



Fördjupning tröskelprincipen och ansvarsövertag

Framtagen av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/
socialförvaltningen

Datum 2025-08-21

Ärendenr SON 2024/601, HSN 2024/881

Version [1.0]

Fördjupning tröskelprincipen och ansvarsövertag Innehåll

1. Bakgrund	2
1.1 Syftet för hela uppdraget	4
1.2 Metod	4
2. Resultat	4
2.1 Samlad omvärldsgenomgång	4
2.2 Hälso- och sjukvård i hemmet på Gotland idag	5
2.3 Utifrån den omvärldsanalys som genomförts föreslås följande:	6

1. Bakgrund

Under 2024 genomförde KPMG, på uppdrag av Region Gotlands revisorer, en granskning av samverkan i hemsjukvården. I granskningen identifierades att hälso- och sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen har olika syn på dimensionering av hemsjukvården. KPMG lämnade rekommendationen att nämnderna borde *definiera tolkning av tröskelprincipen*. I sitt svar angav förvaltningarna att det i första hand behövs en politisk samsyn kring var patienternas behov ska mötas givet den demografiska utveckling som Gotland står i/inför. Utifrån en sådan samsyn bedömer förvaltningarna att det finns förutsättningar att tillsammans förtydliga kriterier/principer som utgår från individen.

Därefter har frågan hanterats i hälso- och sjukvårdsnämnden och socialnämnden under början av 2025. Hälso- och sjukvårdsnämnden och socialnämnden gav då förvaltningarna i uppdrag att återkomma med en plan för en *gemensam fördjupning med fakta och jämförelser med andra regioner i nuläge, framtidsbild och scenarier med konsekvensanalys med koppling till tröskelprincipen*.

I tjänsteskrivelsen till februarimötet står under bedömning att: ”Förvaltningarna anser att det finns ett värde att följa övriga kommuner/regioners arbete med nya hemsjukvårdsavtal, men bedömer det rimligt att kunna återkoppla **en samlad omvärldsanalys till** gemensamt arbetsutskott i september”. En samlad jämförelse tillsammans med förslag presenteras i denna delrapport. Resterande delar i uppdraget ska redovisas vid första gemensamma arbetsutskottet 2026.

Tröskelprincip

Begreppet tröskelprincip är problematisk då det inte är en term som definieras i socialstyrelsens termbank och därmed öppnar upp för olika tolkningar. Den vanligaste betydelsen innebär att de personer som kan ta sig till vårdcentralen får hälso- och sjukvårdsinsatser från regionen. Hälso- och sjukvård i hemmet är förbehållet dem som av hälsoskäl inte kan ta sig till vårdcentralen.

Tröskelprincipen omprövas nu i flera regioner eftersom den inte passar ihop med utvecklingen av en personcentrerad vård. Trenden är att gå mot mer individualiserade bedömningar och utgå från individens behov i varje enskilt fall.

I hemsjukvårdens nuvarande uppdrag och kvalitetskrav står att ”Hemsjukvård gäller utan avgränsning vad gäller fysiska eller psykiska sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Den riktar sig till personer som är i behov av hälso- och sjukvård i det egna hemmet och som på grund av sjukdom, funktionsnedsättning eller social situation inte kan uppsöka vårdcentral eller mottagning”. Tröskelprincipen används inte i socialförvaltningens nuvarande skrivning men lever kvar ute i verksamheter och i vissa dokument.

Primärvård är en vårdnivå

SKR beskriver i sin rapport *Specialiserad vård i hemmet* (2022, sid 6) att primärvården (regionens primärvård och de kommunala HSL-verksamheterna HSV, SÄBO, OOF) är basen och navet i vården och ansvarar för större delen av den hälso- och sjukvård som ges i hemmet. Efter lagändring 2021 definieras primärvårdens uppdrag som att svara för behovet av 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 har tydliggjorts att primärvårdens uppdrag inte är begränsat till enkla, okomplicerade insatser utan att primärvården även svarar för att ge mer kvalificerad vård. Det är viktigt att skilja på ordinations-/föreskrivningsnivå och utförarnivå. Utförandet kan vara på primärvårdsnivå även om ordinationen kommer från den specialiserade vården.

Oskarpa gränser som förändras över tid

Gränsen mellan primärvård och specialiserad vård bestäms av om det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Denna gräns är oskarp och förändras i takt med den medicinska utvecklingen som möjliggör för allt fler personer att få vård i hemmet. Exakt vilka insatser som kan ges i hemmet och vilken huvudman som har ansvar för vad, framgår inte av lag. En ledstjärna bör vara att vården i hemmet ska vara god och säker samtidigt som hänsyn tas till patientens önskemål. I relation till den oskarpa gränsen blir prioriteringar nödvändiga. Så väl på individnivå som på övergripande nivå. Övergripande transparent arbete med prioriteringar som underlättar beslut i det kliniska arbetet kommer att vara centralt.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att vården utformas utifrån den enskilda individens behov, resurser och preferenser, snarare än enbart utifrån sjukdomen eller diagnosen. Socialstyrelsen betonar vikten av att vården ska vara personcentrerad och att patienten ska vara aktivt delaktig i sin egen vårdprocess.

De fasta kontakterna inom vård och omsorg är fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt. Tillsammans utgör de infrastrukturen för personcentrerat arbete. Syftet med dessa roller är att tillgodose patientens behov av medicinsk bedömning och behandling, trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet uppfylls i kontakter med vården och omsorgen. De fasta kontakterna har olika kompetenser och kompletterar varandra. Genom samverkan skall de fasta kontakterna arbeta för en gemensam överenskommelse med patienten där den centrala delen i uppdraget är att stötta patienten utifrån dennes behov.

Lagrådsremiss "Nästa steg för en god och nära vård", publicerad 250605

Lagändringarna föreslås träda i kraft 260701.

Regeringen föreslår ändringar i tandvårdslagen, patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Förslagen ska främst tydliggöra primärvårdens uppdrag och ansvar samt stärka tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård.

Förslagen innebär bland annat:

- Det förtydligas att region och kommun ska samverka med varandra i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.
- Det förtydligas att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov.
- Det införs krav på att det ska finnas en medicinskt ansvarig för rehabilitering i kommunen.
- Det förtydligas att en medicinsk bedömning av läkare och sjuksköterska vid behov ska erbjudas oavsett tid på dygnet i kommunal hälso- och sjukvård.
- Termen hemsjukvård tas bort och ersätts i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet.

- Informationskravet i förhållande till patienten stärks. En patient ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt samt hur patienten kan komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt, sin fasta läkarkontakt och sina vårdenheter.

Beslut i Regionstyrelsen juni 2025 som kan komma att påverka detta arbete

”Regionstyrelsen får i uppdrag att se över styrkor och utmaningar i hemsjukvården idag samt utreda om hemsjukvårdens hemvist framåt bör finnas hos socialnämnden eller hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån både patientnytta och effektivitet. Uppdraget återrapporteras till budgetberedningen 2026.”

1.1 Syftet för hela uppdraget

Utifrån individens behov enas om gemensamma kriterier för inskrivning i hemsjukvård, samt ansvarsövertag av läkemedel, vilket ger grunden för framtida dimensionering både i hemsjukvården och på vårdcentralerna.

1.2 Metod

En omvärldsgenomgång har genomförts och processats i arbetsgruppen. Hemsjukvårdsavtal och/eller överenskommelser gällande kommunal hälso- och sjukvård från 11 län/regioner har granskats och sammanställts; Kalmar, Jönköping, Västra Götaland, Norrbotten, Västerbotten, Kronoberg, Västernorrland, Örebro, Östergötland, Dalarna och Blekinge.

Dessutom har kontakt tagits med följande kommuner; Växjö, Uddevalla, Boden, Göteborgs stad, Malung/Sälen och Öckerö.

Materialet har därefter kompletterats med hur det ser ut på Gotland idag.

En mindre arbetsgrupp med representation från hemsjukvård, kvalitetsenhet i SOF och egenregins primärvård i HSF har arbetet fram delrapporten. Sammanhållande har varit samverkansledare.

2. Resultat

Önskvärt vore om patientens behov styrde var insatsen ges och inte organisation och ekonomiska ersättningsmodeller. Det är därför avgörande med samsyn på högsta nivå kring utformning av organisation och ersättningsmodeller så att det underlättar för medarbetarna att ta ansvar för ett personcentrerat arbetssätt. Idag hamnar enskilda medarbetare i diskussioner utifrån oklarheter på en övergripande nivå.

2.1 Samlad omvärldsgenomgång

I flera av de kontaktade länen/regionerna har en översyn hemsjukvårdsavtal nyligen genomförts, eller så är de mitt i en översyn.

Vad ser vi i jämförelserna med Gotland?

- 8/11 erbjuder hemsjukvård till alla med behov, oavsett ålder. Övriga har åldersgräns på 18 år.
Gotland har ingen åldersgräns utan utgår från behov.
- 7/11 använder sig av tröskelprincipen. Övriga där man frångått tröskelprincipen är utgångspunkten fortfarande att personer i första hand ska söka sig till regionens mottagningar men man ser mer på individens behov i stort, inte endast fysiska

svårigheter att ta sig till en mottagning.

På *Gotland* används inte begreppet i socialförvaltningens nuvarande skrivning men lever till viss del kvar ute i verksamheter och i en del dokument.

- Vem som får besluta om inskrivning i hemsjukvård skiljer sig mellan avtalen. Det kan ske antingen vid en så kallad vårdplanering, i två län är det läkaren som beslutar och i övriga är det kommunen som beslutar.

På *Gotland* har hemsjukvårdens sjuksköterskor tolkningsföreträdare gällande inskrivning i hemsjukvård om parterna inte ser lika på situationen.

- I en del avtal beskrivs det att regionen har ansvar för den specialiserade vården i hemmet men att kommunen kan vara utförare av vården.

På *Gotland* utför hemsjukvården insatser i hemmet för de patienter som är inskrivna i palliativa teamet och som har behov av specialiserad palliativ vård i hemmet.

2.2 Hälsa- och sjukvård i hemmet på Gotland idag

Hemsjukvården

Hemsjukvården på Gotland omfattar hälsa- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå inklusive rehabilitering och habilitering. Hemsjukvården ansvarar även för rehabiliteringsinsatser på särskilt boende (Region Gotlands egen regi), habiliterings- och rehabiliterings insatser på basnivå för personer med beslut utifrån Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), samt sjuksköterskeinsatser på kvällar och nätter inom ordinärt boende, särskilt boende (egen regi) och bostad med särskild service inom LSS. Hemsjukvårdens kväll- och nattorganisation arbetar även på uppdrag av 1177 i mån av tid och samarbetar med allmänläkare i beredskap.

I hemsjukvårdens uppdrag och kvalitetskrav, som är beslutade av socialnämnden, har benämningen tröskelprincipen tagits bort och hemsjukvård beskrivs istället på följande sätt; ”Hemsjukvård gäller utan avgränsning vad gäller fysiska eller psykiska sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Den riktar sig till personer som är i behov av hälsa-och sjukvård i det egna hemmet och som på grund av sjukdom, funktionsnedsättning eller social situation inte kan uppsöka vårdcentral eller mottagning.”

För inskrivning i hemsjukvården krävs en skriftlig beställning från hälsa- och sjukvårdens primärvård eller specialiserad vård, såväl öppen som sluten. Hemsjukvårdens sjuksköterskor har tolkningsföreträdare gällande inskrivning i hemsjukvård då parter inte ser lika på situationen. Enstaka hembesök från arbetsterapeut och/eller fysioterapeut/sjukgymnast behöver inte föregås av skriftlig beställning. I hemsjukvårdens *nuvarande rutin* för in- och utskrivning beskrivs kriterierna sammanfattningsvis på följande sätt:

Patienternas behov (ett av följande kriterier behöver uppfyllas)

- Patienten ska ha behov av planerade sjukvårdsinsatser i hemmet som är sammanhängande över tid.
- Patienten ska ha betydande svårigheter att ta sig till vårdcentral på grund av fysiska, psykiska eller kognitiva besvär och hemsjukvårdsåtgärden ska utföras i den enskildes bostad.
- Så pass infektionskänslig att det innebär en risk att besöka vårdcentral.
- Åtgärderna kan genomföras på ett patientsäkert sätt.
- Behov av hembesök av läkare behöver diskuteras på rond.

Inskrivning ska alltid föregås av en samordnad individuell planering (SIP).

Utskrivningskriterier

- Behov av sammanhängande hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet enligt ovan har upphört.
- Patienten kan besöka vårdcentral eller mottagning utan betydande besvär.
- Patienten har vid mer än 3 tillfällen inte varit hemma på avtalad tid, vilket lett till svårighet för hemsjukvården att utföra sjukvård i hemmet.

Vårdcentraler

Läkarinsatser inom hemsjukvård regleras i *Ramverk för primärvård och primärvårdsnära tjänster*. Ansvaret för sammanhållen hemsjukvård åligger socialnämnden. Ansvaret för läkarinsatser har vårdcentralen för dess listade patienter. Vårdcentralen skall avsätta tillräckliga resurser så att hemsjukvård, även genom hembesök av distriktsläkare, erbjuds patienterna oavsett boendeform.

Som hemsjukvårdspatient räknas listad som är registrerad som mottagare av hemsjukvård.

2.3 Utifrån den omvärldsanalys som genomförts föreslås följande:

- Begreppet tröskelprincipen tas bort, helt och hållet, och ersätts av den beskrivning som finns i ”Ramverket för samverkan skola, vård och omsorg”.
”Hemsjukvården ska erbjuda en trygg, personcentrerad och säker vård dygnet runt till invånare som på grund av sjukdom, funktionsnedsättning eller social situation inte kan ta sig från hemmet till vårdcentral eller mottagning på egen hand eller med stöd, utan stora påfrestningar eller olägenheter. Hemsjukvård ska även erbjudas när det ger mervärde för patientens fortsatta vård, omsorg och rehabilitering. Mervärde kan innebära ökad patientsäkerhet, delaktighet och trygghet för den enskilde. Det kan också innebära ökad möjlighet till teamsamverkan kring patienten, ökad möjlighet att bedöma behov, göra riskbedömningar samt ge bättre effekt av vård och rehabiliteringsinsatser. Vad som blir bäst för patienten/brukaren är utgångspunkten. Hemsjukvård gäller utan avgränsning vad gäller fysiska eller psykiska sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Grunduppdraget är basal hemsjukvård, dvs. på primärvårdsnivå.”

Dessutom har följande identifierats:

- För att ha en välfungerande samverkan runt patienten mellan berörda verksamheter i hälso- och sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen föreslås att en *gemensam ledning* tillskapas.
- Region Gotland behöver se över *taxor/avgifter* så att dessa harmonierar och inte styr var vården ges.
Det gäller taxor/avgifter i såväl hemsjukvård, hemtjänst som på vårdcentral. Dagens ersättningsmodeller och olika typer av budget försvårar samarbete och patientnytta. Det blir både orättvist för patienten och kostnadsdrivande, bland annat i form av stor administration.
- Vem som får *besluta om inskrivning* i hemsjukvård skiljer sig mellan avtalen. Då detta är en fråga som ibland leder till meningsdiskussioner här på Gotland behöver det tydliggöras i det fortsatta arbetet. Redan idag ska en inskrivning i hemsjukvården föregås av en SIP.
- *Ansvarsövertag och egenvård* behöver diskuteras, definieras och tydliggöras på ett samlat sätt. Tydliggörande av skillnaden mellan ansvarsövertag och egenvård samt innebörden av egenvård enligt egenvårdslagen krävs för att kunna utföra en personcentrerad vård och inte för tidigt ta ifrån den enskildes autonomi.

- Tydliggöra processen för *inskrivning och utskrivning i hemsjukvård*. Här ingår att kunna se i respektive verksamhetssystem vilka patienter som är inskrivna och att hemsjukvården och vårdcentralen har samma uppgifter.
- Ta fram en gemensam *medicinsk prioritering* av patienter mellan vårdcentral och hemsjukvård. Det behöver även vara samma syn/hantering mellan de olika vårdcentralerna.
- Fortsatt arbete kring *fasta kontakterns uppdrag*.
- Enas om vilka *kvalitetsindikatorer* som ger bäst förutsättning för att utvärdera arbetet.
- En annan observation arbetsgruppen gjort är att behovet av *specialiserad vård i hemmet* kommer öka på Gotland. Att hitta en modell för hur patienter med behov av specialiserad vård i hemmet ska tas omhand har också tidigare identifierats i andra uppdrag, men det finns inget aktuellt pågående uppdrag just nu. I dagsläget är det endast möjligt för patienter som är inskrivna i palliativa teamet att få avancerad vård i hemmet.

I kommande slutrapport redovisas resterande delar av uppdraget; *framtidssbild och scenarier med konsekvensanalys med koppling till tröskelprincipen*.

Utifrån den väl kända demografiska- och tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvård är det viktigt att ha ett långsiktigt perspektiv för att kunna möta både nuvarande och framtidens patienters behov av sjukvård i hemmet. För att åstadkomma ett stabilt system som möjliggör personcentrerat arbete med kontinuitet är det centralt att förslagen ovan sker i samklang med den förvaltningsövergripande riktlinjen om fasta kontakter i vård och omsorg liksom den lagrådsremiss med förslag på nästa steg i omställningen till en god och nära vård.