

# Granskning av samverkan inom hemsjukvården och processen kring utskrivningsklara - samverkansgranskning

**Gällivare kommun**

Oktober 2024

*Michaela Nyman, certifierad kommunal revisor*

*Elin Rylander, revisionskonsult*






*Erik Jansen, certifierad kommunal revisor*

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gällivare kommun genomfört en granskning av samverkan inom hemsjukvården och processen kring utskrivningsklara. Granskningens syfte har varit att granska huruvida socialnämnden har säkerställt en ändamålsenlig samverkan med Region Norrbotten avseende hemsjukvård med fokus på processen för utskrivningsklara patienter, samt ifall den interna kontrollen i sammanhanget är tillräcklig.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att socialnämnden **inte helt** har säkerställt en ändamålsenlig samverkan med Region Norrbotten avseende hemsjukvård med fokus på processen för utskrivningsklara patienter. Den interna kontrollen i sammanhanget bedöms **inte helt** vara tillräcklig.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

Revisionsfrågor	Bedömning
Finns dokumenterade och aktuella avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan regionen och kommunen?	Nej 
Genomförs uppföljningar av gällande avtal och överenskommelser?	Nej 
Finns en fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå?	Delvis 
Finns rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång? Ex: rutin för meddelande till kommun om inskriven patient, information från huvudmännen till patienter och anhöriga, informationsöverföring mellan huvudmännen vid utskrivning och gemensam vårdplanering/SIP	Delvis 
Finns fungerande system och forum för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera uppföljning, avvikelser och arbeta med förbättringar?	Delvis 

## Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till socialnämnden:

- Att socialnämnden tillsammans med länets kommuner driver frågan om att revidera avtal avseende hemsjukvård i syfte att tydliggöra ansvarsfördelning och skapa samsyn mellan huvudmännen.

- Att socialnämnden säkerställer att framtida avtal omfattar den flexibilitet och långsiktighet som krävs för en hållbar utveckling av samverkan mellan kommunen och regionen. Det kan innebära att revideringen av avtalet kräver översyner av väsentliga områden som exempelvis ersättningsmodeller och hantering av Lag (2017:612) om samverkan kring utskrivningsklara inklusive modellen för betalningsansvar.
- Att socialnämnden säkerställer att det finns en struktur för samverkan på lokal nivå med fokus på att utvärdera kommunens och regionens förmåga till samverkan och utveckling av processerna.
- Att socialnämnden, i samverkan med regionen, följer upp och analyserar orsaker bakom upprättande avvikelser och identifierade utvecklingsområden. Detta för att säkerställa en trygg och säker hemgång för patienten.
- Att socialnämnden säkerställer att det finns utsett användarstöd i organisationen för det gemensamma it-stödet Lifecare SP.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
<b>Inledning</b>	<b>4</b>
Bakgrund	4
Syfte och revisionsfrågor	5
Revisionskriterier	5
Avgränsning	5
Metod	5
<b>Granskningsresultat</b>	<b>7</b>
Avtal och överenskommelser mellan regionen och kommunen	7
Uppföljningar av avtal och överenskommelser	13
Organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå	14
Rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång	17
System och forum för uppföljning. avvikelser och förbättringar	23
<b>Samlad bedömning</b>	<b>25</b>
Rekommendationer	25
Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor	26

# Inledning

## Bakgrund

År 2013 fördes ansvaret för hemsjukvården över från dåvarande landstinget till länets kommuner. Det har inneburit ett antal utmaningar kopplade till en god och nära vård. Problemområden som ofta nämns är informationsöverföring, rutiner för mottagande av utskrivningsklara patienter, läkarmedverkan mm. En återkommande patientsäkerhetsrisk finns i vårdens övergångar. Risken för brister och fel i vården är som störst då patienten lämnar en huvudman för att övergå till en annan. Risker som vanligtvis identifieras är dokumentation, läkemedelsanvändning, informationsöverföring samt rehabiliterings- och omvårdnadsfrågor. Det är väl känt att det finns samverkansproblem i vård- och omsorgskedjan för personer som skrivs ut från slutenvården och behöver fortsatta insatser från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

I januari 2018 fick Sverige en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Lagen har som målsättning att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna den på ett tryggt sätt. Lagen är ett av många verktyg som ska främja en bättre samordning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten utifrån patientens behov. Lagen tydliggör kraven på samverkan mellan huvudmännen kring arbets- och planeringsprocesser vid utskrivning av en patient från sjukhuset. Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Den fasta vårdkontakten i regionen är ansvarig för att sammankalla till en samordnad planering.

För att erbjuda en trygg och säker vård krävs det att huvudmännen arbetar i enlighet med upprättade rutiner och riktlinjer så att bland annat informationsflödet fungerar mellan huvudmännen. Viktigt för vårdens fortsatta utveckling är också att det finns ett systematiskt arbete med att följa upp avvikelser och samordnat vidta åtgärder för att säkerställa att nya avvikelser inte uppstår.

Lagen om utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska främja en god vård för den enskilde som efter utskrivning behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionalt finansierade öppna vården. Ledtiderna mellan slutna vård på sjukhus och vård i omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende ska hållas så korta som möjligt.

För att få ett underlag för att bedöma hur Region Norrbotten och Gällivare kommun samverkar kring äldre personer i behov av båda huvudmännens insatser har beslut fattats om att genomföra en samverkansgranskning av samverkan inom hemsjukvården med särskilt fokus på utskrivningsprocessen.

Revisionsobjekt är socialnämnden i Gällivare kommun

## Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen har varit att granska huruvida socialnämnden har säkerställt en ändamålsenlig samverkan med Region Norrbotten avseende hemsjukvård med fokus på processen för utskrivningsklara patienter, samt ifall den interna kontrollen i sammanhanget är tillräckligt.

Följande revisionsfrågor har besvarats i granskningen:

1. Finns dokumenterade och aktuella avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan regionen och kommunen
2. Genomförs uppföljningar av gällande avtal och överenskommelser?
3. Finns en fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå?
4. Finns rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång? Ex: rutin för meddelande till kommun om inskriven patient, information från huvudmännen till patienter och anhöriga, informationsöverföring mellan huvudmännen vid utskrivning och gemensam vårdplanering/SIP
5. Finns fungerande system och forum för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera uppföljning, avvikelser och arbeta med förbättringar?

## Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar.

- 6 kap. 6 § Kommunallag (2017:725)
- 2 kap. 1-4, 6 §§. 3 kap. 1-3 §§. 4 kap. 1-2, 4 §§. 5 kap. 1-6 §§ Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612)
- 14 kap 1 §. 16 kap. 4 § Hälso-och sjukvårdslagen (2017:30)
- 2 kap.7 §. Socialtjänstlag (2001:453)
- 4 kap. 2-4, 6 §§. 5 kap. 3-8 §§, 6 kap. 1-3 §§, 7 kap 1-3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem och systematiskt kvalitetsarbete
- 6 kap. 4 § Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Nämndernas och styrelsens reglementen
- Ev ytterligare riktlinjer som erhålls i samband med granskning.

## Avgränsning

Granskningen har avgränsats till samverkan kring äldre personer inom hemsjukvården och omfattar inte samverkan i utskrivningsprocessen kopplat till funktionshinderomsorg, missbruksvård och socialpsykiatri.

## Metod

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentgranskning av centrala styrande dokument (ex. avtal och överenskommelser) samt rutiner/riktlinjer för området. Insamling har även skett av

årsberättelser, patientsäkerhetsberättelser samt statistik från Region Norrbotten, Norrbottens Kommuner samt Gällivare kommun.

Intervjuer har genomförts med:

- Socialchef och verksamhetschef för biståndsenheten (vuxen)
- MAS (Medicinsk Ansvarig Sjuksköterska) och Enhetschef hemsjukvården
- Representanter för legitimerad personal såsom sjuksköterskor, arbetsterapeut och fysioterapeut
- Handläggare inom biståndsbedömning
- Socialnämndens presidium
- Representanter från Norrbottens Kommuner:
  - Avdelningschef Social välfärd, Norrbottens Kommuner
  - Förvaltningsledare samordnad planering, Norrbottens Kommuner
  - Utvecklingsledare Kommunal hälso- och sjukvård, Äldreomsorg och länsamordnare Nära vård, Norrbottens Kommuner

De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Rapporten har kvalitetssäkrats av Erik Jansen, certifierad kommunal revisor, i enlighet med PwC:s interna riktlinjer för kvalitetssäkring av revisionsrapporter.

# Granskningsresultat

## **Avtal och överenskommelser mellan regionen och kommunen**

*Revisionsfråga 1: Finns dokumenterade och aktuella avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan regionen och kommunen?*

### *Revisionell utgångspunkt*

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anger att både regioner och kommuner har ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård till sina invånare. När det gäller sjukvård i hemmet reglerar lagen hur dessa två aktörer kan samarbeta och fördela ansvaret.

Enligt HSL kan regioner och kommuner komma överens om att överföra ansvaret för vissa vårdinsatser, inklusive sjukvård i hemmet, från den ena parten till den andra. Detta görs genom avtal som specificerar vilka vårdtjänster som ska tillhandahållas, hur dessa tjänster ska finansieras och andra praktiska arrangemang.

*Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 14 kap. 1 §:*

"Regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende.... Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare."

För att en sådan överenskommelse ska vara möjlig och effektiv krävs att båda parter är överens och att avtalet är tydligt utformat för att undvika missförstånd. Detta ska bidra till att vården blir så sammanhållen och patientfokuserad som möjligt.

Vad det gäller samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ges också möjlighet för huvudmännen att täckna särskilda överenskommelser

*Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård 4 kap. 5§*

"Region och kommun får träffa en överenskommelse om att kommunens betalningsansvar ska inträda vid en annan tidpunkt än den som anges i 5 kap. 4 § eller med ett annat belopp än det som bestäms enligt 5 kap. 6 §. Lag (2019:979)."

Vi har granskat förekomsten av avtal enligt ovanstående lagrum och huruvida dessa avtal är aktuella och styrande för verksamheten.

### *lakttagelser*

#### **Den kommunala hälso- och sjukvården i Gällivare kommun**

Socialnämnden ansvarar för den kommunala hälso- och sjukvården i Gällivare kommun. Hemsjukvården är organiserad inom socialförvaltningen och leds av enhetschef för hemsjukvård och rehab. Inom hemsjukvården arbetar nio sjuksköterskor, varav åtta har utsedda patienter som de ansvarar för. En av sjuksköterskorna har telefonansvar och arbetar med samordnad individuell plan (SIP). Sjuksköterskorna som arbetar ute i fält är



även knutna till en specifik hemtjänstgrupp. Inom rehabilitering finns sju arbetsterapeuter och fyra fysioterapeuter.

Av intervjuer framgår att hemsjukvården har ca 210 patienter. Inom kommunen arbetar en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som har det övergripande ansvaret för vårdens kvalitet och säkerhet inom den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunen har inte en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Inom kommunen finns ett hemgångsteam vars verksamhet är riktad till personer som har drabbats av sjukdom eller olycka som har krävt sjukhusvård eller vistelse på korttidsenhet. Hemgångsteamet består av arbetsterapeuter, fysioterapeut och undersköterskor, vilka tillsammans erbjuder rehabilitering och/eller vård- och omsorg i hemmet. Patienter kan få stöd i hemmet i upp till tre veckor efter hemgång, därefter tar hemtjänsten över om det finns ett fortsatt vård- och omsorgsbehov.

### **Hemsjukvårdsavtalet**

Granskningen visar att Region Norrbotten (tidigare Landstinget i Norrbottens län) och Norrbottens Kommuner (tidigare Kommunförbundet Norrbotten) 2013 tecknat *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Norrbottens län*, "hemsjukvårdsavtalet". Norrbottens Kommuner<sup>1</sup> är ett kommunförbund bestående av länets 14 kommuner. Förbundet utgör länets samverkans- och stödstruktur bland annat inom verksamhetsområdet Social välfärd som omfattar socialtjänstens områden samt kommunal hälso- och sjukvård.

Av hemsjukvårdsavtalet framgår följande:

- Kommunaliseringen omfattar all hälso- och sjukvård från 18 år och äldre i ordinärt boende (både hembesök och hemsjukvårdsbesök). Kommunen ansvarar över den hälso- och sjukvården som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka hälsocentral
- Hemsjukvård omfattar alla sjuksköterskeinsatser samt rehabilitering och habilitering av fysioterapeut och arbetsterapeut som utförs i hemmet
- Tröskelprincipen ska gälla, vilket innebär att patienten i första hand ska ta sig till hälsocentralen för vård
- Båda huvudmännen kan göra bedömningar om patienten själv eller med stöd av annan kan uppsöka hälsocentral eller ej
- Hembesök av hemsjukvårdens personal görs i de fall där legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att det finns ett vårdbehov
- Hembesök av fysioterapeut/arbetsterapeut görs i fall det är motiverat utifrån patientens behov. Det blir då ett kommunalt ansvar
- Ansvaret för dietistkompetens åvilar kommunen. Dietistkompetens kan avropas från regionen av den kommunala hemsjukvården i enskilda ärenden
- Ansvaret för den medicinska fotvården överförs till kommunerna utifrån tröskelprincipen

---

<sup>1</sup> Mer information om Norrbottens Kommuner finns på Norrbottens Kommuners webbplats: <https://www.norrbottenskommuner.se/om-oss/> (Hämtad 2024-06-25)

- Avtalet avser inte specialistvård

Hemsjukvårdsavtalet med tillhörande slutrapport och övriga bilagor undertecknades av fullmäktige i Gällivare kommun på rekommendation av Kommunförbundet Norrbotten i samband med att den nya lagstiftningen började gälla år 2013. Avtalet gäller tillsvidare. Av dokumenten<sup>2</sup> framgår att hemsjukvårdsavtalet behöver kompletteras med samverkansavtal på länsnivå om läkarmedverkan samt rutiner och riktlinjer för hjälpmedel utifrån den förändrade ansvarsfördelningen mellan landstinget och kommunerna.

Sammantaget beskriver intervjuade att ansvarsfördelningen i hemsjukvårdsavtalet är otydlig och att det nuvarande avtalet inte utgör ett tillräckligt stöd i tolkningen av vilka uppgifter som ska utföras av vem. Det beskrivs att båda huvudmännen tolkar avtalet på olika sätt, många gånger till sin egen fördel. Enligt vad som framkommer vid granskningen har ingen kontinuerlig utvärdering eller revidering skett trots att det uppfattas finnas brister i avtalet (se mer under revisionsfråga 2).

Såväl legitimerad personal som biståndsbedömare framhåller att huvudmännen gör olika tolkningar av tröskelprincipen, som enligt avtalet innebär att patienten i första hand ska ta sig till hälsocentralen för vård. Det uppges finnas en oenighet avseende gränsdragningen av insatser på primärvårdsnivå mellan kommunen och hälsocentralerna. Effekten uppges bli att kommunen i flera fall tar på sig ett större ansvar för insatser till patienter som är inskrivna i hemsjukvården, för att patienten inte ska hamna mellan stolarna.

I Gällivare finns det två hälsocentraler. Laponia hälsocentral som drivs i regionens regi och Gällivare hälsocentral som är privat. Vid intervjuer beskrivs att diskussioner baserade på olika tolkningar mellan huvudmännen i högre grad sker mellan Gällivare kommun och Laponia hälsocentral, vad gäller att ta emot patienter som har insatser via den kommunala hemsjukvården. Det beskrivs att patienter har blivit nekade att boka tid eller få hjälp att förnya recept och istället blivit hänvisade tillbaka till hemsjukvården. Uppfattningen bland de intervjuade är att Gällivare hälsocentral är mer tillgänglig för patienterna att få hjälp med det de önskar om de själva söker kontakt med hälsocentralen.

Vid intervju med MAS och enhetschef för hemsjukvård framkommer att det finns oklarheter när det gäller vad som är avancerad sjukvård och inte samt hur det ska hanteras i relation till hemsjukvård. Intervjuade beskriver att kommunen ofta hamnar i diskussioner gällande det medicinska ansvaret då det blir allt vanligare att patienter har ett större behov av avancerade sjukvårdsinsatser.

Hemsjukvårdsavtalet fastställer att tvister mellan huvudmännen gällande ansvarsgränser i första hand ska lösas på lokal nivå. Frågor som inte kan lösas i samförstånd ska i andra hand lyftas till närmsta verksamhetsnivå och i tredje hand till

---

<sup>2</sup> Slutrapport Kommunaliserad hälso- och sjukvård i hemmet 2013

Länsstyrgruppen<sup>3</sup>. Granskningen visar att det finns forum på lokal nivå för att hantera samverkansfrågor, vilka beskrivs under revisionsfråga 3.

Granskningen visar att Region Norrbotten har tagit fram ett dokument på regionens tolkning av hemsjukvårdsavtalet samt att kommunerna, genom Norrbottens Kommuner, lämnat synpunkter och en egen tolkning utifrån regionens dokument (beskrivs under revisionsfråga 2). Den delande synen på tolkning av avtalet har lett till att det under hösten 2024 planeras göras en utredning i samverkan mellan Region Norrbotten och Norrbottens Kommuner för att utreda frågorna och skapa samsyn.

### **Avtal om läkarmedverkan**

Granskningen visar att regionen och kommunförbundet har ingått *Avtal om läkarmedverkan inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende (2013)*.

Avtalet reglerar i huvudsak följande:

- Läkarmedverkan inom primärvård ska finnas dygnet runt alla dagar i den kommunala hälso- och sjukvården. Så långt det är möjligt ska läkarmedverkan planeras och ske under kontorstid
- Patienter inskrivna i hemsjukvård ska kunna få planerade och oplanerade läkarbesök i hemmet. Ansvarig sjuksköterska bedömer behovet av hembesök, dock har primärvårdsläkaren tolkningsföreträdare i bedömning av patientens hälsotillstånd och behov av hembesök av läkare
- Tillgänglighet ska garanteras mellan ansvarig läkare och ansvarig sjuk-/distriktssköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut
- Varje patient ska ha en fast vårdkontakt i kommunen samt en behandlingsansvarig läkare i primärvård eller specialistvård. Uppgifter ska framgå av den samordnade individuella planen (SIP)
- Former för läkemedelsgenomgång

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från regionen. Avtalet gäller tillsvidare.

Vid intervjuer beskrivs att avtalet för läkarmedverkan lämnar mindre utrymme för egen tolkning mellan huvudmännen. Det beskrivs att avtalet fungerar relativt väl inom ramen för hemsjukvård, men att det fungerar sämre inom exempelvis särskilt boende. Tillgängligheten till läkare beskrivs i stort vara god. Kommunen uppges inte ha behövt anlita läkare på egen hand.

Vid intervju med legitimerad personal framgår att tillgängligheten till läkare generellt upplevs vara bättre vid den regiondrivna hälsocentralen där det finns en utsedd läkare som arbetar mot hemsjukvården och att det finns fastställda rondtider. Vid den privata hälsocentralen är patienterna istället uppdelade mellan läkarna beroende på när

---

<sup>3</sup> Länsstyrgruppen inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola är en politisk styrgrupp inom den politiska samverkansberedningen inom kommunförbundet Norrbottens Kommuner med representanter för Region Norrbotten och länets kommuner.

patienterna är födda, vilket för kommunen innebär att sjuksköterskor inom hemsjukvården behöver vända sig till flera olika läkare. Enligt intervjuade har det skett en förbättring i tillgänglighet till läkare även vid den privata hälsocentralen då hemsjukvården har börjat få utsedda rondtider på vilka sjuksköterskorna kan kontakta ansvarig läkare. Det framhålls dock att det kan vara svårt att få kontakt med läkare utanför fastställd rondtid.

Granskningen visar även att Region Norrbotten och kommunförbundet fastställt *Riktlinje för rehabiliteringsansvar i Norrbotten (2017)*. Riktlinjen tydliggör ansvarsfördelningen mellan de olika rehabiliteringsnivåerna och reglerar i huvudsak följande:

- Nivå 1 i rehabiliteringsnivån är ett ansvar för primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa insatser ska ske i hemmet, på hälsocentral eller i samhällsmiljön i samverkan mellan arbetsterapeut, fysioterapeut, distriktssköterska och distriktsläkare. Hur den enskilde individens behov ska tillgodoses av olika aktörer ska dokumenteras i en samordnad individuell plan (SIP). Ansvarsfördelningen för nivå 1 regleras inom hemsjukvårdsavtalet.
- Nivå 2 är ett ansvar för samlade enheter knutna till specialistsjukvården vid sjukhusen inom respektive upptagningsområde inom länet. Verksamheterna har fördjupad kompetens och resurser än vad som finns tillgänglig på nivå 1. Rehabiliteringen sker inom öppenvården och omfattar långvariga och ibland återkommande fysiska eller kognitiva nedsättningar oavsett diagnos
- Nivå 3 är ett ansvar för Rehabiliteringsmedicin vid Sunderby sjukhus med hela länet som upptagningsområde. Verksamheterna erbjuder mer resurser och fördjupad kompetens inom sitt specifika område jämfört med nivå 2. Rehabiliteringen sker inom slutenvården. Vid kvarstående rehabiliteringsbehov vid utskrivning ska rehabiliteringen fortsätta vid nivå 2 (öppenvårdsrehabilitering) eller inom nivå 1 (primärvård/kommun)

### **Lokala avtal mellan hälsocentraler och kommunens hälso- och sjukvård**

Av den slutrapport som ligger till grund för hemsjukvårdsavtalet framgår att det utöver kompletterande samverkansavtal på länsnivå, såsom de vi återgivits ovan, bör tas fram lokala samverkansavtal mellan respektive kommun och hälsocentral.

Vi har inom ramen för granskningen inte funnit att något sådant avtal finns mellan Gällivare kommun och Laponia hälsocentral eller Gällivare hälsocentral.

### **Avtal kring samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård**

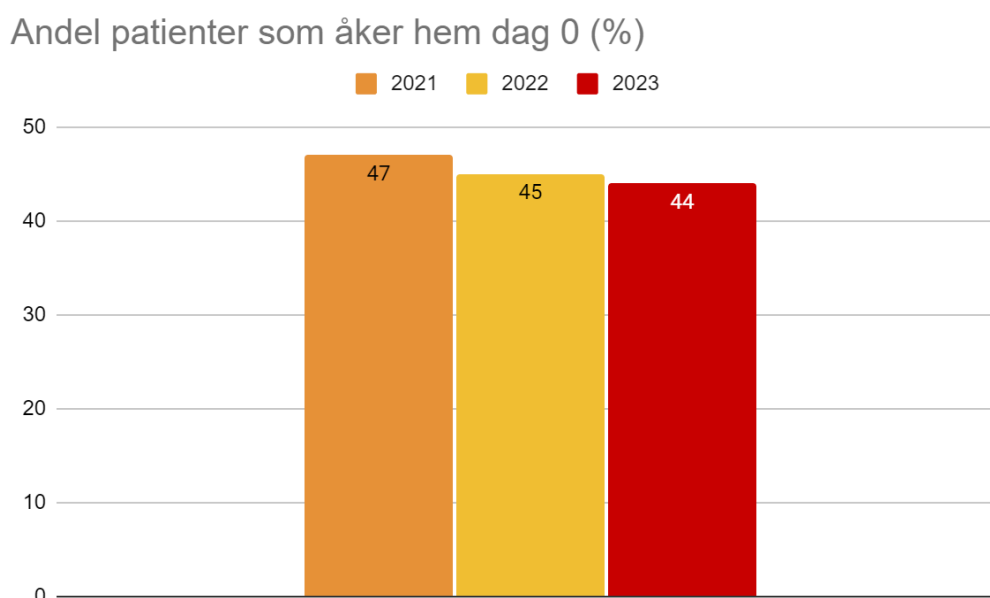
Granskningen kan inte styrka att det finns något avtal mellan regionen och kommunen avseende samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård har tillkommit år 2018, flera år efter det att hemsjukvårdsavtalet upprättades vilket innebär att hemsjukvårdsavtalet inte har upprättats med något särskilt tydliggörande avseende ansvar när det gäller patienter som lämnar slutet hälso- och sjukvård. Bland annat innebär det att betalningsansvar för kommunen inträder tre dagar efter det att patienten är utskrivningsklar.

Betalningsansvaret förutsätter dock att regionen gjort det som åligger dem. Exempelvis

underrättat kommunen om utskrivningsdatum och kallat till SIP om samordning är motiverat och accepterat.

I diagram 1 nedan framgår andel patienter (i procent) som lämnat sjukhuset samma dag som de är utskrivningsklara för Gällivare kommun.

*Diagram 1: Andel patienter som lämnat sjukhuset dag 0 då de är utskrivningsklara, Gällivare kommun.*



Av diagram 1 framgår att andelen patienter som lämnat sjukhuset dag noll då de registrerats som utskrivningsklara för Gällivare kommun har minskat något mellan åren 2021-2023. År 2021 var det 47 procent av patienterna som fick lämna slutenvården samma dag som de var utskrivningsklara. År 2023 var andelen 44 procent. I genomsnitt fick 22 procent av patienterna i Norrbottens län år 2023 lämna slutenvården samma dag som de var utskrivningsklara, vilket innebär att Gällivare kommun ligger högre i jämförelse med genomsnittet.

#### *Bedömning*

*Finns dokumenterade och aktuella avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan regionen och kommunen?*

**Nej.**

Vår bedömning baseras på att de avtal som finns mellan regionen och kommunen, vilka förvisso till del är dokumenterade, inte är aktuella och i behov av revidering. Avtalet är upprättat 2013 och det kan inte verifieras att det har följts upp och reviderats på ett strukturerat sätt sedan dess.

Granskningen visar att avtalet i låg grad utgör stöd för kommunen i frågor som rör ansvarsfördelning och gränsdragning för sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå eller för

samverkan mellan huvudmännen. Granskningen visar även att det finns oklarheter gällande avancerad sjukvård i relation till hemsjukvård.

Andelen patienter som lämnar slutenvårdsplaner samma dag har minskat något mellan 2021 och 2023 i kommunen men ligger över länssnittet. Utifrån de brister som beskrivs av intervjuade anser vi att det bör övervägas hur det lämpligast skapas samverkansformer och incitament för ett fungerande flöde där sjukvårdens resurser oavsett huvudman används på ett optimalt sätt.

## **Uppföljningar av avtal och överenskommelser**

*Revisionsfråga 2: Genomförs uppföljningar av gällande avtal och överenskommelser?*

### *lakttagelser*

I hemsjukvårdsavtalet finns en skrivning där det uttrycks att uppföljning och utvärdering av kommunaliseringen av hemsjukvården bör genomföras under 2015, dvs efter två verksamhetsår. Uppföljning ska ske av regionen och av kommunförbundet Norrbottens Kommuner. Granskningen visar att det har skett en utvärdering av kommunaliseringen av hälso- och sjukvård i ordinärt boende av Region Norrbotten och Norrbottens kommuner år 2016. Därefter kan vi inte styrka att någon utvärdering eller revidering av avtalet har skett. Intervjuade i Gällivare kommun har inte kännedom om någon ytterligare utvärdering eller revidering har skett efter år 2015. Vi kan inte heller styrka att någon uppföljning eller utvärdering av avtalet har behandlats i nämnden.

Även *Avtal om läkarmedverkan inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende* fastställer att avtalet ska följas upp kontinuerligt och utvärderas vartannat år, dvs med start år 2015. Ansvaret för uppföljning och revidering av avtalet ligger på länsstyrgruppen i Norrbotten. Enligt vad som framkommit vid genomförd granskning har avtalet inte följts upp.

Vår granskning visar regionen och länets kommuner (via kommunförbundet) har tagit fram egna tolkningar och tillämpningar och av hemsjukvårdsavtalet på grund av bristande samsyn. Region Norrbotten har 2023-06-28 upprättat en dokumenterad tillämpning av hemsjukvårdsavtalet som delgetts kommunförbundet och kommunerna. Den dokumenterade tillämpningen redogör för att regionen anser att kommunerna är ansvariga för all hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som ges till hemsjukvårdspatienter bortsett från läkarinsatser, även om dessa inte framgår av patientens samordnade individuella plan. Det omfattar även nya vårdbehov som uppstår hos hemsjukvårdspatienter. Dokumentet redogör även för att om patienten skrivits in i hemsjukvården anses behov av vård i hemmet gälla över tid, varpå tröskelprincipen inte ska prövas varje gång ett nytt vårdbehov uppstår för patienten. Dokumentet redogör även för att det inte enbart är primärvårdsläkaren som kan ordinera insatser som ska utföras inom hemsjukvården. Det innebär att om patienten har hemsjukvård ska insatser på primärvårdsnivå utföras av den kommunala hälso- och sjukvården, oavsett vem som ordinerat insatsen.

Kommunförbundet har 2024-03-06 lämnat en skrivelse med synpunkter på regionens. Av skrivelsen framgår de delar där kommunernas bedömning av avtalet skiljer sig från

den tillämpning som regionen tagit fram. I dokumentet framgår att primärvårdsbegreppet inte får vara vidare för kommunerna jämfört med regionen och om den regionfinansierade primärvården inte anser sig kunna ta ansvar för åtgärden, kan ansvaret inte heller läggas på kommunen.

I kontakt med representanter från kommunförbundet framgår att kommunförbundet i maj 2024 fått i uppdrag att tillsammans med Region Norrbotten utreda särskilda frågor rörande hemsjukvårdsavtalet i syfte att skapa en samsyn mellan huvudmännen. Arbetet kommer enligt uppdrag att genomföras under hösten 2024 och ska redovisas till Länsstyrgruppen och politiska samverkansberedningen (beskrivs under revisionsfråga 3) vid årsskiftet 24/25.

### *Bedömning*

#### *Genomförs uppföljningar av gällande avtal och överenskommelser?*

**Nej.**

Vår bedömning är att det, utöver den utvärdering som genomförts 2016, inte har genomförts uppföljning av gällande avtal vilket vi menar är en väsentlig brist.

Vi ser det som positivt att frågan kring ansvarsfördelning och gränsdragning i sin helhet mellan huvudmännen kommer att behandlas inom Norrbottens Kommuner under hösten 2024, vilket vi anser kommer att bidra till att skapa en ökad samsyn för området.

### **Organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå**

#### *Revisionsfråga 3: Finns en fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå?*

#### *lakttagelser*

#### **Samverkan på övergripande nivå**

Vi har i samband med granskningen erhållit skriftlig dokumentation som tydliggör regionens och kommunernas samverkan på en övergripande nivå. Där framgår att den gemensamma samverkansorganisationen mellan Region Norrbotten och kommunförbundet Norrbottens Kommuner utgörs av en gemensam politisk styrning i länet, politiska samverkansberedningen (Polsam), som består av ledande förtroendevalda från Region Norrbotten och länets kommuner. Beredningens uppdrag är att säkerställa och utveckla samverkan mellan Region Norrbotten och länets kommuner, fastställa gemensamma politiska styrdokument samt vara styrgrupp för länsstyrgruppen.

Vid granskning av Polsams protokoll för perioden januari 2023 till maj 2024 kan vi inte se att frågor rörande hemsjukvård har behandlats. Vid genomgång av protokoll framgår däremot att Polsam 2024-05-22 § 23 tog del av den utredning av hemsjukvårdsavtalet som ska genomföras hösten 2024. I protokoll framgår även att Polsam 2023-05-09 § 23 beslutade om att ändra beslutsnivån för riktlinjerna avseende samordnad individuell planering.



Länsstyrgruppen är regionens och kommunernas gemensamma styrgrupp på chefsnivå. Länsstyrgruppen hanterar samverkansfrågor och fastställer och följer länsövergripande överenskommelser och rekommendationer som därefter ligger till grund för lokala avtal och rutiner. Länsstyrgruppen har till uppdrag att säkerställa att samverkansformerna mellan parterna fungerar och förbättras inom prioriterade områden<sup>4</sup> samt att implementera och följa upp länsövergripande överenskommelser och rekommendationer. I länsstyrgruppen ingår divisionschefer från regionens hälso- och sjukvård och stab samt socialchefer och barn- och utbildningschefer från kommunerna. Samverkan sker även genom länsdelssamverkan på verksamhetsnivå inom de fem geografiska närsjukvårdsområdena samt inom kommunerna.

Vid genomgång av länsstyrgruppens minnesanteckningar för perioden februari 2023 till maj 2024 framgår att gruppen 2024-05-08 beslutat att genomföra en utredning av hemsjukvårdsavtalet utifrån de brister som uppmärksammats samt att en översyn av avtalet om läkarmedverkan i ordinärt boende ska göras.

Inom kommunförbundet Norrbottens Kommuner finns även olika former för beredning, nätverk och samverkansforum mellan kommunerna och regionen. Inom förbundets verksamhetsområde Social välfärd finns ett länsnätverk för kommunal hälso- och sjukvård. Nätverket leds av utvecklingsledare (för kommunal hälso- och sjukvård, äldreomsorg och länsamordnare Nära vård) som är anställd inom förbundet. Nätverket består av kommunernas hälso- och sjukvårdschefer samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Nätverkets syfte är att vara en arena för gemensamma initiativ för att driva utvecklingsfrågor inom den kommunala hälso- och sjukvården. Nätverket träffas tre till fyra gånger per år. Gällivare kommuns enhetschef för hemsjukvård och rehab samt MAS ingår i nätverket.

Det finns ett MAS-nätverk där samtliga MAS i länet ingår. Nätverket träffas cirka tre gånger per vecka och har gemensamma träffar med Norrbottens Kommuner några gånger per år. Aktuella frågor kopplade till patientsäkerhet hanteras inom nätverket. Gällivare kommuns MAS ingår i nätverket.

Det finns en gemensam förvaltningsorganisation för samordnad planering mellan Norrbottens Kommuner och Region Norrbotten. Syftet är att stödja verksamheterna inom länets 14 kommuner vad gäller samordnad individuell planering (SIP). Utgångspunkten för samverkan är ett gemensamt IT-stöd för informationsöverföring kring patienter, Lifecare SP. För arbetet med samordnad planering finns en egen styrgrupp som i sin tur leds av länsstyrgruppen som beskrivits ovan.

För att på en övergripande nivå ansvara för samordning och stöd vad gäller det gemensamma IT-stödet för samverkan och samordnad planering kring patienter så finns en utsedd *objektspecialist* för kommunerna och en för regionen. Objektspecialisterna har ett övergripande ansvar över IT-stödet inom den egna organisationen. Det finns även utsedda superanvändare inom kommunerna (inklusive privata aktörer inom vårdval

---

<sup>4</sup> Barn och unga, vård och omsorg av äldre, psykisk hälsa och främjande och förebyggande insatser.



primärvård), primärvården och slutenvården. Dessa har till uppgift att stödja personalen i sitt dagliga arbete i IT-stödet, hantera samverkansfrågor samt säkerställa informations- och kunskapsspridning. Slutligen finns det utsedda användarstöd inom respektive enhet inom kommunerna och regionen. Deras uppgift är att utbilda och även stödja personalen i sitt dagliga arbete i IT-stödet.

Samverkan inom samordnad planering sker enligt fastställd rutin i två forum, länsavstämningsgrupp samt verksamhetsgrupp. Länsavstämningsgruppen består av utsedda specialister för det gemensamma IT-stödet, superanvändare, från regionens närsjukvårdsområden samt från kommuner i respektive länsdel. Gruppen har till uppdrag att hantera mer länsövergripande frågor med fokus på samordnad planering vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Forumet avser bland annat att användas för att sprida goda exempel inom länsdelarna samt verka för ett gemensamt arbetssätt över hela länet. Förvaltningsledare från regionen och kommunförbundet är sammankallande. Träffarna sker vanligtvis en gång per månad.

Enligt uppgift från intervju med representanter från Norrbottens Kommuner har länsavstämningsgruppen upphört och ersatts med superanvändarträffar två gånger per år. Samtliga superanvändare från kommunerna och regionen bjuds in. Syftet uppges vara att fortsatt hantera länsövergripande frågor men att stärka samverkan och möjliggöra för superanvändarna att lyfta egna frågor.

Verksamhetsgruppen består av utsedda superanvändare från regionen och kommunerna som har till uppdrag att utreda och bereda ärenden som kommer från den egna verksamheten eller styrgruppen. Granskningen visar att mötena vanligtvis genomförs ett par gånger per termin och fokuserar på exempelvis förändringar i riktlinjer, testar nya idéer och liknande. Förvaltningsledarna för Norrbottens Kommuner och Region Norrbotten är sammankallande. Utöver objektspecialister och superanvändare uppges även olika berörda representanter från regionen och kommunerna medverka.

Vi har för granskningen träffat legitimerad personal inom hemsjukvården som är superanvändare i systemet. Det finns i dagsläget ingen biståndshandläggare i kommunens som är superanvändare i Lifecare SP. Inom ramen för granskningen kan vi inte styrka att det finns utsedda användarstöd i kommunen.

### **Samverkan på lokal nivå**

Granskningen visar att det även finns forum för samverkan på en lokal nivå. Gällivare kommun och regionen har samverkansmöten en gång per halvår samt på förekommen anledning. Deltagare från kommunen är MAS, enhetschef för hemsjukvård samt avdelningschef för hemsjukvården. Deltagare från regionen är företrädare från primärvården och slutenvården. Vid vissa tillfällen har även företrädare från psykiatri och akutvårdsavdelningen deltagit. Frågor som behandlas vid detta forum är bland annat frågor kopplat till planeringsunderlag samt strukturen kring till Nära vård. Intervjuade beskriver att mötesstrukturen för dessa träffar är otydlig och att det inte är fastställt vem som är sammankallande.

Vidare framgår att Gällivare kommun har en samverkansgrupp med regionen avseende Nära vård. Inom ramen för detta forum berörs flera frågor som också har koppling till hemsjukvård. Vid detta tillfälle deltar företrädare från kommunen samt företrädare från den regiondrivna hälsocentralen. Även företrädare från den privata hälsocentralen bjuds in, men uppges sällan delta.

Därutöver framgår av intervjuer att det sker samverkansmöten tillsammans med Laponia hälsocentral en till två gånger om året. Från hälsocentralen deltar läkare, sjuksköterskor och enhetschef för läkarna. Deltagare från kommunen är enhetschef för hemsjukvård och rehab samt representanter för legitimerad personal inom hemsjukvården.

### *Bedömning*

*Finns en fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå?*

#### **Delvis.**

Vår bedömning är att det finns en organisation för samverkan på övergripande och lokal nivå. Samtidigt ger intervjuade uttryck för att samverkansstrukturen på lokal nivå kan förbättras. Vi konstaterar även att samverkan inte sker med den privata hälsocentralen.

Vi konstaterar även att det finns samverkansstrukturer för det gemensamma it-stödet för kommunikation och informationsöverföring mellan huvudmännen. Vi anser dock att det bör säkerställas att biståndsenheten har en superanvändare för Lifecare SP samt att det finns utsedda användarstöd inom verksamheterna.

### **Rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång**

*Revisionsfråga 4: Finns rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång? Ex: rutin för meddelande till kommun om inskriven patient, information från huvudmännen till patienter och anhöriga, informationsöverföring mellan huvudmännen vid utskrivning och gemensam vårdplanering/SIP*

#### *Revisionell utgångspunkt*

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård reglerar bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutna vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Bland annat finns krav på upprättande av inskrivningsmeddelande från den slutna vården om den behandlade läkaren ser ett behov av insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården vid utskrivning. Detta för att kommunen ska kunna börja sin planering av de insatser för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och få sina behov tillgodosedda. Ett inskrivningsmeddelande ska ske senast 24 timmar från det att läkaren ser ett behov av gemensamma insatser vid utskrivning. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla beräknad tidpunkt för utskrivning.

Lagen ställer också krav på utskrivningsmeddelande i samband med att patienten skrivs

ut från den slutna vården. Ett utskrivningsmeddelande ska ske senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården. Om patienten efter utskrivning behöver insatser från båda huvudmännen och patienten godkänner det ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras. En kallelse till den samordnade individuella planeringen ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården. Krav på samordnad individuell planering finns även i patientsäkerhetslagen, hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

### *lakttagelser*

#### **Riktlinjer och rutiner för utskrivningsprocessen**

Granskningen visar även att förvaltningsorganisation för samordnad planering har tagit fram en gemensam riktlinje för samordnad individuell planering (daterad 2023-05-09). Riktlinjen utgår från hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagens krav om samordnad planering. Den är framtagen av länsstyrgruppen och behandlad i den politiska samverkansberedningen samt beslutad i regionsstyrelsen 2017-12-19 § 251. Riktlinjen reglerar organisation och ansvarsfördelning vid samverkan mellan huvudmännen och fastställer arbetssätt vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Bland annat klargörs vad som gäller avseende upprättande av inskrivningsmeddelande, framtagande av planeringsunderlag, ansvar för fast vårdkontakt, utskrivningsmeddelande, patientinformation samt former för samordnad individuell planering. Riktlinjen för samordnad planering fastställer att det ska upprättas lokala rutiner för den egna verksamheten som tydliggör ansvarsfördelningen inom verksamheten.

Granskningen visar att Gällivare kommun har upprättat en del rutindokument kopplat till utskrivningsprocessen. Vi har bland annat tagit del av dokumentet *Process för utskrivningsklara*<sup>5</sup>. Av dokumentet framgår kommunens uppdrag kring en utskrivningsklar patient samt ansvar och roller mellan de olika funktionerna inom kommunen, såsom exempelvis biståndsenheten, hemgångsteamet och hemsjukvården. Kortfattad beskrivning av hanteringen i Lifecare SP framgår även av dokumentet.

Utöver detta har vi tagit del av rutindokumentet *Checklista SIP hemsjukvården*, fastställt av enhetschef för hemsjukvård och rehab 2024-01-10. Av dokumentet framgår frågeställningar som ska behandlas vid möte med patienten inför upprättandet av SIP. Det framgår att en SIP ska upprättas inom tre till 21 dagar efter det att behov har uppmärksamrats.

Tillsammans med Jokkmokk, Kiruna och Pajala kommun har Gällivare kommun upprättat *Riktlinje utifrån hemsjukvårdsavtalet gällande kriterier för inskrivning i kommunal hemsjukvård i Norra länsdelen*. Riktlinjen utgår från hemsjukvårdsavtalet och förtydligar vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att en patient ska skrivas in i hemsjukvården. Riktlinjen är odaterad och det framgår inte på vilken nivå den är beslutad.

---

<sup>5</sup> Beslutad av arbetsgrupp för utskrivningsprocessen och är senast reviderat 2024-03-06.

## **IT-stöd för utskrivningsprocessen**

Norrbottens Kommuner och Region Norrbotten har ett gemensamt system för kommunikation och informationsöverföring vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, Lifecare SP. Sammantaget upplever de intervjuade att systemet Lifecare SP fungerar på ett tillfredsställande sätt för överföring av information och att systemet i sig är användarvänligt samt lätt att navigera i. Däremot beskriver intervjuade att innehållet i den information som lämnas i planeringsunderlaget kring patienter behöver utvecklas. Detta beskrivs nedan.

## **Inskrivningsmeddelande**

Enligt lagstiftning ska regionen så snart de har kännedom om att en patient är i behov av insatser från kommunen efter utskrivning meddela kommunen genom ett inskrivningsmeddelande.

Eftersom den information som finns i Lifecare startar med ett inskrivningsmeddelande så är det inte möjligt att via systemet få ut statistik på antalet inskrivningsmeddelanden som saknas eller om dessa upprättas sent. Uppfattning bland intervjuade är dock att regionen upprättar inskrivningsmeddelande så att planering för hemtagning och insatser kan påbörjas. Däremot beskrivs att inskrivningsmeddelandena ibland är väldigt kortfattade, vilket kan försvåra början av planeringen.

## **Upprättande av gemensamt planeringsunderlag**

Av riktlinjen för samordnad planering fastställs att planeringsunderlaget ska fyllas i av slutenvården inom 24 timmar efter det att inskrivningsmeddelandet är skickat, att planeringsunderlaget ska uppdateras så snart som möjligt när patientens tillstånd, behov eller resurser förändras samt att det av planeringsunderlaget ska framgå patientens bedömda behov av fortsatta insatser. Riktlinjer anger att vårdgivaren ska svara på de ja/nej frågor som ingår i planeringsunderlaget samt lämna kommentarer för att tydliggöra patientens bedömda behov.

Vid intervjuer med MAS, legitimerad personal och biståndshandläggare framgår att en av de främsta utmaningarna som anses föreligga i samverkan med regionen i utskrivningsprocessen avser den information om patientens fortsatta vårdbehov som framgår av planeringsunderlaget. Informationen som lämnas i planeringsunderlaget beskrivs vara av varierande omfattning och kvalitet. Uppfattningen bland legitimerad personal är att det överlag lämnas mer utförliga uppgifter om patientens behov vad gäller medicinska insatser än rehabiliteringsinsatser. Bristen på fullständiga planeringsunderlag uppges påverka kommunens förutsättningar att påbörja sin planering för hemtagning av patienter. Avsaknaden av information beskrivs även försvåra för biståndshandläggarna i deras utredning och bedömning.

Legitimerad personal och biståndshandläggare beskriver att de ofta får kontakta slutenvården för att efterfråga kompletterande information om patientens fortsatta vårdbehov. Förfrågan om information sker i första hand via systemet och sedan per

telefon. Det beskrivs även att det förekommer att biståndshandläggare måste ta kontakt med den enskilde eller anhöriga för att få nödvändig information om vilka fortsatta vårdbehov som finns. Sammantaget beskriver intervjuade att det är vanligt att informationen från slutenvården lämnas eller ändras nära inpå utskrivningsdatumet, vilket i praktiken innebär att planeringen från kommunens sida inte kan påbörjas i samband med att inskrivningsmeddelandet skickas från slutenvården.

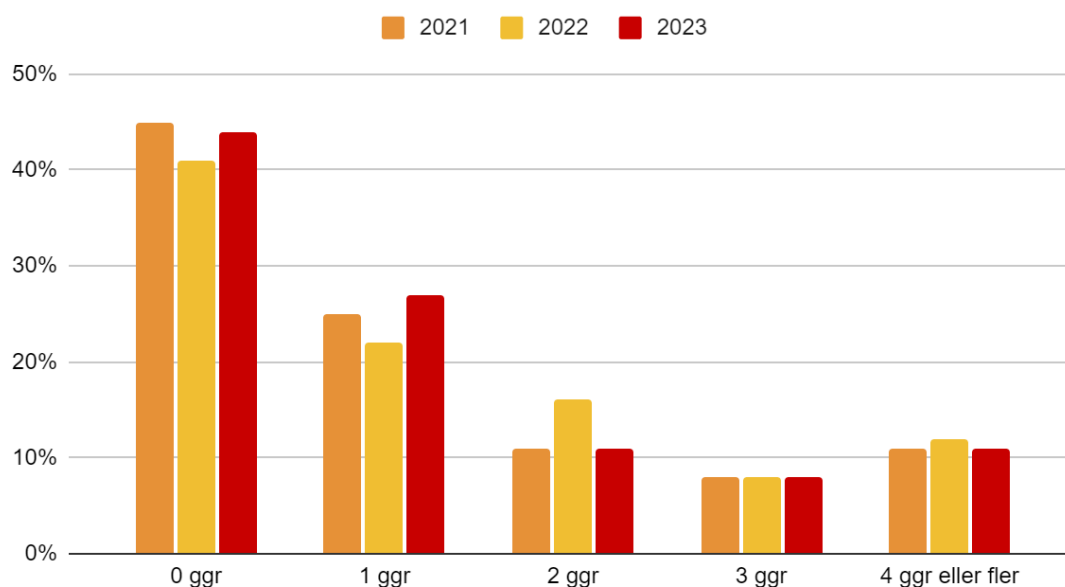
### **Meddelande om planerat utskrivningsdatum samt att patienten är utskrivningsklar**

När regionen registrerar en inkommen patient i Lifecare så registreras även ett planerat datum för utskrivning. En vanligt förekommande utmaning som beskrivs av de intervjuade är att patientens preliminära utskrivningsdatum som anges i inskrivningsmeddelandet flyttas fram flera gånger. Det förekommer även att preliminärt utskrivningsdatum flyttas tillbaka i tiden. Att utskrivningsdatumet flyttas flera gånger uppges få ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser, då kommunen exempelvis tagit ut hjälpmedel som in slutändan inte behövts samt att det blir svårt att planera personalresurser för hemtagning.

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av statistik som redogör för hur många gånger det preliminära utskrivningsdatumet har flyttats vid utskrivning från slutenvården till Gällivare kommun. Diagram 2 nedan redovisar andel ändringar av beräknat utskrivningsdatum från slutenvården för perioden år 2021 till 2023.

*Diagram 2: Andel ändringar av beräknat utskrivningsdatum till Gällivare kommun*

### Andel ändringar av beräknat utskrivningsdatum (%)



Av diagram 2 framgår att beräknat utskrivningsdatum för majoriteten av ärendena har ändrats en eller ingen gång under vårdtiden under perioden år 2021-2023. Statistiken visar även på en positiv trend där beräknat utskrivningsdatum som ändras en eller ingen gång har ökat under år 2023. Samtidigt har andelen ärenden där beräknat

utskrivningsdatum ändrats två gånger eller fyra gånger eller fler minskat mellan år 2022 och 2023.

### **Hantering av samordnad planering (SIP)**

I Lifecare registrerar slutenvården huruvida de ser ett behov av SIP och att patienten givit medgivande om detta. Hälsocentralerna tar ansvaret för att samordna planeringen och sammankallar till en SIP. Intervjuade beskriver att det inom Gällivare kommun finns en sjuksköterska med särskilt samordningsansvar som arbetar med SIP.

Processen för SIP kring patienter efter utskrivning beskrivs av intervjuade som välfungerande. Hälsocentralerna är sammankallande. Vid SIP-möten deltar hemsjukvården och biståndshandläggare på plats i hemmet. Representanter från hälsocentralen deltar digitalt eller per telefon. Upplevelsen bland legitimerad personal är att rehabiliteringspersonal inte kallas lika ofta till SIP som sjuksköterska. Det beskrivs även att det finns en utmaning med att bedöma i förväg om det finns ett behov av att arbetsterapeut eller fysioterapeut deltar vid SIP och att det förekommit att dessa professioner kallats till mötet utan att insatser från behövts.

### **Informationsöverlämning i samband med utskrivning**

Patientlagens 3 kap. 2b § reglerar information till patienter som skrivs ut från slutenvård. Patienten ska enligt lagen få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppna vården. Om information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen.

Enligt § 4 ska slutenvården, om informationen inte kan lämnas till patienten, i stället såvitt möjligt lämna information till en närstående till honom eller henne, såtillvida sekretess inte föreligger.

Vid intervju med legitimerad personal framgår att det inte är ovanligt att det förekommer att anhöriga inte har blivit informerade av slutenvården att patienten är utskrivningsklar då de tagit kontakt för att planera insatser inför hemgång. Upplevelsen är att anhöriga ofta blir upprörda över att informationen från slutenvården varit bristfällig och att det försvårar för anhöriga att vara tillgängliga vid hemgång då de exempelvis bor långt bort.

### **Utskrivningsklara patienter och betalningsansvar**

Vi har för granskningen tagit del av SKR:s statistik kring utskrivningsklara patienter i slutenvård<sup>6</sup>. Statistiken avser medelvårdtiden som utskrivningsklar för samtliga kommuninvånare vid ålder 18 år och äldre. För Gällivare kommun var medelvårdtiden som utskrivningsklar 2,5 dygn per maj 2024. För år 2023 och 2022 var medelvårdtiden 1,4 dygn respektive 1,5 dygn. För Norrbottens län var medelvårdtiden som

---

<sup>6</sup> Statistik över utskrivningsklara patienter och patienter i slutenvård. SKR:s webbplats: <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/vantetidsstatistikspecialiseradvard/utskrivningsklara/patienter.54395.html>

utskrivningsklar 2,2 dygn per maj 2024. För 2023 var medelvårdtiden 2,9 dygn och år 2022 var medelvårdtiden 2,5 dygn.

Norrbottnens Kommuner tar månatligen fram uppgifter om kommunernas betalningsansvar. Vi har för granskningen tagit del av uppgifter avseende kommunens betalningsansvar år 2022 till 2024 för patienter ineliggande i slutenvården.

*Tabell 1: Betalningsansvar år 2022-2024 för utskrivningsklara patienter ineliggande i slutenvården, Gällivare kommun*

Gällivare kommun	2022	2023	2024 (per augusti)
Antal dygn	189	183	96
Kostnad (kr)	1 757 700	1 921 500	1 113 600

Av tabell 1 framgår att kostnaderna år 2022 totalt uppgick till 1 757 700 kr, vilket motsvarar 189 dygn. År 2023 uppgick kostnaderna till 1 921 500 kr, motsvarande 183 dygn. Per augusti 2024 har Gällivare kommun betalningsansvar för 96 dygn, vilket motsvarar en kostnad om 1 113 600 kr. Utifrån de uppgifter vi tagit del av från kommunen noteras en diskrepans mellan kostnaderna som framgår i tabell 1 och de fakturor kommunen uppges ha granskat och skickat vidare för betalning. Enligt kommunen har Gällivare haft betalningsansvar för 26 dygn, motsvarande 348 000 kr.

### *Bedömning*

#### *Finns rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång?*

#### **Delvis.**

Vår bedömning är att det finns en formaliserad process och stöddokument mellan kommunen och regionen för att samarbeta kring enskilda patienter. Det finns även systemstöd för kommunikation och informationsöverföring som är i linje med lagstiftning.

Granskningen visar att vissa delar i processen kan utvecklas. Det gäller information om patientens fortsatta vårdbehov som lämnas av slutenvården i planeringsunderlaget samt informationsöverlämning i samband med utskrivning.

Statistik visar att antalet dygn avseende utskrivningsklara patienter ineliggande i slutenvården är strax under 200 dygn per år, och har legat relativt oförändrat mellan år 2022 och år 2023. I sammanhanget bör noteras att det finns en diskrepans mellan de uppgifter vi fått del av från Norrbottens Kommuner och Gällivare kommun avseende kostnader kopplat till betalningsansvar.

Statistiken visar även en positiv trend där beräknat utskrivningsdatum som ändras av slutenvården två gånger samt fyra gånger eller fler har minskat under år 2022 och 2023 jämfört med tidigare år



## System och forum för uppföljning, avvikelser och förbättringar

*Revisionsfråga 5: Finns fungerande system och forum för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera uppföljning, avvikelser och arbeta med förbättringar?*

### *lakttagelser*

Som beskrivits under revisionsfråga 1 fastställer hemsjukvårdsavtalet på vilken nivå tvister mellan huvudmännen ska hanteras. Granskningen visar även att det finns forum på lokal nivå för att hantera samverkansfrågor som upplevs fungera i varierande grad. Intervjuade uppger att det i dessa forum återkommande förs diskussioner avseende tolkning och efterlevnad av gällande avtal.

Granskningen visar att det finns en struktur för forum och stödfunktioner inom förvaltningsorganisationen för samordnad planering för att hantera frågor kopplat till problem- och förbättringsområden kopplat till systemanvändandet och informationsöverföring. Riktlinjen för samordnad planering reglerar att uppföljning av avvikelser som berör samarbetet mellan huvudmännen ska hanteras i samverkansorganisationen på respektive nivå (länsavstämningsgrupp/ verksamhetsgrupp).

Granskningen visar att det inte finns något gemensamt system mellan kommunen och regionen för att hantera avvikelser. Avvikelser upprättas i kommunens respektive regionens egna avvikelssystem. Av intervjuer framgår att MAS hanterar och följer upp inkommande och utgående avvikelser. Kommunens uppges sällan få någon återkoppling för de avvikelser som upprättats till regionen.

I patientsäkerhetsberättelsen<sup>7</sup> för 2023 framgår sammanfattning av rapporterade avvikelser under året. Det framgår att det totalt har rapporterats 971 avvikelser under år 2023. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår att antalet avvikelser generellt har minskat under året. En anledning till detta beskrivs vara införande av ett nytt verksamhetssystem. Intervjuade beskriver att de utöver upprättade avvikelser, både interna och externa, inte följer någon annan statistik med koppling till samverkan.

Vid intervjuer framkommer att det förekommer att kommunen ibland bestrider fakturor där de anser att betalningsansvaret inte är motiverat. Det är MAS som hanterar detta och som också granskar fakturorna vid betalningsansvar.

Som nämnts tidigare tar Norrbottens Kommuner tar månatligen fram uppgifter om kommunernas betalningsansvar.

Vi har för granskningen efterfrågat statistik avseende bestridande av betalningsansvar för Gällivare kommun för perioden mars 2022 till april 2024. Enligt uppgift från kommunen har ingen faktura kunnat bestridas under år 2023 och 2024. Under år 2022 bestred kommunen en faktura, men bestridan avlogs.

---

<sup>7</sup> SN 2024-02-29 § 23



Vi har för granskningen även tagit del av bestridande av betalningsansvar för Norrbottens län, vilket framgår av tabell 2 nedan.

*Tabell 2: Bestridande av betalningsansvar för perioden mars 2022 till april 2024, Norrbottens län*

Norrbottens län	2022	2023	2024
Dygn	34	70	52
Kostnad (kr)	316 200	735 000	603 200

Av tabell 2 framgår bestridande av betalningsansvar för Norrbottens län från mars 2022 till april 2024. För år 2022 bestreds fakturor till ett belopp av 316 200 kr, vilket motsvarar 34 dygn i slutenvården. För år 2023 var detta belopp 735 000 kr, motsvarande 70 dygn och fram till april 2024 har fakturor till ett belopp av 603 200 kr bestridits, vilket motsvarar 52 dygn.

#### *Bedömning*

*Finns fungerande system och forum för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera uppföljning, avvikelser och arbeta med förbättringar?*

#### **Delvis.**

Vår bedömning är att det finns forum för samverkan på lokal nivå, men baserat på bedömning av revisionsfråga 3, att den samverkan kan stärkas för att arbeta med uppföljning, avvikelser och förbättringsfrågor.

Vi konstaterar även att det saknas systemstöd som är gemensamt för kommunerna och regionen systematiskt hantera avvikelser. Granskningen ger även indikationer på att återkopplingen på upprättande avvikelser mot regionen är låg.

Vi anser även, utifrån bedömning i revisionsfråga 1 och 2, att de brister gällande gränsdragning och tolkningsutrymme som finns för avtalen påverkar möjligheten för kommunen att tillsammans med regionen arbeta med förbättringsfrågor.

# Samlad bedömning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gällivare kommun genomfört en granskning av samverkan inom hemsjukvården och processen kring utskrivningsklara. Granskningens syfte har varit att granska huruvida socialnämnden har säkerställt en ändamålsenlig samverkan med Region Norrbotten avseende hemsjukvård med fokus på processen för utskrivningsklara patienter, samt ifall den interna kontrollen i sammanhanget är tillräcklig.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att socialnämnden **inte helt** har säkerställt en ändamålsenlig samverkan med Region Norrbotten avseende hemsjukvård med fokus på processen för utskrivningsklara patienter. Den interna kontrollen i sammanhanget bedöms **inte helt** vara tillräcklig.

## Rekommendationer

Efter genomförd granskning lämnas följande rekommendationer till socialnämnden:

- Att socialnämnden tillsammans med länets kommuner driver frågan om att revidera avtal avseende hemsjukvård i syfte att tydliggöra ansvarsfördelning och skapa samsyn mellan huvudmännen.
- Att socialnämnden säkerställer att framtida avtal omfattar den flexibilitet och långsiktighet som krävs för en hållbar utveckling av samverkan mellan kommunen och regionen. Det kan innebära att revideringen av avtalet kräver översyner av väsentliga områden som exempelvis ersättningsmodeller och hantering av Lag (2017:612) om samverkan kring utskrivningsklara inklusive modellen för betalningsansvar.
- Att socialnämnden säkerställer att det finns en struktur för samverkan på lokal nivå med fokus på att utvärdera kommunens och regionens förmåga till samverkan och utveckling av processerna.
- Att socialnämnden, i samverkan med regionen, följer upp och analyserar orsaker bakom upprättande avvikelser och identifierade utvecklingsområden. Detta för att säkerställa en trygg och säker hemgång för patienten.
- Att socialnämnden säkerställer att det finns utsett användarstöd i organisationen för det gemensamma it-stödet Lifecare SP.

## Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Finns dokumenterade och aktuella avtal och överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan mellan regionen och kommunen?	<b>Nej</b> De avtal som finns mellan regionen och kommunen är till del dokumenterade, men är inte aktuella och i behov av revidering. Granskningen kan inte verifiera att det skett någon strukturerad utvärdering eller revidering av avtalet sedan det upprättades 2013.	
2. Genomförs uppföljningar av gällande avtal och överenskommelser?	<b>Nej</b> Bedömningen är att det, utöver den utvärdering som genomförts 2016, inte genomförts uppföljningar av gällande avtal.  Vi ser det som positivt att frågan kring ansvarsfördelning och gränsdragning i sin helhet mellan huvudmännen kommer att behandlas inom Norrbottens Kommuner under hösten 2024.	
3. Finns en fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå?	<b>Delvis</b> Bedömningen är att det finns en organisation för samverkan på övergripande och lokal nivå. Samtidigt ger intervjuade uttryck för att samverkansstrukturen på lokal nivå kan förbättras. Det konstateras även att samverkan inte sker med den privata hälsocentralen. Det finns samverkansstrukturer för det gemensamma IT-stödet för kommunikation och informationsöverföring mellan huvudmännen. Vi anser dock att det bör säkerställas att biståndsenheten har en superanvändare för Lifecare SP samt att det finns utsedda användarstöd inom verksamheterna.	

---

4. Finns rutiner, processer och arbetssätt för en trygg och säker hemgång? Ex: rutin för meddelande till kommun om inskriven patient, information från huvudmännen till patienter och anhöriga, informationsöverföring mellan huvudmännen vid utskrivning och gemensam vårdplanering/SIP

#### **Delvis**

Bedömningen är att det finns en formaliserad process och stöddokument mellan kommunen och regionen för att samarbeta kring enskilda patienter. Det finns även systemstöd för kommunikation och informationsöverföring som är i linje med lagstiftning.

Vidare bedöms att vissa delar i processen kan utvecklas. Det gäller information om patientens fortsatta vårdbehov som lämnas av slutenvården i planeringsunderlaget samt informationsöverlämning i samband med utskrivning.



---

5. Finns fungerande system och forum för att gemensamt mellan kommunen och regionen hantera uppföljning, avvikelser och arbeta med förbättringar?

#### **Delvis**

Bedömningen är att det finns forum för samverkan på lokal nivå, men att den samverkan kan stärkas för att arbeta med uppföljning, avvikelser och förbättringsfrågor.

Det saknas systemstöd som är gemensamt för kommunerna och regionen för att systematiskt hantera avvikelser. Granskningen ger även indikationer på att återkopplingen på upprättade avvikelser mot regionen är låg. Vi anser även att de brister gällande gränsdragning och tolkningsutrymme som finns för avtalen påverkar möjligheten för kommunen att tillsammans med regionen arbeta med förbättringsfrågor.



2024-10-01

Erik Jansen

Michaela Nyman

---

*Uppdragsledare*

---

*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Gällivare kommun enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från den 2024-03-04. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.