning i kommunal hälso- och sjukvård. I Socialstyrelsens termbank beskrivs "inskrivning i slutenvård" som en händelse när ett vårdtillfälle påbörjas och vårdplats i slutenvård ställs till patients förfogande. Det är därför mer lämpligt att i den kommunala hälso- och sjukvården använda formuleringen "beslut om kommunal primärvård".

*Rekommendation:*

**Det är av vikt att kommunerna tar fram en gemensam inriktning för beslut om kommunal primärvård.**

**Specialiserad sjukvård i hemmet** bestäms av om det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens och är ett ansvar för regionen. Specialiserad sjukvård i hemmet kan pågå parallellt med insatser från primärvården som kan utföras av både region och/eller kommun.

## Utvecklingsområden

### *Kompetens*

Vanligt förekommande vårdåtgärder såväl enkla som komplexa ställer krav på tillgänglig kompetens. Även utvecklingen leder till att vissa insatser som idag utförs på specialistnivå i en framtid kan utföras på primärvårdsnivå. För att upprätthålla patientsäkerheten under den ständigt pågående utveckling krävs en kontinuerlig kompetensutveckling. Flera kommuner har särskilt lyft upp behovet av kompetensutveckling kring psykiatri och demens.

En gemensam kartläggning kring behov av kompetensutveckling i hela länet skulle kunna ligga till grund för en långsiktig och hållbar struktur och samordning i frågan. Samverkan med Västra Götalandsregionen i utbildningar som vänder sig till personal inom både regionens och kommunernas hälso- och sjukvård kan också vara en framgångsfaktor.

*Rekommendation:*

**Det är av vikt att organisationen för kompetensutveckling sker  
länsgemensamt**

### *Ansvarsfördelning och samverkan*

Det finns grundläggande skillnader mellan den kommunala och regionala primärvården som regleras i både hälso- och sjukvårdslagen och i nuvarande hälso- och sjukvårdsavtal. Ansvarsfördelning och samverkan ska alltid grundas i patientsäkerhet både på individnivå, organisations- och ledningsansvarsnivå.

Kommunen ska enligt 12 kap. 1 § HSL erbjuda hälso- och sjukvård åt personer med beslut om särskilt boende, bostad med särskild service samt under vistelsetiden åt personer med beslut om dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. Kommunerna i Västra Götaland har även tagit ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende enligt 12 kap. 2 § HSL, vilket regleras i Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland.

Kommunerna ansvarar för insatser som ges av sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Kommunen ansvarar inte för sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. De läkarresurser som behövs ska regionen avsätta till kommunen. Regionen och kommunen ska också samverka så att den enskilde som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar som hans eller hennes tillstånd fordrar.

Kommunen har därför alltid delat hälso- och sjukvårdsansvar med regionen. En fungerande samverkan och specifikt kring läkarmedverkan är därför avgörande för att bedriva kommunal hälso- och sjukvård.

Vi har gemensamt framtagna styrdokument som reglerar ansvarsfördelning och samverkan i flertalet områden, dock finns brister i följsamhet.

Det är av vikt att säkerställa följsamhet till överenskommelse läkarmedverkan och andra regionala verksamheter så som bland annat rehabilitering och habilitering. Det kan med fördel ske genom fördjupat samarbete kring Närområdesplan.

*Rekommendation:*

**Säkerställa följsamhet till länsgemensamma styrdokument**

Västra Götalandsregionen

2022-01-19

# Västra Götalandsregionens Primärvårdsuppdrag

## Förord

Denna rapport är skriven inom ramen för ett gemensamt uppdrag från SRO mellan Västra Götalandsregionen och VästKom, med namnet *Med primärvården som nav i utvecklingen av god och nära vård - Kommunernas och VGR:s primärvårdsuppdrag*. Rapporten är VGR:s egna inlägg i uppdraget och beskriver regionens primärvård, de perspektiv som regionen har på primärvård samt hur regionen ser på nya skrivningar i HSL. Målgrupp för rapporten och dess innehåll är främst lednings- och styrningsfunktioner inom regionens hälso- och sjukvård som ett underlag för en regionintern dialog. Därutöver kommer projektledarna att använda delar av rapporten för att sammanställa den gemensamma rapport som tas fram i samarbete med VästKom. Projektledarna tackar den arbetsgrupp och juristen från VGR:s jurist enhet som varit knuten till arbetet för deras bidrag till innehållet.

Västra Götaland, januari 2022

Anki Schutz

Helena Styrén

Projektledare, VGR

## Innehåll

Sammanfattning .....	4
1. Inledning .....	5
2. Uppdraget.....	5
3. Bakgrund.....	6
3.1 Ny ansvarsfördelning vid regionbildningen.....	6
3.2 God och nära vård .....	6
3.3 Medicinskt teknisk utveckling och digitalisering .....	8
4. Regionens primärvårdsuppdrag .....	8
4.1 Regionens definition av primärvård.....	8
4.2 Målgrupp.....	10
4.3 Verksamheter inom regionens primärvård.....	10
5. Sammanfattande slutsats .....	14
Källor .....	15

## Sammanfattning

- Hälso- och sjukvården är i ständig utveckling och primärvården har ett omfattande uppdrag.
- Målgruppen för regionens primärvård är alla som vistas i regionen.
- Gränser mellan specialistvård och primärvård är i rörelse och det som tidigare varit specialistvård kan idag vara primärvård och/eller egenvård som sköts av den enskilde.
- En av verksamheternas utmaningar är att hantera ett föränderligt gränssnitt inom regionen och i samverkan med kommunerna utan att det påverkar den personcentrerade vården.
- Hälso- och sjukvårdens utveckling mot en god och nära vård utgår ifrån en god och nära samverkan mellan regionens primärvård, specialistvård och kommunens primärvård.
- Den medicinska, medicintekniska och digitala utvecklingen leder till två spår, dels flyttas viss vård från slutenvården till att skötas av ett team av kompetenser i hemmet, dels blir det enklare att utföra behandlingar utanför slutenvården som tidigare var komplext.
- Primärvården består av två huvudmän, region och kommun.
- Den stora merparten av vård i hemmet är primärvård.
- Insatser som ordinerats av specialiserad vård kan utföras i primärvården.

# 1. Inledning

Samverkan mellan regionen och kommunerna är central för att uppnå en god och nära vård. En utveckling mot en mer nära vård med primärvården som nav syftar till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt. En reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.

En beskrivning av primärvårdens grunduppdrag för kommunerna och regionerna infördes i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och trädde i kraft den 1 juli 2021. Ny formulering och beskrivning av primärvårdens grunduppdrag samt revideringen av det läns-gemensamma avtalet Hälso- och sjukvårdsavtalet med tillhörande överenskommelser och arbetet med gemensam färdplan har sammantaget tydliggjort behovet av att beskriva Västra Götaland regionens (VGR:s) och kommunernas primärvårdsuppdrag.

I denna rapport beskrivs regionens primärvård utifrån en sammanställning av verksamheterna inom regionens primärvård.

## 2. Uppdraget

Det politiska samrådsorganet SRO gav VGR:s och VästKom i uppdrag att med utgångspunkt från ny skrivning av primärvårdens grunduppdrag i HSL beskriva kommunernas och VGR:s primärvårdsuppdrag. Utifrån dessa beskrivningar identifiera samverkansområden och gränssnitt samt ta fram förslag till gemensam utveckling.

Uppdragsgivare: Politiska samrådsorganet (SRO)

Styrgrupp: Vårdsamverkan Västra Götaland (VVG)

Uppdraget initierades april 2021 och ska vara klart och återrapporteras till VVG och SRO i januari 2022.

### 2.1 Tillvägagångssätt

Denna rapport är en självständig skrivning utifrån ett VGR perspektiv men görs inom ramen för ett gemensamt uppdrag med VästKom. Ansatsen är att beskriva VGR:s primärvård samt definition av primärvård. Beskrivningen av primärvård baseras på vårdöverenskommelser och vårdvalens krav- och kvalitetsböcker. Definitionen av primärvård har gjorts med stöd av regionens juridiska enhet och är en genomgång av lagrum där vissa slutsatser dras utifrån dessa. Innehållet i denna rapport har tagits fram av medarbetare på Koncernkontoret.

## 3. Bakgrund

### 3.1 Ny ansvarsfördelning vid regionbildningen

I samband med regionbildningen 1999 gjordes en skatteväxling enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Då avtalades mellan kommuner och regionen att kommunerna skulle ansvara för hälso- och sjukvård (gentemot specifika målgrupper) och då även utföra sjukvårdande behandling. Ett avtal tecknades också som preciserar den tillämpning som gäller i Västra Götaland. Den kommunala primärvården i Västra Götaland har således numera uppdrag och ansvar för vård i hemmet och särskilt boende. För att bla. beskriva vad denna sjukvårdande behandling innebär statuerades ”För den sjukvårdande behandlingen skall kommunens ansvar motsvara insatserna upp till och med distrikts- och psykiatrisjuksköterskekompetens.”

*Precisering av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret avseende behandling, rehabilitering och tekniska hjälpmedel.*

*Kommunen har ett hälso- och sjukvårdsansvar för de personer som avses i §§3-5 utifrån de preciseringar som sker i resp. paragraf. I detta ansvar ingår:*

- a) För den sjukvårdande behandlingen skall kommunens ansvar motsvara insatser upp till och med distrikts- och psykiatrisjuksköterskekompetens*
- b) Rehabiliteringsansvaret utgår från den kompetens som finns hos sjukgymnaster och arbetsterapeuter.*
- c) Ansvaret för tekniska hjälpmedel utgår från den specificerade sortimentlista som upprättats.*

*Ovanstående text är utdrag från avtal Avtal med anledning av förslag till gränsdragning mellan kommunerna och regionen i Västra Götaland avseende primärvård 1998-09-01*

Sedan regionbildningen 1999 har detta avtal omarbetats flertalet gånger. I avtalet regleras ansvarsfördelning och samverkan för hälso- och sjukvård mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen. I det reviderade Hälso- och sjukvårdsavtalet, som under hösten/vintern 2021 är på remiss, ingår även fyra överenskommelser. Dessa överenskommelser är lagstadgade och har målgrupper som ingår i Hälso- och sjukvårdsavtalet.

### 3.2 God och nära vård

I den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården beskrivs en vision där vården ges nära befolkningen, en god och nära vård. Den nära vården är inte en ny organisationsnivå, det är inte heller en benämning på dagens primärvård. Nära vård är snarare ett nytt synsätt och ett arbetssätt som ser annorlunda ut mot dagens arbetssätt i Västra Götaland (Ur Färdplan - läns gemensam strategi för god och nära vård). Den vision och strategi som utvecklingen går mot, pratar alltså inte specifikt om vårdnivåer eller organisationsdelar,

utan utgår från ett personcentrerat förhållningssätt. Dagens beskrivning av primärvård finns uttryckt i ny lagformulering som endast begränsar sig genom att inte kräva särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Vad innebär då detta tillsammans med visionen om god och nära vård i Västra Götalandsregionens perspektiv?

Regionens primärvård hanterar vård, både självständigt och som en del i en vårdkedja tillsammans med specialistvård och kommunens primärvård. Förutom den självständiga vård som primärvården utför följer primärvården även upp insatser och åtgärder, behandlingar och ordinationer som gjorts inom specialiserad vård. Med hjälp av ett flertal olika personal-grupper tar primärvården ansvar för bla. de sköra patienterna i samarbete med slutenvårdens specialister. När en patient har haft en läkarkonsultation i hemmet, på vårdcentralen eller sjukhuset resulterar besöket ofta i en ordination eller behandling. Vid utskrivning från slutenvården gäller samma. När patienten skrivs ut från slutenvård är det ofta med en ny eller ändrad ordination av läkemedel och eller ordination av insatser eller åtgärder. En ordination kan medföra förändring i förskrivning av läkemedel eller annan insats, åtgärd som exempelvis blodtrycksmätning, omläggning av sår. Vid dessa situationer har ordinatören, ofta läkare, bedömt att fortsatt behandling utförs inom primärvård. Utförare av vård inom regionen ska bidra till att vård som kan bedrivas på annan vårdnivå, under ordnade former flyttas till rätt vårdnivå enligt principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå. (Ur Vårdöverenskommelse 2022/2023)

Merparten av primärvårdens patienter behandlas på vårdcentralen. Kommunens primärvård behandlar de patienter som ingår i den kommunala hälso- och sjukvården, i ordinärt boende och i särskilt boende, enligt Hälso- och sjukvårdslagen och Hälso- och sjukvårdsavtalet. Ett sjukvårdssystem där primärvården är navet i hälso- och sjukvården.

Vård som patienten behöver ofta ska finnas nära. 1177 via telefon eller web ska vara den enkla vägen in i vården och kunna erbjuda ett utökat utbud av tjänster. I den nära vården ingår primärvård, tandvård, vård som sker i patientens hem samt öppen specialiserad vård.

I den nära vården ska det finnas ett samordningsansvar för patienter så att hen alltid vet vart hen ska vända sig dygnet runt. Hälso- och sjukvården ska utformas så att de organisatoriska och administrativa gränserna minimeras. Samarbete mellan specialistvård och primärvård oavsett huvudman är avgörande för att skapa den sömlösa vården för patienter med behov av vård från olika vårdgivare.

Enligt strategin för omställningen ska den vård som patienterna behöver ofta i första hand ges nära patienten utanför akutsjukhusen. I takt med att fler insatser patientsäkert kan utföras på primärvårdsnivå ska uppdrag överföras löpande (Ur Strategi för hälso- och sjukvårdens omställning i Västra Götalandsregionen).

Insatser från mobila team ska erbjudas de som har behov av vård i hemmet och som kan ha svårt att ta sig till vårdinrättningar. Det ska finnas mobila team på såväl primärvårds- som specialistnivå (Ur Strategi för hälso- och sjukvårdens omställning i Västra Götalandsregionen).

Ett mobilt team består av fasta medarbetare som gör besök i hemmet till riktade patientgrupper. Teamet är ofta multiprofessionellt och arbetar tillsammans i tät samverkan. Mobila team kräver ett bra samarbete mellan specialistvården och

primärvård, oavsett huvudman, för att skapa kontinuitet och trygghet. Vanliga effekter för både patient och slutenvården är minskat antalet ambulanstransporter, vårdbesök och vård dygn (SOU Nära vård). Mobila team kan även bemannas gemensamt med kompetens från specialistvård och primärvård oavsett huvudman.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen till god och nära vård. I delrapporten *Nära vård i sikte?* konstaterar man att det finns ett brett stöd för omställningens mål och en stor efterfrågan på förbättringar hos patienter och yrkesverksamma. Dock finns det i ovan nämnda delrapport få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måloppfyllelse. År 2020 är ett år som är svårt att dra slutsatser från på grund av den rådande pandemin och dess påverkan på hela sjukvården. Arbetet behöver fortsätta med att följa utvecklingen framgent.

### 3.3 Medicinsk, medicinskteknisk och digital utveckling

Medicinsk, medicinskteknisk och digital utveckling skapar ständigt nya möjligheter för både vården och patienterna. Allt mer av vården kan i framtiden utföras i den nära vården med bättre värde och resultat, inte sällan i patientens hem och med patienten som medskapare. Västra Götalandsregionen ska ligga i framkant i vårdutvecklingen. Den närmsta vården är den som patienten kan ta hand om själv; egenvården. Nära vård kan förutom ovanstående också handla om medicinsk utveckling samt en ökad användning av tekniska lösningar som underlättar egenvård och vård i hemmet. Monitorering och digitala kontakter exempelvis via mobiltelefon eller andra digitala lösningar är en utveckling som pågår inom sjukvården.

Hälso- och sjukvården är i förändring och utveckling där ny kunskap och ny teknik förändrar och förbättrar förutsättningarna för att bedriva sjukvård. Eftersom utvecklingen går fort inom hälso- och sjukvården är inte definitioner och gränser fullt ändamålsenliga utan ständigt i rörelse. Den vård som tidigare var primärvård är nu egenvård och vård som tidigare var specialistvård kan nu omhändertas i primärvården. Sjukhusvården blir alltmer avancerad och den tekniska utvecklingen gör det mer patientsäkert att vård sker utanför sjukhus och allt oftare i hemmet. Digitaliseringen möjliggör andra arbetssätt där tex en sjuksköterska kopplar upp sig från patientens hem till en läkare på distans för att gemensamt genomföra ett hembesök. Då vården ökar i hemmen uppkommer nya kompetensbehov och resursförändringar som behöver ske i samverkan. Den medicinska, medicintekniska och digitala utvecklingen möjliggör mer vård i hemmet och nya arbetssätt.

## 4. Regionens primärvårdsuppdrag

### 4.1 Regionens definition av primärvård

Regionens juridiska enhet har beskrivit VGR:s definition av primärvård enligt nedan.

Primärvårdsbegreppet infördes i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) genom prop. 1994/95:195. Primärvårdens uppdrag är att svara för befolkningens behov av

grundläggande vård och behandling m.m. Detta utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

”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.” (2 kap 6 § HSL)

Det kan konstateras att primärvård enbart är hälso- och sjukvård som ges i form av öppen vård. Samtidigt kan också konstateras att det inom den öppna vården inte finns någon avgränsning av den vård som ges inom denna vårdform vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

”Med öppen vård avses i denna lag annan hälso- och sjukvård än sluten vård.” (2 kap. 5 § HSL)

”Med sluten vård avses i denna lag hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning.” (2 kap. 4 § HSL)

Öppen vård kan konstateras omfatta all hälso- och sjukvård som inte är sluten vård och att sluten vård definieras av att det enbart kan vara vård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning.

Begreppen sjukhus och sluten vård hänger samman på så sätt att ett sjukhus är den vårdinrättning där sluten vård ges (prop. 1981/82:97 s. 121). Detta innebär dock inte att all vård som tillhandahålls på ett sjukhus är sluten vård, utan även öppen vård tillhandahålls på sjukhus.

En vårdinrättning bör därför, utifrån 2 kap. 4 § HSL, definieras som ett sjukhus. Vad gäller begreppet intagen har innebörden av detta begrepp den allmänna uppfattningen regelmässigt ansetts vara att patienten vistats på sjukhus över natten (se bl.a. prop. 1969:125 s. 69 och Prop. 1981/82:97 s. 121).

Idag ligger dock nog närmast att likställa begreppet intagen med att en patient är inskriven i slutenvården, d.v.s. att patienten är inskriven på sjukhus.

I praktiken innebär det att sådan specialiserad vård som inte utgör primärvård enbart kan ges till en patient som är inskriven på sjukhus och i praktiken också bara tillhandahållas patienten på sjukhuset, en inskriven patient kan också erhålla primärvård. Avgränsningen torde vara om vården kan tillhandahållas utanför sjukhuset, är detta möjligt är det sannolikt så att den aktuella vården torde falla inom vad som bedöms rymmas inom ramen för primärvårdsbegreppet och vice versa för den delen av vården som måste utföras på själva sjukhuset och är knuten till den vård som utgör grunden för att patienten skrivits in.

Möjligen finns viss ”grå-zons”-problematik för patienter som är inskrivna på sjukhus men befinner sig i hemmet för ex. permission. Sannolikt har dock bedömts att patienten inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens under tiden för permission, varför det sannolikt bör anses vara primärvård som patienten under en permission (Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar samverkan kring permission).

Jämförelse kan göras med SKR:s uttalande kring överlämnande av medicin utskrivet inom specialistvården till en patient i dennes hem: ”Att överlämna läkemedel till en patient i hemmet är en av de vanligaste hälso- och sjukvårdsinsatserna i hemsjukvården. Uppgiften att lämna över läkemedel utgör en primärvårdsåtgärd även när läkemedlet ordinerats från specialiserad vård.” VGR gör samma bedömning vad gäller från specialistvården förskriven utrustning och hjälpmedel att användas i hemmet, det vill säga att denna ska kunna hanteras inom ramen för primärvård (enligt juridiska enheten).

Nedan följer en övergripande sammanställning av VGR:s primärvård utifrån lagar och beställningar till utförarna i vårdval och vårdöverenskommelser med regionens egna verksamheter. I regionen finns i dagsläget två vårdval enligt Lagen om valfrihet (LOV): Vårdval vårdcentral och Vårdval rehab. Vårdval innebär att det är fri etablering dvs. varje vårdgivare som bedöms kunna uppfylla kraven i Krav- och kvalitetsbok (KoK-bok) måste regionen teckna avtal med. Den som ansöker väljer etableringsort och regionen kan inte neka även om det redan finns flera vårdcentraler och /eller rehabiliteringsenheter inom kommunen/stadsdelen. Förfrågningsunderlaget Krav- och kvalitetsbok gäller alla utförare inom ett vårdval.

## 4.2 Målgrupp

Vården ska ges på lika villkor till alla individer oavsett ålder, bostadsort, etnisk eller religiös tillhörighet, funktionsvariation, genus, kön, könsidentitet eller -uttryck, sexuell läggning, social ställning eller utbildningsgrad.

## 4.3 Verksamheter med primärvårdsuppdrag

Regionens primärvårdsuppdrag består av flera olika verksamheter. De verksamheter som ingår är till exempel:

### **Sjukvårdsrådgivning via 1177**

1177 är ett nationellt telefonnummer för sjukvårdsrådgivning vilket befolkningen kan ringa till dygnet runt, året om och få sjukvårdsrådgivning på telefon, alla vårdssamtal besvaras av legitimerade sjuksköterskor. I basuppdraget för sjukvårdsrådgivning ingår att genomföra en medicinsk bedömning utifrån den inringandes symptombeskrivning och allmäntillstånd därefter ge metodisk och strukturerad rådgivning, stöd och undervisning om vårdbehov och vid behov hänvisa den inringande till annan lämplig vårdnivå.

I uppdraget ingår att vid behov följa upp patienter som fått egenvårdsråd. Vid bedömt behov av vårdbesök kunna erbjuda bokad tid på vårdcentral, där möjlighet finns ska 1177 kunna boka tider på jourmottagning, alternativt föreslå direktbesök, alternativt kunna boka telefontid till sjuksköterska på vårdcentral. Informera om 1177 Vårdguidens e-tjänster, där befolkningen bland annat kan boka tider och förnya recept själva. Förmedla primärvårdens beredskapsjourer. I uppdraget ingår att förmedla läkare vid förmodat dödsfall utanför vårdinrättningar, för att utfärda dödsbevis samt för vårdintygsbedömning. Erbjuder tolk i samband med telefonrådgivning. En fungerande prehospital närsjukvård innebär en nära och aktiv samverkan mellan primärvård, kommuner och länssjukvård utifrån befolkningens behov.

### **Ungdomsmottagning**

Uppdraget är att i samverkan med kommunen bedriva ungdomsmottagningsverksamhet med medicinsk, psykosocial och psykologisk inriktning för ungdomar till och med 24 år, utifrån individens behov. Mottagningarna ger råd och stöd om kropp, sex eller

preventivmedel men också stöd till ungdomar som mår dåligt och behöver någon att prata med.

Verksamheten utgör tillsammans med bland annat skolans elevhälsa och socialtjänstens förebyggande verksamhet basnivån när det gäller hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser för målgruppen.

### **Fysioterapi privat verksamhet, LOF**

Verksamhet enligt Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF. VGR har cirka 200 fysioterapeuter som bedriver privat verksamhet enligt LOF. Denna verksamhet finansieras av Västra Götalandsregionen via det nationella ersättningssystemet, som också kallas nationella taxan. Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (riksdagen.se). Ingår ej i vårdval rehab.

### **Läkare privat verksamhet, LOL**

En läkare i allmänmedicin kan bedriva privat verksamhet enligt LOL. Denna verksamhet finansieras av Västra Götalandsregionen via det nationella ersättningssystemet, som också kallas nationella taxan. Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (riksdagen.se). Ingår ej i vårdval vårdcentral.

### **Logoped**

Logopedverksamhet regleras i vårdöverenskommelser med sjukhusen samt i begränsad omfattning på vårdvals rehabiliteringsenheter som har ett tilläggsuppdrag.

### **Dietistenheten**

Dietistenheten är producentneutral remissinstans för vårdcentraler och de flesta barnmorskemottagningar. Dietisterna ger individanpassad kostbehandling till patienterna. Högst prioriterade är patienter med långvarig sjukdom i kombination med undernäring eller övervikt/fetma samt sköra äldre.

### **Psykologheterna för mödra- och barnhälsovård**

Psykologheterna för mödra- och barnhälsovård är en fri nytthet kopplat till mödrhälsovårdens och barnhälsovårdens uppdrag oavsett driftsform. Verksamhetens uppdrag är att ur ett hälsoperspektiv främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn i förskoleåldrarna, genom tidiga insatser till blivande föräldrar, föräldrar och barn fram till start i förskoleklass. I uppdraget ingår även att på barnhälsovårdens uppdrag bedöma barns utveckling. Föräldrar har även möjlighet att själva ta kontakt med verksamheten.

### **Vårdval Rehab och Vårdcentral**

Vård och rehabilitering på primärvårdsnivå ska erbjudas till alla invånare i Västra Götalandsregionen. På samma villkor ska vård och rehabilitering erbjudas invånare från andra landsting och regioner enligt villkoren i riksavtalet för utomlänsvård, regiongemensamma riktlinjer och till invånare som är kvarskrivna enligt § 16 folkbokföringslagen (1991:481).

Uppdraget omfattar även de individer som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom enligt Europaparlamentets och Europarådets förordning (EG) 883/2004 eller omfattas av konventioner samt överenskommelser om sjukvårdsförmåner som Sverige har ingått med andra länder. Vården ska ges på lika villkor oavsett bostadsort, etnisk eller religiös tillhörighet, funktionsvariation, genus, kön, könsidentitet eller -uttryck, sexuell läggning, social ställning, utbildningsgrad eller ålder.

### **Specifikt för Vårdval Rehab**

Rehabenhetsens verksamhet ska bestå av åtgärder så att patientens mål för aktivitets- och funktionsförmåga uppnås eller bibehålls samt att utebliven eller fördröjd behandlingseffekt till följd av väntetid undviks. Verksamheten ska även möjliggöra att långsiktigt och återkommande behov av rehabilitering tillgodoses för patienter med kronisk sjukdom eller med komplexa vård- och omsorgsbehov.

### **Specifikt för Vårdval Vårdcentral**

Vårdcentralen har ansvar för att bedöma och behandla sjukdomstillstånd på primärvårdsnivå som kräver omedelbart medicinskt omhändertagande och vård som inte kan anstå för alla individer som vänder sig till vårdcentralen eller befinner sig i dess närhet oavsett om patienten är ansluten till vårdcentralen eller inte. Detta ansvar gäller även medicinsk bedömning och eventuell behandling och vägledning då polis, social myndighet eller ambulanspersonal så begär samt att konstatera dödsfall och att undersöka och utfärda intyg angående patient inför psykiatrisk tvångsvård enligt gällande lagar och föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård och missbruksvård.

### **Barnmorskemottagning/Mödrahälsovård**

Uppdraget är att verka för en god reproduktiv och sexuell hälsa genom den mödrahälsovård som bedrivs vid barnmorskemottagningar och familjecentraler. Målgruppen för barnmorskemottagning är alla individer som är gravida, nyförlösta eller söker preventivmedelsrådgivning, testning för sexuellt överförbara sjukdomar (STI) och gynekologisk cellprovtagning. Barnmorskeverksamheterna ska etablera nära samverkan mellan mottagningar och med kommuner, stadsdelsnämnder, vårdenheterna inom Vårdval Vårdcentral med flera, för att skapa en väl fungerande vårdkedja för familjer med särskilda behov.

### **Familjecentralsverksamhet**

Mödrahälsovården är en viktig part i den familjecentralsverksamhet som finns och startas upp i flertalet kommuner i Västra Götaland. Mödrahälsovården ska medverka i familjecentral när sådana finns eller etableras i området. Familjecentral innebär att mödrahälsovård, vårdcentralens barnhälsovård och kommunens socialtjänst ska medverka i familjecentral. Familjecentrerat arbetssätt innebär att insatser för barn och unga tar sin utgångspunkt i hela familjen och deras levnadsvillkor.

### **Primärvårdens hjälpmedelsenhet**

Primärvårdens hjälpmedelsenhet ska administrera kostnadsansvar för personligt förskrivna hjälpmedel inom regional primärvård i enlighet med *Handbok för förskrivning av personliga hjälpmedel*. Hjälpmedelsenheten ska vara sakkunniga och ge råd och stöd i hjälpmedelsfrågor till förskrivare och chefer vid verksamheter som förskriver hjälpmedel.

### **Forskning, utbildning, utveckling och innovation**

Inom Västra Götalandsregionen finns fyra centrum för Forskning, Utbildning, Utveckling och Innovation (FoUUI) i primär- och nära vård belägna i Göteborg/Södra Bohuslän, Södra Älvsborg, Fyrbodalen och Skaraborg. FoUUI - centrumen är nav för vårdverksamheterna för universitetssjukvården (USVE) i primärvård inom respektive geografiska område. USVEs kärnverksamhet är jämte hälso- och sjukvård, klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso-

och sjukvårdens utveckling och innovationer. FoUUI-centrumen arbetar integrerat med utbildning och stödjer implementering av bästa tillgängliga kunskap inom primär- och nära vård.

### **Central barnhälsovård**

Central Barnhälsovård i Västra Götaland ska med barn och familjer i fokus och med bas i FN:s konvention om barnens rättigheter, tolka nationella och regionala mål och verka för att dessa uppfylls. CBHV har en övergripande funktion för kvalitetsutveckling av all barnhälsovård som bedrivs på offentligt uppdrag i regionen, ska vara rådgivande samt vara remissinstans-

### **Central mödrahälsovård**

Det övergripande målet för centrala mödrahälsovårdsteamerna är att utveckla och kvalitetssäkra mödrahälsovårdsarbetet, med ansvar för gravida och nyförlösta, stöd i föräldraskapet samt förebyggande av oönskade graviditeter, av sexuellt överförbara infektioner och av livmoderhalscancer.

**Primärvårdens utbildningsenhet** ansvarar för och koordinerar all verksamhetsintegrerad utbildning inom primärvården:

- Arbetsplatsförlagt lärande/Lärande i arbete/Verksamhetsförlagd utbildning för alla vårdutbildningar med praktik i primärvården
- Allmäntjänstgöring för läkare, primärvårdsavsnittet
- Praktisk tjänstgöring för psykologer, för psykologer i primärvård
- Specialisttjänstgöring i allmänmedicin
- Allmänläkarkurser – kurser för ST i allmänmedicin

Ovanstående exempel finns i hela regionen.

I delar av regionen kan ytterligare primärvårdsuppdrag förekomma som definierade regiongemensamma uppdrag exempelvis:

#### **MiniMaria-mottagningar**

Mottagningen är specialiserad öppenvårdsenhet som vänder sig till ungdomar med risk- och missbruksproblem. Det som kännetecknar MiniMaria-mottagningarna är att de bedrivs i samverkan mellan kommun och Västra Götalandsregionen och att på mottagningarna ges behandling av alkohol- och narkotikamissbruk samt även rådgivning och stöd för ungdomar och deras anhöriga.

#### **Socialmedicinska mottagningar**

Mottagningen har en samordnande roll för patienter i behov av stödinsatser från både kommunen och regionen.

Mottagningen vänder sig till vuxna personer över 18 år med missbruksproblematik av alkohol, narkotika, beroendeframkallande läkemedel samt har en psykisk ohälsa.

Patienterna har behov av både kommunens och regionens resurser samtidigt och huvudmannaskapet av mottagningen är således delat mellan region och kommun.

Målet för mottagningen är att invånarna ska kunna komma till en och samma enhet med samlad kompetens och koordinerade insatser. Det ska vara lätt att komma i kontakt med mottagningen och det kommer finnas tre kontaktvägar – att den enskilde själv söker stöd, eller att kommunen alternativt regionen uppmärksammar behovet hos den enskilde.

## 5. Sammanfattande slutsats

Det kan konstateras att det finns två huvudmän inom primärvården, regionen och kommunerna. Regionen har alltid läkaransvaret medan övriga hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet kan utföras av region eller kommun beroende på åtgärder eller insatser.

Juridiska enheten slår fast att vård som kan utföras utanför sjukhus faller inom primärvårdsuppdraget. Det innebär till exempel att uppgiften att lämna över läkemedel utgör en primärvårdsåtgärd även när läkemedlet ordinerats från specialiserad vård. Sveriges kommuner och regioner (SKR) tydliggjorde vid sin medverkan på vårdsamverkan Västra Götaland, VVG, den 4 oktober 2021 att utförandet kan vara primärvård även om ordinationen kommer från den specialiserade vården. Det är viktigt att skilja på ordination/förskrivningsnivå och utförarnivå. SKR kommer publicera ett PM kring detta som stöd. Både regionens och kommunens primärvård kan vara utförare av en insats ordinerad av specialistvården.

VGR gör samma bedömning vad gäller från specialistvården förskrivna utrustning och hjälpmedel för användning i hemmet, det vill säga att denna ska kunna hanteras inom ramen för primärvård.

# Källor

Färdplan - länsgemensam strategi för god och nära vård

Förfrågningsunderlag Vårdval Vårdcentral (Krav- och kvalitetsbok) 2021 och 2022

Förfrågningsunderlag Vårdval Rehab (Krav- och kvalitetsbok) 2021 och 2022

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland (2017–2021)

Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30

Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF

*Nära vård i sikte?* Delrapport Vård och omsorgsanalys.

Socialstyrelsens utvärdering *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020*

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

Strategi för hälso- och sjukvårdens omställning i Västra Götalandsregionen.

Vårdöverenskommelse för VGRs sjukhus 2022/23

Vårdöverenskommelse 2021 mellan hälso- och sjukvårdsnämnd och styrelsen för Regionhälsan