

Utredning av hemsjukvårdens hemvist i Region Gotland

April 2026

Innehållsförteckning

1. SAMMANFATTNING	3
2. BAKGRUND	4
3. HEMSJUKVÅRDENS ORGANISERING I REGION GOTLAND.....	6
3.1. HEMSJUKVÅRDENS UPPDRAG OCH GRÄNSSNITT.....	6
4. STRUKTURELLA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SAMVERKAN I HEMSJUKVÅRDEN	8
<i>Informationsöverföring och journalsystem</i>	<i>9</i>
<i>Ekonomiska incitament och ansvar.....</i>	<i>9</i>
<i>Variation i arbetssätt mellan verksamheter</i>	<i>9</i>
5. NULÄGESKARTLÄGGNING AV HEMSJUKVÅRDEN	9
<i>Tre centrala meningsskiljaktigheter mellan förvaltningarna</i>	<i>10</i>
<i>Resurseffektivitet.....</i>	<i>10</i>
<i>Samverkan som grundförutsättning</i>	<i>11</i>
<i>Gränssnitt och samverkansutmaningar</i>	<i>11</i>
<i>Patientnytta och kvalitet</i>	<i>12</i>
6. OMVÄRLDSANALYS AV HEMSJUKVÅRDENS NUVARANDE ORGANISERING OCH ANSVARSFÖRDELNING.....	13
6.1. ORGANISERING AV HEMSJUKVÅRD.....	13
6.2. OMVÄRLDSANALYSENS BETYDELSE FÖR NULÄGET I REGION GOTLAND.....	15
7. GEMENSAM ARBETSORDNING FÖR VÅRD I HEMMET	15
<i>Inriktning och huvudsakligt innehåll</i>	<i>15</i>
8. ANALYS AV ORGANISATORISK FLYTT TILL HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRVALTNINGEN	16
8.1. FÖRÄNDRADE GRÄNSSNITT OCH STRUKTURER	16
8.2. OPERATIVA KONSEKVENSER AV EN ORGANISATORISK FLYTT	18
<i>Osäkerheter i utfall</i>	<i>18</i>
8.3. SAMLAD ANALYS AV KONSEKVENSERNA AV EN ORGANISATORISK FLYTT	19
8.4. SAMLAD BEDÖMNING.....	19
8.5. SAMLAD PRIORITERING FRAMÅT	21
9. REKOMMENDATION.....	22
BILAGOR.....	23
INTERVJULISTA.....	23
INTERVJUFRÅGOR	24
REFERENSER.....	26
BEGREPPSLISTA	28

1. Sammanfattning

Denna rapport sammanfattar en utredning av huruvida Region Gotlands hemsjukvård skulle gynnas av en organisatorisk flytt från socialförvaltningen till hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Utredningen ska undersöka om en organisatorisk flytt skulle kunna stärka patientnytta, kvalitet, samverkan och resurseffektivitet inom hemsjukvården.

Utredningen visar att hemsjukvården i huvudsak fungerar väl enligt både medarbetare och patienter. Däremot återfinns strukturella utmaningar inom nuvarande system som försvårar samverkan mellan de verksamheter som verkar i patientens hem. Olika bedömningar kring inskrivning i hemsjukvården och tolkningen av tröskelprincipen lyfts som särskilt utmanande och bidrar till en ojämlik patientvård. Tröskelprincipen är central för att avgöra vilka patienter som ska erhålla sina hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet, och utgår från patientens möjlighet att ta sig till vårdcentralen. Utredningen påvisar även geografiska skillnader inom Region Gotland som påverkar hemsjukvårdens förutsättningar i stort. Många av de identifierade utmaningarna är kända sedan tidigare och hanteras delvis redan genom pågående utvecklingsarbete.

Parallellt med pågående utredning har Region Gotland även beslutat om en gemensam arbetsordning för vård i hemmet. Arbetsordningen syftar till att tydliggöra hur ansvar och arbetssätt tillämpas i praktiken och adresser flera av de identifierade utmaningar såsom inskrivning och ansvarsfördelning. Arbetsordningen är under implementering och utgör ett pågående utvecklingsarbete och en etablerad inriktning inom nuvarande struktur, och bedöms vara central för den fortsatta utvecklingen av hemsjukvårdens funktion.

Analysen visar att en organisatorisk flytt till hälso- och sjukvårdsförvaltningen skulle innebära förändrade och förstärkta gränssnitt, ökade krav på samverkan, risker i det patientnära arbetet samt implementeringsutmaningar. En organisatorisk flytt i sig minskar inte systemets komplexitet och utmaningar utan omfördelar dessa, medan nuvarande problem kvarstår i andra delar av systemet. Det finns således inga tydliga belägg för att en omorganisering skulle lösa de utmaningar som framkommit i utredningen. Analysen indikerar däremot att en organisatorisk flytt till hälso- och sjukvårdsförvaltningen sannolikt skulle medföra risker för det patientnära arbetet som i dag bedrivs mellan hemtjänst och hemsjukvård, vilket bedöms vara en central förutsättning för en sammanhållen vård i hemmet.

En organisatorisk flytt till hälso- och sjukvårdsförvaltningen skulle kunna stärka hemsjukvårdens funktion. Läkare skulle få större inflytande i bedömningar och vårdplanering, vilket skulle leda till kortare beslutsvägar mellan läkare och sjuksköterskor och en förbättrad medicinsk styrning. Samtidigt skulle en organisatorisk förändring kunna leda till mer effektiv resursfördelning och bättre samordning mellan hemsjukvård och vårdcentralerna.

Den samlade bedömningen är att flera centrala problemområden kvarstår oavsett organisatorisk placering och att en organisatorisk förändring främst omfördelar snarare än minskar nuvarande utmaningar. Risken med en flytt är att välfungerande delar påverkas utan att tydligt säkerställda förbättringar kan påvisas. Därför bedöms

en förändring av hemsjukvårdens organisatoriska hemvist inte vara en proportionerlig eller ändamålsenlig lösning.

För att kunna upprätthålla en sammanhållen vård i hemmet bedöms det patientnära arbetet mellan hemtjänst och hemsjukvård vara centralt. En organisatorisk flytt riskerar att påverka den del av vårdkedjan som idag fungerar väl för patienten. Rekommendationen är därmed att Region Gotlands hemsjukvård bör kvarstå inom socialförvaltningens organisering och att Region Gotland bör vidareutveckla befintlig struktur och pågående utvecklingsarbete för att stärka samverkan, resurseffektivitet och patientnytta inom hemsjukvården.

2. Bakgrund

Gotland står inför utmaningar då andelen äldre kraftigt ökar och antalet barn, unga och personer i arbetsför ålder minskar (Region Gotland, 2026, *Demografisk utveckling*). Den demografiska utvecklingen sätter press på vård- och omsorgen då vårdbehovet blir allt större hos den åldrande befolkningen med ökade krav på tillgänglighet och effektivitet.

Region Gotland är formellt en kommun som har regionala uppgifter och regionalt utvecklingsansvar. Regionen ansvarar därigenom både för vad som nationellt sett motsvarar den regionala och kommunala hälso- och sjukvården. Det är socialnämnden i Region Gotland som ansvarar för den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten. Det ansvaret har varit placerat hos socialnämnden sedan 2010 då kommunfullmäktige beslutade att nämnden skulle överta ansvaret från hälso- och sjukvårdsnämnden. Beslutet föranleddes av utredningen "Sammanhållen hemsjukvård - Förslag på organisation för en sammanhållen hemsjukvård".

Socialnämnden och hälso- och sjukvårdsnämnden har ett gemensamt arbetsutskott som bereder ärenden som hör till nämndernas gemensamma ansvarsområden. I socialnämndens förvaltning, socialförvaltningen, finns en avdelning för hemsjukvård. Avdelningen leds av en hemsjukvårdschef och består av tre enheter. Samverkan med hälso- och sjukvårdsförvaltningen sker genom flera etablerade strukturer och överenskommelser på både strategisk och operativ nivå.

KPMG genomförde år 2024 en granskning av samverkan i hemsjukvården i Region Gotland med syfte att säkerställa att hälso- och sjukvårdsnämnden och socialnämnden har en ändamålsenlig samverkan avseende hemsjukvård. Granskningen pekar på att samverkan mellan hemsjukvården och övrig hälso- och sjukvård delvis är ändamålsenlig, men att det finns hinder och brister i informationsöverföring och samordning. Exempelvis lyfts att olika journalsystem försvårar kommunikation och att styrande dokument delvis överlappar och lämnar tolkningsutrymme. KPMG bedömde implementerandet av en kommunikationsplattform som ett viktigt steg mot en förbättrad informationsöverföring och samverkan mellan verksamheterna.

KPMG:s granskning visar även att det finns olika tolkningar mellan förvaltningarna kring specifikt inskrivning i hemsjukvården och särskilt avseende tröskelprincipen som innebär att vårdcentral ska vara förstahandsval för patienten men att vid svårigheter att besöka vårdcentral ska insatser i hemmet beviljas. Saknaden av

samsyn kring tröskelprincipen skapar behov av tydligare och gemensamma kriterier för att stärka samverkan och underlätta arbetssätt.

Region Gotland ser mot bakgrund av ovan behov av att utreda var hemsjukvården organisatoriskt bör ha sin hemvist för att säkerställa en sammanhållen vård i hemmet där ansvarsförhållanden och gränssnitt mot den specialiserade och nära vården är tydliga.

Syfte

Syftet med projektet är att utreda var Region Gotlands hemsjukvård ska ha sin organisatoriska hemvist för att bäst stärka patientnytta, kvalitet, samverkan och resurseffektivitet, samt ge ett välgrundat beslutsunderlag för regionens ställningstagande.

Leveranser

Projektet har under perioden februari 2026 – april 2026

- utfört en nulägeskartläggning genom dokumentgranskning samt intervjuer med nyckelpersoner,
- genomfört en scenarioanalys och konsekvensbedömning utifrån identifierade för- och nackdelar,
- arrangerat ett analysseminarium med beställaren för gemensam tolkning av resultatet,
- levererat en slutrapport med slutsatser och rekommendationer, där delar av underlaget har sakgranskats av intervjupersoner.

Metod

Utredningen baseras på en kombination av dokumentanalys, intervjuer och omvärldsanalys. Totalt har 20 semistrukturerade intervjuer genomförts med 27 personer från hälso- och sjukvårdsförvaltningen, socialförvaltningen och regionstyrelsens förvaltning. Intervjuerna har skett både i grupp och individuellt och har fokuserat på ansvarsfördelning, samverkan, arbetssätt och upplevda utmaningar i nuvarande struktur. De frågor som ställdes i intervjuerna berörde upplevelsen av kvalitet och patientsäkerhet inom hemsjukvården, medicinsk styrning och kontinuitet, hemsjukvårdens uppdrag, gränssnitt och ansvarsfördelning, målgrupp och inskrivningsrutiner samt den organisatoriska hemvisten.

Analysen har kompletterats med genomgång av styrdokument och tidigare utredningar, inklusive Region Gotlands egen delrapport om hemsjukvårdens organisering. Omvärldsanalysen har använts för att sätta nuläget i ett bredare sammanhang och identifiera strukturella mönster. Sammantaget utgör dessa underlag grunden för en samlad analys av hemsjukvårdens funktion och förutsättningar i Region Gotland.

3. Hemsjukvårdens organisering i Region Gotland

Hemsjukvården i Region Gotland är organiserad inom socialförvaltningen och bedriver hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i patientens hem. Med hemsjukvård avses i denna rapport den del av den kommunala hälso- och sjukvården som ges i patientens hem. Nuvarande organisering innebär att ansvaret för vård i hemmet är uppdelat mellan två förvaltningar där olika aktörer verkar parallellt i patientens hem med olika ansvar och roller.

Systemet kännetecknas av en uppdelning mellan medicinskt ansvar och utförande där flera centrala gränssnitt uppstår där samverkan och samordning krävs i det vardagliga arbetet.

Socialförvaltningen ansvarar för utförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet, medan hälso- och sjukvårdsförvaltningen ansvarar för den medicinska behandlingen genom vårdcentral. Parallellt med detta ges även ofta omsorgsinsatser från hemtjänsten. Ansvarsfördelningen kan sammanfattas enligt nedan.

Socialförvaltningen (hemsjukvård) ansvarar för

- omvårdnadsinsatser i hemmet
- sjuksköterskeinsatser på primärvårdsnivå
- rehabilitering och rehabilitering genom arbetsterapeut och fysioterapeut
- genomförande och uppföljning av ordinerade medicinska åtgärder.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (vårdcentral) ansvarar för

- läkarinsatser i hemmet
- insatser från fysioterapeut och arbetsterapeut i hemmet
- medicinska bedömningar och behandling
- ordination av läkemedel och andra medicinska åtgärder
- uppföljning av patientens medicinska tillstånd.

3.1. Hemsjukvårdens uppdrag och gränssnitt

Hemsjukvården bedrivs i enlighet med socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen och riktar sig till patienter som har ett varaktigt behov av hälso- och sjukvård i hemmet. För att erhålla hemsjukvård ska patienten ha en begränsad förmåga genom sjukdom, funktionsnedsättning eller social situation att uppsöka vårdcentral eller mottagning. En central del av uppdraget är inskrivning i hemsjukvård. Inskrivning i hemsjukvården medför att patientens hälso- och sjukvårdsinsatser i huvudsak utförs i hemmet i stället för via mottagningsbesök på vårdcentral. Hemsjukvården ska utgå från ett helhetsperspektiv och präglas av kontinuitet, flexibilitet, hög kvalitet samt respekt för den enskildes behov (Region Gotland, 2024, *Uppdrag och kvalitetskrav – Hemsjukvård*).

Bedömningen av hemsjukvårdsbehov baseras på den så kallade tröskelprincipen. Principen återfinns inte längre i socialförvaltningens nuvarande skrivning, men lever kvar ute i verksamheter. Principen innebär att

- patienter som kan ta sig till en vårdcentral i regel inte ska skrivas in i hemsjukvård
- patienter som har begränsad förmåga att ta sig till en vårdcentral ska erhålla sina hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet.

I praktiken har tolkningen av denna princip varierat mellan verksamheter och över tid, vilket har bidragit till oenighet kring vilka patienter som ska skrivas in i hemsjukvården.

Kriterier för in- och utskrivning

Inskrivning i hemsjukvården kräver en skriftlig beställning från primärvård eller specialiserad vård (Region Gotland, 2025, *Delrapport – Fördjupning tröskelprincipen och ansvarsövertag*). Hemsjukvårdens sjuksköterskor har tidigare haft tolkningsföreträde vid inskrivning i hemsjukvården. Från och med den 1 april 2026 har tolkningsföreträdet ersatts av en gemensam ledningsgrupp som ansvarar för att bedöma behovet av inskrivning i de fall parterna inte är överens om patientens vårdbehov. Ledningsgruppen består av representanter från både socialförvaltningen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Inskrivning ska alltid föregås av en samordnad individuell plan (SIP) där den samordnande sjuksköterskan från hemsjukvården även deltar. För att inskrivning ska bli aktuell ska patienten ha behov av återkommande vårdinsatser i hemmet samt betydande svårigheter att ta sig till en fysisk mottagning, exempelvis på grund av infektionsskänslighet som innebär en risk vid besök på vårdcentral. Vidare ska de planerade medicinska åtgärderna i hemmet kunna tillgodoses på ett patientsäkert sätt.

Utskrivning från hemsjukvården sker när behovet av vård i hemmet upphör och patienten kan ta sig till vårdcentral utan större svårigheter eller om patienten vid mer än tre upprepade tillfällen inte har varit tillgänglig för de inplanerade hemsjukvårdsbesöken. Beslut om utskrivning hanteras genom rond för att säkerställa gemensam bedömning mellan vårdcentralens läkare och hemsjukvårdens sjuksköterska.

Fyra centrala gränssnitt förekommer vid vård i hemmet

Det är viktigt att notera att vårdcentraler i vissa fall även utför hälso- och sjukvårdsinsatser i patientens hem för patienter som inte är inskrivna i hemsjukvård. Vård i hemmet bedrivs därmed av flera aktörer parallellt, beroende på patientens situation. Ledning och styrning kring patienter med komplexa behov och som tillhör flera verksamheter samtidigt blir särskilt viktigt.

Den nuvarande organiseringen innebär att flera verksamheter verkar samtidigt i patientens hem vilket skapar ett antal centrala gränssnitt där ansvar, information och planering behöver samordnas. De fyra centrala gränssnitten är följande:

1) Gränssnitt mellan hemsjukvård och vårdcentral

Patientens vårdcentral ansvarar för medicinsk bedömning, behandling och läkarinsatser, medan hemsjukvården ansvarar för genomförandet av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. Samverkan krävs framför allt kring medicinsk

uppföljning, planering av gemensamma hälso- och sjukvårdsinsatser och ansvar vid förändringar i patientens tillstånd och vårdbehov. Detta gäller även när insatser övergår mellan verksamheterna och bedrivs parallellt, exempelvis vid delvis inskrivning i hemsjukvård.

2) Gränssnitt mellan hemsjukvård och specialiserad öppenvård

Patienter som är inskrivna vid specialiserade öppenvårdsmottagningar, såsom njurmedicin, reumatologi eller urologi, erhåller medicinsk bedömning och behandling inom respektive specialistverksamhet. Dessa vårdssituationer kräver en fungerande samverkan och tydlig kommunikation mellan den specialiserade öppenvården, hemsjukvården och även hemtjänsten för att säkerställa en sammanhållen och patientsäker vård.

3) Gränssnitt mellan hemsjukvård och omsorg (hemtjänst, SÄBO)

Hemsjukvården och omsorgen verkar parallellt i patientens vardag. Hemtjänsten ansvarar för patientens omsorgsinsatser och praktiskt stöd i vardagen såsom personlig omvårdnad, stöd i dagliga aktiviteter och tillsyn i hemmet. Hemsjukvården ansvarar för patientens hälso- och sjukvårdsinsatser. Samverkan sker genom daglig kontakt kring patienten, regelbundna möten med riskbedömning, gemensam planering och delegering av medicinska uppgifter till hemtjänsten. Exempel på uppgifter som kan delegeras är läkemedelshantering, insulinadministration, syrgasbehandling, enteral nutrition via gastrostomi samt kompressionsbehandling av ben och sårömläggning.

4) Gränssnitt mellan slutenvård och hemsjukvård

Om en patient skrivs ut från slutenvård och bedöms vara i behov av vård i hemmet, övergår ansvaret till hemsjukvård. Detta kräver samordning där vårdcentral tar över det medicinska ansvaret, hemsjukvården planerar och genomför insatser och fortsatt uppföljning säkerställs.

Dessa centrala gränssnitt innebär att hemsjukvården i praktiken verkar i ett system där ansvar och genomförande är uppdelat mellan flera aktörer, vilket ställer höga krav på samordning i det dagliga arbetet. Däremot möjliggör organiseringen en nära integration mellan hälso- och sjukvård och omsorg i patientens vardag, särskilt i samverkan mellan hemsjukvård och hemtjänst.

4. Strukturella förutsättningar för samverkan i hemsjukvården

Den organisatoriska uppdelningen mellan socialförvaltningen och hälso- och sjukvårdsförvaltningen innebär att vårdansvaret för patienten ligger hos flera olika verksamheter. Detta medför att planering och prioritering behöver ske i samspel mellan dessa. Utöver den organisatoriska uppdelningen finns ett antal strukturella förutsättningar som påverkar och utmanar hur vård i hemmet fungerar i praktiken och visar sig särskilt inom tre områden.

Informationsöverföring och journalsystem

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen använder olika journalsystem, detta trots att tidigare beslut från 2010 har fastslagit att hälso- och sjukvårdsdokumentation ska ske i samma journalsystem. Implementeringen av detta bedöms dock inte ske förrän 2028 i samband med införandet av ett nytt journalsystem. Däremot finns det idag i huvudsak tillgång till relevant patientinformation genom nuvarande befintliga läsbehörigheter till varandras journalsystem där hälso- och sjukvårdsförvaltningen använder TakeCare och socialförvaltningen Treserva. För kommunikation och samordning mellan förvaltningarnas verksamheter används delvis kommunikationssystemet Lifecare, vilket beskrivs av vissa ha ersatt enskilda telefonsamtal mellan medarbetare. Införandet av Lifecare beskrivs av vissa som en lyckad förändring, medan andra är mer skeptiska. Utmaningen är därmed inte primärt brist på åtkomst till information, utan att informationen finns i separata journalsystem vilket beskrivs försvåra en samlad patientbild och kräver kompletterande kommunikation utanför journalsystem. Olika journalsystem ses av intervjuade som en patientsäkerhetsrisk.

Ekonomiska incitament och ansvar

Verksamheterna styrs av separata budgetar och ersättningsmodeller, vilket påverkar hur ansvar och resursanvändning hanteras. I vissa fall kopplas ansvarsfördelningen till kostnadsansvar och effekten blir att ekonomiska överväganden kan påverka hur patienter fördelas mellan verksamheter. Detta bidrar till att ansvar inte enbart avgörs utifrån patientens behov, utan även påverkas av ekonomiska strukturer. Även internfakturerings mellan verksamheter förekommer och skapar administrativt arbete, exempelvis mellan hemtjänst och hemsjukvård för utförda delegerade uppgifter.

Variation i arbetssätt mellan verksamheter

Det finns variationer mellan vårdcentraler och hemsjukvården i hur arbetet organiseras och hur samverkan bedrivs. Detta visar sig särskilt genom olika tolkningar av inskrivningskriterier och variation i läkarmedverkan. Konsekvensen är att systemet inte fungerar enhetligt, utan att förutsättningarna för samverkan och ansvarsfördelning varierar beroende på verksamhet och geografiskt område.

De strukturella förutsättningarna är att samverkan inte enbart är en organisatorisk fråga, utan även en systemfråga där ansvar och arbetssätt behöver hanteras aktivt i vardagen. Det innebär även att funktionaliteten i systemet påverkas av flera samtidiga faktorer. Detta förstärker bilden av att hemsjukvården bedrivs i ett komplext system där organisatorisk placering utgör en del, men inte hela, förklaringen till hur verksamheten fungerar.

5. Nulägeskartläggning av hemsjukvården

Intervjuerna ger en samstämmig bild av att det patientnära arbetet inom hemsjukvården i Region Gotland fungerar väl, vilket bekräftas av en patientundersökning från socialförvaltningen 2025. Undersökningen hade 50

procents svarsfrekvens och visade att 95 procent av patienterna var mycket eller ganska nöjda, vilket indikerar god kvalitet i vården i hemmet.

Intervjuerna visar att de identifierade utmaningarna i hemsjukvården framför allt handlar om frågor som rör inskrivning, ansvarsfördelning, samverkan och informationsöverföring. Tydliga skillnader framträder dock i hur nuläget beskrivs av de intervjuade beroende på organisatoriskt perspektiv. Medarbetarna inom socialförvaltningen betonar att arbetet fungerar i praktiken och att utveckling sker inom befintlig struktur. Medarbetarna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen lyfter i större utsträckning strukturella brister, särskilt kopplat till medicinsk styrning och ansvar.

Trots att hemsjukvården upplevs fungera i stort präglas den av återkommande och sedan tidigare kända strukturella utmaningar i gränssnittet mellan verksamheter. Systemet levererar god vård till patienten, men ställer höga krav på samverkan och tydlig ansvarsfördelning.

Tre centrala meningsskiljaktigheter mellan förvaltningarna

Intervjuerna visar att skillnaderna i perspektiv inte är slumpmässiga och att de kan sorteras in i ett antal områden med tillhörande meningsskiljaktigheter där det mest framträdande området rör inskrivning och den s.k. tröskelprincipen, dvs. vilka patienter som ska skrivas in i hemsjukvården. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen beskriver att patienter med uttalade behov av hemsjukvård inte alltid skrivs in, medan socialförvaltningen betonar att inskrivning sker enligt upparbetade kriterier och att arbetet utvecklas över tid.

Ett andra område med framträdande meningsskiljaktigheter rör medicinsk styrning och läkarmedverkan. Från hälso- och sjukvårdsförvaltningens perspektiv finns ett behov av närmare koppling mellan läkare och hemsjukvård där läkaren spelar en mer central roll i patientens vård. Socialförvaltningen beskriver att samverkan överlag fungerar men att den varierar mellan olika vårdcentraler vilket beskrivs bero på geografiskt läge.

Ett tredje område med meningsskiljaktigheter rör ansvar och styrning. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen lyfter att organisatoriska gränser skapar friktion och otydlighet medan socialförvaltningen i större utsträckning framhåller att arbetet fungerar i praktiken, särskilt i det patientnära arbetet.

Resurseffektivitet

Intervjuerna visar att resurseffektivitet i hög grad påverkas av hur ansvar och resurser är fördelade mellan förvaltningarna. En återkommande observation är att ekonomiska strukturer påverkar praktiska beslut. Eftersom verksamheterna har separata budgetar uppstår situationer där ansvar för patienter inte enbart avgörs utifrån behov, utan även utifrån kostnadsfördelning. Detta visar sig både genom diskussioner kring huruvida patienter ska tas om hand av hemsjukvården eller vårdcentralen och variationer i hur inskrivning går till i praktiken.

Rådande praxis kring inskrivning påverkar även kapacitetsutnyttjandet i systemet. Om patienter som skulle kunna tas om hand i hemsjukvård i stället hanteras via vårdcentral, eller vice versa, påverkar det belastningen i båda systemen.

Kompetensförsörjning är en ytterligare central faktor. Brist på legitimerad personal, särskilt sjuksköterskor och läkare, lyfts som en begränsning i båda förvaltningarna. Detta påverkar möjligheten att möta ett ökande vårdbehov i hemmet och en åldrande befolkning och förstärker behovet av effektiv resursanvändning och ställer högre krav på kompetensförsörjning och rekrytering. Resurseffektiviteten påverkas således av en kombination av ekonomiska strukturer, arbetssätt och tillgång till kompetens, snarare än enbart av organisatorisk placering.

Samverkan som grundförutsättning

Samverkan är en grundläggande förutsättning för att vård i hemmet ska fungera, vilket bekräftas av de intervjuade. Det finns en stark vilja att lösa uppkomna situationer kring patienten tillsammans. Daglig kontakt och delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter är centrala delar i samarbetet och berör alla aktörer som verkar kring patienten. I det operativa arbetet fungerar samverkan generellt bra, särskilt mellan hemsjukvård och hemtjänst. Enligt flera intervjuade finns etablerade arbetssätt, en god daglig kontakt och en gemensam förståelse för patientens totala behov. Samverkan fungerar därmed bäst i det patientnära arbetet, där gemensamma rutiner och kontinuitet i personalen underlättar samarbetet.

Det framkommer att det finns avvikelser, framförallt gällande läkemedelshantering, vilket pekar på ett behov av att stärka arbetssätt och säkerställa att kompetensen är tillräcklig för att riskminimera utförandet av både sjukvård- och egenvårdsuppgifter. Särskilt medarbetare från hemsjukvården och rehabilitering betonar att samarbetet med hemtjänsten är avgörande för att säkerställa en trygg och sammanhållen vård i hemmet, då hemtjänstpersonalen har störst närvaro hos patienten. I intervjuerna lyfts det också att hemtjänstens kompetens och utbildningsnivå varierar, vilket gör att samarbetet och kontinuerlig kompetensutveckling är av särskild vikt för att upprätthålla en hög patientsäkerhet. Detta gäller oavsett var hemsjukvården organisatoriskt är placerad.

Gränssnitt och samverkansutmaningar

Den mest genomgående orsaken till de identifierade utmaningarna är att de uppstår i gränssnitt mellan verksamheter och särskilt i situationer där ansvar ska överföras eller delas. Detta gäller särskilt vid inskrivning i hemsjukvård, utskrivning från slutenvård eller vid förändrade patientbehov. Skillnader i hur tröskelprincipen tolkas är ett tydligt exempel, där de två förvaltningarna gör olika bedömningar av vilka patienter som ska skrivas in i hemsjukvård. Begränsningarna i samverkan handlar delvis om arbetssätt som är personberoende och varierar mellan verksamheter och geografiska områden. En personbundenhet gällande inskrivning i hemsjukvården beskrivs särskilt, där upplevelsen är att fler patienter skrivs in på Södra Gotland jämfört med i Visby. Även skillnader i form av mer frekvent samverkan på Södra Gotland jämfört med Visby lyfts. De geografiska förhållandena tenderar att utmana effektivitet, enhetliga arbetssätt och samverkan, vilket bidrar till flera av de identifierade problemen inom hemsjukvården.

Ansvarsfördelningen mellan verksamheterna avgörs i det operativa arbetet där det tenderar att bli diskussioner kring vem som ansvarar för patientens vård. Detta leder till att patientarbetet stannar av och medför en negativ arbetsmiljö. Gränssnitt mellan verksamheterna hanteras genom löpande dialog mellan aktörerna, exempelvis vid utskrivning av patienter från slutenvård till hemsjukvård. Men trots dialog mellan verksamheterna uppstår återkommande situationer där patienter riskerar att hamna mellan verksamheter. Sådana situationer handlar ofta om enskilda patientfall där det ibland saknas tydliga principer att luta sig mot, vilket innebär att patientansvaret behöver förhandlas mellan verksamheter. Detta indikerar att samverkan inte alltid är tillräckligt strukturerad för att skapa en enhetlig hantering.

Ansvar för rehabilitering och hjälpmedel är ett område som beskrivs i intervjuer som särskilt komplext i övergången från slutenvård till hemsjukvård och vid förändrade patientbehov. Här beskrivs ett glapp, då sjukhusets rehabiliteringspersonal oftast inte har möjlighet att bedöma hemmiljön. Området framstår som mindre reglerat och standardiserat än övriga delar av samverkan kring vård i hemmet, vilket kan leda till att rehabiliteringsinsatser uteblir eller behöver koordineras manuellt. Överenskommelsen mellan rehabilitering och habilitering upplevs även vara daterad och inte anpassad till nuvarande vårdstruktur, och trots påtalanden från båda förvaltningarna har ingen uppdaterad revidering gjorts. Detta leder till återkommande diskussioner om ansvarsfördelning mellan rehabiliterings- och habiliteringsinsatser.

Otydlighet i gränssnitt mot vårdcentraler lyfts särskilt av socialförvaltningen vid ansvarsövertag när hemsjukvården inte har det fulla patientansvaret i hemmet. Här krävs en kontinuerlig dialog för att fastställa ansvar vid ansvarsövertag. Samarbetet mellan läkare på vårdcentral och hemsjukvården sker genom ronder, hembesök och telefonkontakt men upplevs inte vara tillräckligt integrerat i hemsjukvården utifrån patientbehovet. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen påpekar att vårdcentralens läkare har ett begränsat inflytande vid inskrivningsbedömningar, vilket skapar frustration. Det framhålls att läkarnas kliniska bedömningar och medicinska expertis bör ha större vikt i besluten om inskrivning och vårdplanering.

Patientnytta och kvalitet

Ur ett patientperspektiv upplevs hemsjukvården fungera väl, där personalkontinuitet inom hemsjukvård och hemtjänst framhålls som en central styrka. Detta skapar trygghet för patienten och underlättar uppföljning av vårdbehov över tid, trots att kvaliteten upplevs påverkas av hur väl olika aktörer samverkar. När ansvarsfördelningen är otydlig uppstår däremot fördröjningar i patientens vård, vilket riskerar patientsäkerheten.

Tillgång till medicinsk kompetens, särskilt läkare, lyfts som en avgörande faktor för kvalitet. Variationer mellan vårdcentraler påverkar dock möjligheten att genomföra medicinska bedömningar och uppföljning i hemmet.

6. Omvärldsanalys av hemsjukvårdens nuvarande organisering och ansvarsfördelning

Omvärldsanalysen bygger på den delrapport som tagits fram inom Region Gotland, där hemsjukvårdens organisering och ansvarsfördelning har analyserats i jämförelse med elva andra regioner (Region Gotland, 2025, *Delrapport – Fördjupning tröskelprincipen och ansvarsövertag*). De regioner som ingår i delrapporten är: Region Blekinge, Region Dalarna, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Örebro län, Region Östergötland och Västra Götalandsregionen. Utredningen omfattade även en omvärldsbevakning av följande kommuner: Bodens kommun, Göteborgs stad, Malung-/Sälens kommun, Uddevalla kommun, Växjö kommun och Öckerö kommun.

Analysen omfattar både organisatoriska modeller och hur centrala frågor som inskrivning, ansvar och samverkan hanteras i praktiken. Omvärldsanalysen bygger vidare på de problem som identifierades i intervjuerna och syftar till att fördjupa förståelsen av dem.

6.1. Organisering av hemsjukvård

Omvärldsanalysen visar att basal hemsjukvård i Sverige i huvudsak är organiserad inom kommunal hälso- och sjukvård. I de regioner som analyserats ligger ansvaret för utförandet av vård i hemmet hos kommun, medan läkaransvar och medicinsk behandling ligger kvar inom regionens primärvård. Det innebär att den modell som tillämpas i Region Gotland, där hemsjukvården är organiserad inom socialförvaltningen, följer den vanligast förekommande nationella strukturen. Variationer mellan regioner förekommer, men dessa avser främst hur ansvar fördelas och hur arbetssätt utformas, snarare än vilken huvudman som ansvarar för hemsjukvården. Ett tydligt undantag finns i form av Region Stockholm, där basal hemsjukvård är organiserad inom regionen, vilket gör Region Stockholm till ett relevant jämförelsefall för att förstå konsekvenser av en alternativ organisering.

Variationer i inskrivning och ansvar

Trots en likartad grundstruktur finns betydande variationer mellan regioner i hur centrala frågor hanteras. Detta gäller särskilt inskrivning i hemsjukvård och användningen av tröskelprincipen.

I en majoritet av de analyserade regionerna används någon form av tröskelprincip, men hur denna tolkas och tillämpas varierar. I vissa fall är principen strikt tillämpad, medan andra regioner i större utsträckning utgår från patientens behov och situation. Det finns också en tydlig utveckling mot mer behovsbaserade bedömningar, där tröskelprincipens betydelse minskar. De regioner som frångått tröskelprincipen gör det med utgångspunkt att patienter i första hand ska söka sig till regionens primärvårdsmottagning. Patientens individuella behov i stort tas i beaktan och fokus ligger inte enbart på de fysiska svårigheter som försvårar för patienten att uppsöka vårdcentral.

Ansvarsfördelningen varierar också, exempelvis avseende vem som erhåller rätten att fatta beslut om inskrivning och hur ansvar fördelas mellan primärvård och kommun. Skillnader syns då det i två av regionerna är läkaren som beslutar om inskrivning och i övriga områden tar kommunen beslut om inskrivning.

Region Gotland har både ansvar för regionala och kommunala uppdrag och särskiljer sig därmed från alla andra kommuner i Sverige. Inom Region Gotland har en ledningsgrupp upprättats för att hantera oenigheter vid inskrivning mellan hemsjukvården och vårdcentral. Dessa variationer visar att även inom samma organisatoriska modell kan arbetssätt och ansvarsfördelning se olika ut.

Delrapporten visar att regionen i vissa avtal ansvarar för den specialiserade vården i hemmet, medan kommunen utför insatserna. I Region Gotland erhåller patienter som har behov av specialiserad vård i hemmet sina hälso- och sjukvårdsinsatser från hemsjukvården under kvällar, nätter och helger. Under vardagar på dagtid ges insatserna i samverkan mellan hemsjukvården och det palliativa teamet. Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) saknas i Region Gotland.

Hemsjukvården i Region Stockholm

Region Stockholm utgör ett avvikande exempel från övriga regioner där hemsjukvården i stället är organiserad inom regionen. I Region Stockholm finns etablerade överenskommelser och rutiner för hur olika parter samverkar kring vård i hemmet. Dessa avtal tydliggör roller och ansvar vid bland annat SIP, läkarmedverkan och utskrivning från slutenvård i syfte att skapa en sammanhållen vårdprocess för patienten (Region Stockholm, 2026).

Samtidigt har Region Stockholm präglats av en successiv omprövning gällande delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser, där kommuner har avvecklat delegering av exempelvis läkemedelshantering till hemtjänsten bland annat på grund av sviktande kompetens hos hemtjänstpersonalen. Utvecklingen innebär att insatser som tidigare utfördes av hemtjänsten i större utsträckning utförs av regionen genom hemsjukvården. Bakgrunden till denna förändring har varit ökade kompetenskrav på de delegerade arbetsuppgifterna vilket har inneburit risker i patientsäkerhetsarbetet. I Region Stockholm ansvarar ofta undersköterskor inom hemsjukvården för läkemedelsadministration samt hälso- och sjukvårdsinsatser som PEG-vård och enklare omläggningar. Detta innebär att vårdcentralerna i praktiken styr och ansvarar för all basal vård som ges i hemmet. På kvällar och helger utförs dessa insatser av en upphandlad utförare, vilket innebär en överlämning och remisshantering mellan vårdaktörer.

Region Stockholm arbetar även med att stärka förutsättningarna för egenvård som en del av arbetet med att möta framtidens ökade vårdbehov (Region Stockholm, 2025). I regionens målbild och strategi för hälso- och sjukvården 2040, framhålls att invånare i ökad utsträckning ska ges möjlighet att aktivt ansvara för sin egen behandling och hälsa, bland annat genom ökad delaktighet, tillgång till information och utvecklade arbetssätt i primärvårdsnära vård.

Under 2024 genomfördes en utredning om en mer sammanhållen vård i hemmet med syfte att granska om vårduppdrag som idag bedrivs separat skulle gynnas av en organisatorisk sammanslagning (Region Stockholm, 2024). Utredningen omfattade

bland annat basal hemsjukvård, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), psykiatri i hemmet, hemrehabilitering samt läkarinsatser på särskilda boenden för äldre (SÄBO). Slutsatsen var att en sammanslagning skulle innebära stora påfrestningar på systemet och inte nödvändigtvis förbättra vården för patienten. I stället rekommenderas att förbättra och utveckla samverkan, vårdplanering och informationsdelning mellan de aktörer som verkar i patientens hem, samt mellan region och kommun. Utredningen konstaterar att en mer sammanhållen vård i hemmet bäst uppnås genom att stärka de strukturer som stödjer vårdprocessen.

Jämfört med Region Gotland, där hemsjukvården är organisatoriskt placerad inom socialförvaltningen, finns liksom Stockholm utmaningar i samverkan och informationsöverföring. Skillnaderna uppstår dock främst på grund av geografiska skillnader och personberoende bedömningar kring inskrivning. Detta understryker Region Gotlands behov av stärkt styrning, gemensamma arbetssätt och tydliga strukturer för att uppnå en mer sammanhållen vård i hemmet.

6.2. Omvärldsanalysens betydelse för nuläget i Region Gotland

Omvärldsanalysen bekräftar de iakttagelser som framkommer i intervjuerna och visar att motsvarande utmaningar återfinns i andra regioner. Frågor som rör inskrivning, ansvarsfördelning, informationsöverföring och samverkan mellan aktörer beskrivs som återkommande utmaningar, oavsett organisatorisk modell. Det framgår även att gränsen mellan primärvård och specialiserad vård är otydlig och förändras över tid, vilket ytterligare förstärker behovet av samverkan och gemensamma arbetssätt. Omvärldsanalysen indikerar att utmaningarna i hemsjukvården är strukturella och uppstår som en konsekvens av att flera aktörer samverkar kring samma patient, snarare än av hur verksamheten är organisatoriskt placerad.

7. Gemensam arbetsordning för vård i hemmet

Parallellt med denna utredning har Region Gotland tagit fram en gemensam arbetsordning för vård i hemmet. Arbetsordningen är ett resultat av ett riktat utvecklingsarbete och ska därmed förstås som ett direkt svar på de utmaningar som präglar nuläget, snarare än som ett generellt styrdokument.

Arbetsordningen är formellt beslutad av Strategisk samverkansledning den 22 december 2025. Därefter har arbetsordningen behandlats i både hälso- och sjukvårdsnämnden och socialnämnden, där båda nämnderna har fattat beslut om att ställa sig bakom den arbetsordning som reglerar ansvarsfördelningen mellan förvaltningarna. Detta innebär att arbetsordningen har en formell förankring i organisationens ledningsstruktur samt ett uttryckligt politiskt stöd på nämndnivå.

Inriktning och huvudsakligt innehåll

Arbetsordningen syftar till att skapa en mer enhetlig och förutsägbar struktur för vård i hemmet genom att tydliggöra hur ansvar och arbetssätt tillämpas i praktiken. En central del är att minska variation genom att skapa en mer enhetlig hantering av patienter, oavsett var i organisationen de möter vården.

Arbetsordningen innehåller bland annat

- en gemensam logik för inskrivning i hemsjukvård
- förtydligade principer för ansvarsfördelning mellan verksamheter
- strukturer för samverkan i olika typer av patientflöden
- riktlinjer för ansvarsövertag mellan aktörer.

Arbetsordningen adresserar direkt de problem som lyfts i intervjuerna och som även bekräftas i omvärldsanalysen. Den berör framför allt

- otydlig inskrivning och varierande tolkning av tröskelprincipen
- oklar ansvarsfördelning i gränssnitt mellan verksamheter
- behov av mer strukturerad samverkan och kompetenshöjande insatser
- återkommande utmaningar vid ansvarsövertag.

Genom att etablera gemensamma principer och arbetssätt är ambitionen att minska behovet av att hantera dessa frågor från fall till fall och i stället skapa en mer stabil och förutsägbar samverkansstruktur. Arbetsordningen adresserar däremot inte ansvarsfördelningen för rehabilitering och hjälpmedel kopplat till utskrivningsprocessen från slutenvård, vilket i intervjuer har lyfts som en situation där patientansvaret kan bli otydligt mellan verksamheter.

Påverkan och implementeringsstatus

En viktig utgångspunkt är att arbetsordningen flyttar fokus från organisatorisk placering till hur systemet fungerar i praktiken. I ett samverkanssystem är tydliga principer och gemensamma arbetssätt avgörande för funktion, eftersom de minskar beroendet av lokala lösningar och personberoende arbetssätt.

Arbetsordningen är beslutad och implementering pågår vilket betyder att de förändringar som den syftar till att åstadkomma ännu inte har fått genomslag i verksamheten. Men framtagandet innebär att det finns en etablerad riktning för hur de identifierade utmaningarna ska hanteras inom befintlig struktur.

Arbetsordningen utgör ett direkt svar på de problem som identifierats i både intervjuer och omvärldsanalys och är utformad för att hantera just de frågor som präglar nuläget. Detta innebär att centrala delar av problematiken redan adresseras inom det pågående utvecklingsarbetet, men att effekterna ännu inte har realiserats och därför inte kan bedömas fullt ut i nuläget.

8. Analys av organisatorisk flytt till hälso- och sjukvårdsförvaltningen

I intervjuerna framkommer flera potentiella fördelar med att organisera hemsjukvården inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, särskilt när det gäller den samlade medicinska kompetensen. Genom att samla hemsjukvården inom en förvaltning skulle läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal kunna arbeta mer integrerat, vilket kan leda till kortare beslutsvägar, effektivare samverkan och bättre samordning av insatser längs hela vårdkedjan. Detta bedöms underlätta medicinska bedömningar, samt förbättra in- och utskrivningsprocessen och den medicinska styrningen kring patienten.

En samlad organisering förväntas även ge bättre förutsättningar för enhetlig styrning och prioritering av hälso- och sjukvårdsinsatser, vilket skulle kunna minska organisatoriska gränser och skapa en mer sammanhållen vårdstruktur. Detta möjliggör snabbare justeringar av vårdinsatser och en helhetssyn på patientens sjukvård.

Emellertid beror dessa fördelar på ett antal förutsättningar. En ökad närhet mellan sjuksköterskor och läkare på vårdcentralen förutsätter samordning av insatser utanför vårdcentralens öppettider. För att åstadkomma detta krävs tillgång till personal under kvällar, nätter och helger, vilket kan skapa ineffektivitet och kräva omfördelning av resurser. Alternativt kan en samordnad hemsjukvård under obekvämt arbetstid vara ett alternativ.

För att skapa denna samverkan krävs tillräcklig medicinsk kapacitet och att gemensamma arbetssätt utvecklas. En organisatorisk förändring i sig skapar inte dessa förutsättningar, utan det krävs efterföljande justeringar i arbetssätt, resursfördelning och styrning. Genom att utveckla arbetssätt och följa gemensamma riktlinjer och metoder skulle hela systemet kunna bli mer flexibelt och sammanhängande.

8.1. Förändrade gränssnitt och strukturer

En organisatorisk flytt av hemsjukvården från socialförvaltningen till hälso- och sjukvårdsförvaltningen innebär en förändring av var det organisatoriska ansvaret placeras, men behovet av samverkan mellan aktörer kvarstår. Vård i hemmet kommer även fortsättningsvis att bedrivas i ett system där flera verksamheter är involverade i samma patient. Analysen behöver därför utgå från hur en flytt påverkar de gränssnitt och relationer som idag är centrala för hemsjukvårdens funktion, snarare än att utgå från antagandet att systemet förenklas.

En flytt till hälso- och sjukvårdsförvaltningen innebär att ett av dagens centrala gränssnitt förändras och att ett annat förstärks. Gränssnittet mellan hemsjukvård och vårdcentral skulle bli internt inom samma förvaltning, vilket kan skapa kortare beslutsvägar i vissa medicinska frågor och potentiellt underlätta samordning kring medicinska bedömningar.

Parallellt med detta skulle gränssnittet mellan hemsjukvård och omsorg bli mer framträdande och övergå från en integrerad samverkan inom socialförvaltningen till ett samverkansgränssnitt mellan förvaltningar. Ett mer uttalat gränssnitt mellan hemsjukvård och omsorg innebär att nya strukturer för samverkan behöver etableras eller förstärkas, både på operativ nivå och på ledningsnivå, där ansvar, uppföljning och prioritering behöver samordnas mellan förvaltningar.

När samverkan behöver ske över organisatoriska gränser ökar behovet av att definiera ansvar i varje enskilt fall, vilket kan leda till samma typ av problem som identifieras i nuläget, men i en annan del av systemet. En organisatorisk flytt eliminerar inte nuvarande strukturella utmaningar, utan förändrar var i systemet dessa uppstår.

8.2. Operativa konsekvenser av en organisatorisk flytt

De mest direkta konsekvenserna av en flytt uppstår i det dagliga arbetet kring patienten. Samverkan mellan hemsjukvård och hemtjänst är i dag en central del av hur vård i hemmet upplevs fungera. Den bygger på nära kontakt, gemensamma arbetssätt och delegering av uppgifter. En organisatorisk separation riskerar att öka avståndet mellan verksamheterna, vilket kan påverka både samordning och kontinuitet i patientens vård.

Delegering av medicinska uppgifter är särskilt beroende av nära samverkan. Om relationen mellan hemsjukvård och omsorg blir mer formell och mindre integrerad kan detta försvåra både utbildning, uppföljning och ansvarstagande i delegerade uppgifter. När samverkan i större utsträckning behöver ske mellan förvaltningar finns även en risk att informationsflöden i det dagliga arbetet påverkas.

Implementeringskonsekvenser

En organisatorisk förändring innebär betydande konsekvenser för pågående utvecklingsarbete och verksamhetens stabilitet. Region Gotland har beslutat om en gemensam arbetsordning för vård i hemmet, som direkt adresserar de utmaningar som identifierats kopplat till inskrivning, ansvarsfördelning och samverkan mellan verksamheter. En organisatorisk flytt i detta skede innebär att införandet av arbetsordningen bryts upp. Det handlar därmed inte om en potentiell risk, utan om en direkt konsekvens av att två oförenliga förändringsprocesser genomförs parallellt.

Det finns även idag beslut om att patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården, men som har omfattande behov, ska tas över av hemsjukvården. Detta rör ett betydande antal patienter och innebär att verksamheten redan är i ett skede där kapacitet och ansvar håller på att anpassas. En organisatorisk förändring i detta läge innebär att befintliga arbetssätt behöver omprövas samtidigt som nya strukturer införs.

Osäkerheter i utfall

Intervjuerna visar att de fördelar som lyfts med en organisatorisk flytt inte är entydiga eller konsekventa i nuläget. Läkarmedverkan varierar redan idag mellan vårdcentraler och geografiska områden och intervjupersoner vittnar om en personbundenhet, vilket innebär att närhet till läkare inte är en enhetlig brist i systemet. Det framgår även att samverkan mellan professioner i hög grad avgörs av arbetssätt, relationer och lokala förutsättningar, snarare än av organisatorisk tillhörighet. En förändrad organisering kan därmed skapa nya förutsättningar, men innebär inte att samverkan förbättras i praktiken.

De potentiella fördelarna med en flytt är i huvudsak kopplade till medicinsk integration och styrning, medan de identifierade riskerna i större utsträckning är kopplade till det operativa patientarbetet och samverkan i patientens vardag. Fördelarna är beroende av att flera ytterligare förändringar genomförs och får effekt över tid, medan riskerna beräknas uppstå direkt i det praktiska arbetet vid en förändring.

Omvärldsanalysen förstärker bilden av att samverkan i vård i hemmet i första hand är beroende av tydliga strukturer, gemensamma rutiner och etablerade överenskommelser, snarare än av organisatoriska förändringar.

8.3. Samlad analys av konsekvenserna av en organisatorisk flytt

Resultatet av konsekvensanalysen visar att systemets komplexitet inte förenklas genom en organisatorisk förändring, utan istället omfördelas. Huvudkonsekvenserna är ett förändrat gränssnitt mellan hemsjukvård och vårdcentral, ett förstärkt gränssnitt mellan hemsjukvård och omsorg, ökade samverkanskrav mellan förvaltningar, risker i det operativa patientarbetet och implementeringsutmaningar.

De möjliga fördelarna med en organisatorisk flytt inkluderar en mer sammanhållen vård kring patienten, särskilt genom bättre medicinsk integration och styrning. Närmare samordning mellan hemsjukvård och vårdcentral skulle kunna leda till snabbare medicinska bedömningar, bättre samordning och en mer enhetlig vårdplanering, vilket kan förbättra den medicinska vården och säkerställa att patienter får rätt behandling i tid.

För att dessa fördelar ska uppnås krävs att externa faktorer beaktas, och det finns brist på belägg för att de verkligen kommer att realiseras genom en organisatorisk förändring. Samtidigt finns goda förutsättningar för förbättring, men dessa vinster är förknippade med osäkerhet.

De risker som har identifierats är konkreta och verksamhetsnära, särskilt när det gäller samverkan mellan hemsjukvård och omsorg. Den nuvarande samverkan fungerar väl, och en organisatorisk förändring kan påverka vård- och omsorgsstrukturen negativt. En ökad separation mellan vård och omsorg riskerar att försämra den sammanhållna vården som idag säkerställs genom nära samarbete i patientens hem och vardag. Detta skulle kunna leda till fragmenterad vård, där medicinska och sociala behov inte möts i ett helhetsperspektiv.

8.4. Samlad bedömning

De risker som identifieras av en organisatorisk flytt är konkreta och verksamhetsnära och rör framför allt försämrade samverkan i patientens vardag, svårigheter kring delegering och ökade krav på samordning mellan förvaltningar. Dessa risker uppstår direkt i det praktiska arbetet och kan påverka både effektivitet och kvalitet i patientens vård.

De fördelar som lyfts med en organisatorisk flytt är i huvudsak kopplade till medicinsk integration och styrning, eftersom sjuksköterskor och läkare ges möjlighet att arbeta närmare varandra i patientarbetet. Analysen visar dock att dessa fördelar är beroende av flera faktorer, såsom tillgång till läkare och utveckling av arbetssätt, och att de därför inte är säkerställda genom en organisatorisk förändring.

Den samlade bedömningen är att ett antal centrala problemområden kvarstår oavsett om hemsjukvården organisatoriskt placeras inom socialförvaltningen eller hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Det innebär att utmaningarna i första hand behöver hanteras

genom utveckling av systemets funktion, snarare än genom organisatorisk förändring.

Inskrivning och målgrupp

Problematiken kring inskrivning i hemsjukvård bedöms inte vara kopplad till organisatorisk placering, utan till avsaknaden av en enhetlig och konsekvent tillämpad logik för inskrivning som inte präglas av kultur eller ekonomi. Den beslutade arbetsordningen adresserar detta genom att etablera en gemensam logik för inskrivning samt tydligare principer för ansvarsfördelning. Detta ska medföra att inskrivning fullt ut sker utifrån patientens behov. Förutsättningarna för att hantera problematiken kring inskrivning finns därmed redan inom befintlig struktur men effekten är beroende av faktisk implementering.

Läkarmedverkan

Läkarmedverkan bedöms i första hand vara en fråga för vårdcentralernas organisering och arbetssätt, snarare än för hemsjukvårdens organisatoriska hemvist. En förändring av var hemsjukvården är placerad påverkar inte i sig tillgången till läkare eller hur vårdcentraler prioriterar sina resurser. För att stärka läkarmedverkan krävs därför förändringar i arbetssätt, prioritering och uppföljning inom primärvården, oberoende av organisatorisk modell.

Informationsöverföring och systemstöd

Hälso- och sjukvårdsinsatser ska enligt tidigare beslut dokumenteras i samma journalsystem. Användningen av olika journalsystem skapar brister och utmaningar i informationsöverföring och medför att en sammanhållen bild av patientens situation inte alltid är direkt tillgänglig för samtliga aktörer. I praktiken hanteras detta delvis med det nya kommunikationssystemet Lifecare vilket upplevs fungera med varierande kvalitet. Utmaningen är därmed inte en fråga om enskilda verksamheters tillgång till information, utan om systemets nuvarande förmåga att möjliggöra en sammanhållen informationsdelning mellan aktörer. Implementeringen av ett gemensamt journalsystem planeras till 2028. Detta innebär att problematiken är strukturell och systembunden snarare än kopplad till hemsjukvårdens organisatoriska placering.

Ekonomiska incitament och styrning

Problematiken kring hur ekonomiska strukturer påverkar ansvar och resursfördelning mellan verksamheter bedöms inte vara beroende av hemsjukvårdens organisatoriska hemvist. Även vid en förändrad organisering kvarstår behovet av att hantera ekonomiska incitament och säkerställa att beslut i första hand utgår från patientens behov. Det innebär att frågan behöver hanteras genom utveckling av styrmodeller och incitament, snarare än genom organisatorisk omplacering.

Rehabilitering och hjälpmedel

Frågor kring ansvar för rehabilitering och hjälpmedel präglas av otydlighet i nuläget enligt intervjuer. Gränsdragningar mellan verksamheter varierar och kan leda till osäkerhet kring vem som ansvarar i olika situationer. Denna typ av problem är kopplad till hur uppdrag och ansvar definieras och tillämpas i praktiken. Den påverkas

inte i sig av var hemsjukvården organisatoriskt är placerad, utan kräver tydligare överenskommelser och gemensamma arbetssätt.

Geografiska skillnader och personbundenhet

Det finns en samstämmig bild av att hemsjukvårdens uppdrag i dag varierar och är både person- och geografiskt beroende. Analysen visar på variationer i samverkan samt i bedömningar av inskrivning, insatser, arbetssätt och läkarmedverkan beroende på vilken vårdcentral patienten tillhör. Detta innebär en risk för en ojämlik och oförutsägbart vård, där kontinuitet och kvalitet inte fullt ut utgår från patientens behov.

Variationen bedöms inte främst vara en följd av organisatorisk hemvist, utan av skillnader i tillämpning mellan geografiska områden och individer. För att hantera detta krävs en mer enhetlig styrning och tydligare gemensamma arbetssätt, där den framtagna arbetsordningen kan utgöra en central del i detta arbete.

En sammanhållen vård i hemmet utifrån patientens bästa

Trots identifierade utmaningar fungerar hemsjukvården i dagsläget väl ur ett patientperspektiv, med hög patientnöjdhet. En betydande majoritet av de patienter som är inskrivna i hemsjukvården har även insatser från hemtjänsten, vilket innebär att vård och omsorg i hemmet i stor utsträckning är integrerade och beroende av varandra. Intervjuer visar en samstämmig bild av ett välfungerande samarbete mellan verksamheterna som beskrivs vara nära och ändamålsenligt, med ett gemensamt fokus på patientens behov. Det framkommer även att hemtjänsten i ökande grad utför allt mer avancerade vårdinsatser, samtidigt som kunskapsnivån varierar, vilket förstärker behovet av fortsatt nära samverkan och kontinuerlig kompetensutveckling för att säkerställa patientsäkerheten i vård i hemmet.

Eftersom samverkan mellan hemsjukvård och hemtjänst anses vara så pass central i patientarbetet bedöms en organisatorisk flytt innebära en betydande risk att påverka en i dag välfungerande del av vårdkedjan negativt. Ett fortsatt nära samarbete mellan hemsjukvård och hemtjänst bedöms avgörande för att möta ett växande vårdbehov, inte minst i en åldrande befolkning. Fokus bör därför vara att vidareutveckla befintliga arbetssätt för att stärka patientsäkerheten, säkerställa kompetens för säkra delegeringar inom hemtjänsten och gemensamt stödja patienterna till egenvård.

8.5. Samlad prioritering framåt

De identifierade frågorna är centrala för hur vård i hemmet fungerar och behöver hanteras oavsett organisatorisk lösning. De är nära kopplade till varandra och rör i grunden hur ansvar, arbetssätt och samverkan utformas i systemet. Arbetsordningen utgör en samlad struktur för att hantera flera av dessa områden, särskilt vad gäller inskrivning, ansvarsfördelning och samverkan. Det innebär att det redan finns en etablerad riktning för hur problemen ska hanteras inom befintlig struktur.

Den samlade prioriteringen framåt bör därför vara att genomföra och följa upp arbetsordningen samt att utveckla arbetssätt och styrning i linje med denna. En

organisatorisk förändring adresserar inte dessa frågor och förändrar därmed inte de grundläggande förutsättningarna för systemets funktion.

9. Rekommendation

Mot bakgrund av den samlade analysen bedömer Helseplan att hemsjukvården ska vara kvar organisatoriskt inom socialförvaltningen. Det är det mest ändamålsenliga och riskreducerande alternativet och möjliggör samtidigt att befintliga strukturer kan vidareutvecklas genom pågående och beslutade åtgärder.

En organisatorisk flytt framstår inte som en proportionerlig åtgärd i förhållande till de problem som ska lösas. Den innebär dessutom påtagliga risker i verksamheten utan att erbjuda motsvarande säkerställda förbättringar.

Rekommendationen innebär att fokus bör ligga på att genomföra och följa upp arbetsordningen samt att stärka arbetssätt, styrning och samverkan inom befintlig struktur.

Bilagor

Intervjulist

Hälsö- och sjukvårdsförvaltningen

- Hälsö- och sjukvårdsdirektör
- Primärvårdschef
- Verksamhetschef Hemse
- Verksamhetschef Visby Norr
- Enhetschef Wisby Söder
- Verksamhetschef Visborg
- Verksamhetschef primärvård rehab/habilitering
- Samordnare slutenvård
- Enhetschef rehab lasarettet
- Chefläkare
- Chefsapotekare
- Beställarchef vårdval
- Verksamhetsutvecklare sjukhuset
- Verksamhetsutvecklare god och nära vård

Socialförvaltningen

- Socialdirektör
- Kvalitetschef
- Verksamhetschef hemsjukvård
- Enhetschef för arbetsterapeuter och fysioterapeuter i hemmet, SÄBO, korttidsenheten i Visby & hjälpmedel
- Avdelningschef hemtjänst
- Verksamhetsutvecklare hemtjänst
- MAS
- Samordnande SSK hemsjukvård
- SSK Visbyteamet hemsjukvård
- Arbetsterapeut hemsjukvård
- Fysioterapeut hemsjukvård

Regionstyrelsens förvaltning

- Samverkansledare
- Regiondirektör

Intervjufrågor

Uppdrag och funktion

- Hur fungerar hemsjukvårdens uppdrag i praktiken idag?
- Vad fungerar väl?
- Var uppstår otydlighet och eller friktion?
- Är uppdraget tydligt definierat?

Gränssnitt och ansvar

- Hur fungerar samverkan och ansvarsfördelning mellan hemsjukvården och övriga aktörer (primärvård, sjukhus, hemtjänst)?
- Uppstår tillfällen då patientansvaret blir otydligt mellan olika aktörer?
- Vad blir konsekvenserna för patienterna?

Kvalitet och patientsäkerhet

- Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering? Var uppstår svårigheter eller osäkerhet?
- Var finns avvikelser eller brister som påverkar vårdkvaliteten? Är bristerna kända, och hur hanteras de?
- Påverkas patientsäkerheten beroende på om hemsjukvården drivs av kommunen eller regionen?

Medicinsk styrning och kontinuitet

- Ger dagens organisering tillräckliga förutsättningar för medicinsk kvalitet, läkarmedverkan och kontinuitet?
- Hur fungerar fast vårdkontakt, samordning och SIP?
- Finns strukturella hinder?
- Hur påverkar organisationsformen möjligheten att rekrytera och behålla sjuksköterskor och annan legitimerad personal?
- Hur säkerställs att personalen har rätt kompetens idag och för framtida behov?

Målgrupp och inskrivning

- Hur fungerar kriterierna för inskrivning i hemsjukvården i praktiken?
- Uppstår skillnader i tolkning och tillämpning?
- Finns det situationer där kriterierna skapar svårigheter i gränsdragningen mellan olika vårdformer?

Organisatorisk hemvist

- Hur bedömer du att nuvarande organisatoriska placering inom socialförvaltningen påverkar verksamhetens förutsättningar och uppdrag?
- Vilka konsekvenser ser du med nuvarande placering inom socialförvaltningen?
- Vad skulle förändras om hemsjukvården låg inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen? Vad skulle riskera att försämrats?
- Påverkar huvudmannaskapet tillgången till medicinsk kompetens, läkarkontakt och specialiststöd? Hur?

- Är det vanligt att patienter behöver uppsöka en högre vårdnivå/sjukhus i "onödan" där ett samtal med specialist/besök av läkare hade räckt?
- Vilken organisationsform/huvudmannaskap upplever du är bäst rustad för framtidens behov, exempelvis ökad andel äldre och mer avancerad vård i hemmet?

Referenser

- KPMG. (2024). *Granskning av samverkan i hemsjukvården*. Region Gotland.
- Region Gotland. (2017). *Habilitering och rehabilitering – ansvarsfördelning* (STY-10564 v1.0)
- Region Gotland. (2024). HSN-AU § 103 – Revisionsrapport, granskning av samverkan i hemsjukvård
- Region Gotland. (2024). *Riktlinje – Fasta kontakter i vård och omsorg* (STY-37770 v2.0)
- Region Gotland. (2024). Samarbete kring hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå (STY-43351 v1.0)
- Region Gotland. (2024). SON § 168 – Svar revisionsrapport, granskning av samverkan i hemsjukvård
- Region Gotland. (2024). Tjänsteskrivelse – Granskning av samverkan i hemsjukvård (HSN 2024/284, SON 2024/185)
- Region Gotland. (2024). Uppdrag och kvalitetskrav – Hemsjukvård (STY-10263 v7.0)
- Region Gotland. (2025). *Arbetsordning – Hälso- och sjukvård i hemmet, Gemensam arbetsordning* HSF/SOF, beslutad 2025-12-22 (Samverkansforum 2024/2)
- Region Gotland. (2025). *Delrapport – Fördjupning tröskelprincipen och ansvarsövertag* (SON 2024/601, HSN 2024/881). Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Socialförvaltningen
- Region Gotland. (2025). *Gemensamt ramverk för samverkan skola, vård och omsorg* (STY-44458 v1.0)
- Region Gotland. (2025). Riktlinje – Samordnad individuell plan (SIP) (STY-46468 v3.0)
- Region Gotland. (2025). Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård/heldygnsvård (STY-11892 v11.0)
- Region Gotland. (2026). *Demografisk utveckling*. Hämtad 8 april 2026 från <https://gotland.se/region-och-politik/regionfakta-och-statistik/omvarldsanalys/demografisk-utveckling>
- Region Gotland. (2026). *Organisationskarta – Hälso- och sjukvården*.
- Region Stockholm. (2024). *Samverkan kring vård hemma hos patienten ska stärkas*. Hämtad 9 april 2026 från <https://www.regionstockholm.se/nyheter/2024/12/samverkan-kring-vard-hemma-hos-patienten-ska-starkas/>
- Region Stockholm. (2025). *Målbild 2040 och strategisk plan för hälso- och sjukvården*. Hämtad 28 april 2026 från <https://www.regionstockholm.se/nyheter/2025/07/malbild-2040-och-strategisk-plan-for-halso--och-sjukvarden/>

Region Stockholm. (2026). *Samverkan i vård och omsorg*. Hämtad 9 april 2026 från <https://www.regionstockholm.se/halsa-sjukvard/samverkan-i-varld-och-omsorg/>

Begreppslista

- Hemsjukvård: Hälso- och sjukvårdsinsatser som ges i patientens hem till patienter som har svårigheter att ta sig till vårdcentral eller mottagning.
- Basal hemsjukvård: Grundläggande hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet, såsom omvårdnad, enklare medicinska insatser och sjuksköterskebedömningar.
- Delegering: Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan delegera vissa medicinska arbetsuppgifter, exempelvis läkemedelshantering, till annan personal. Delegering får endast ske om det är förenligt med god och säker vård. Den som delegerar ansvarar för att mottagaren har rätt kompetens, och beslutet ska vara skriftligt.
- Tröskelprincipen: Princip som avgör om en patient ska skrivas in i hemsjukvård, baserat på förmåga att ta sig till vårdcentral.
- Ansvarsövertag: Att en vårdgivare tar över ansvaret för en hälso- och sjukvårdsinsats som patienten annars själv hade ansvarat för, exempelvis läkemedelshantering, när patienten inte själv kan utföra den på ett säkert sätt.
- Inskrivning i hemsjukvård: Beslut om att patienten får sina hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet i stället för via vårdcentraler (utifrån dagens upplägg).
- Hemtjänst: Kommunala omsorgsinsatser i hemmet, exempelvis hjälp med personlig omvårdnad och dagliga aktiviteter.
- Samordnad individuell plan (SIP): Plan som tas fram gemensamt mellan vård och omsorg när en patient har behov av insatser från flera aktörer.
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS): Funktion inom socialförvaltningen med ansvar för kvalitet och patientsäkerhet i den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen.
- Egenvård: I svensk hälso- och sjukvård definieras egenvård enligt lagen (2022:1250) om egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan.