



Tillsammans med primärvården som nav

Exempel på samarbeten kring specialiserad
vård i hemmet



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Tillsammans med primärvården som nav

Exempel på samarbeten kring specialiserad
vård i hemmet

Upplysningar om innehållet:

Kristina Malmsten, kristina.malmsten@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2024

ISBN: 978-91-8047-248-7

Illustration: Kristine Widlert/SKR

Produktion: Advant

Förord

Att människor lever allt längre liv är en fantastisk framgång. Sjukdomar och tillstånd som vi tidigare avled av kan vi idag behandla och leva med tack vare förbättrad folkhälsa och medicinsk utveckling. Det innebär också att allt fler personer lever länge med en eller flera kroniska sjukdomar. Svensk hälso- och sjukvård och omsorg ställer nu om till Nära vård. En mer personcentrerad, samordnad, hälsofrämjande och samskapad vård och omsorg. Genom det skapar vi möjligheter att både anpassa hälso- och sjukvården och omsorgen efter de behov befolkningen har idag, och i framtiden.

En positiv utveckling är att möjligheterna har blivit bättre för personer att få vård i sitt hem. De allra sjukaste och sköraste mår oftast bäst av att inte återkommande behöva åka in och ut på sjukhus, och genom att få vara kvar i hemmet kan livskvaliteten öka. Genom ett personcentrerat arbetssätt där hänsyn tas till att varje person och situation är unik kan rätt beslut tas i varje situation.

I denna skrift ges exempel på fördjupat samarbete mellan primärvård och specialiserad vård för en nära, sammanhållen och effektiv vård. Exempel på hur medarbetare från olika yrkesgrupper, och som är anställda hos olika aktörer i vården, samarbetar. Konsultföretaget Governo har anlitats som stöd i framtagandet av de lärande exemplen.

Skriften bjuder på inspiration och kunskap med förhoppningen om att fortsätta öka engagemanget för att utveckla vård och omsorg i hemmet.

Stockholm i mars 2024

Lisbeth Löpare Johansson
Samordnare Nära vård
Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Regioner

Innehåll

- 7 Inledning
- 7 Ädel-reformen
- 8 Ett gemensamt ansvar
- 8 Ständig utveckling med förändring av behov och möjligheter
- 9 Goda medicinska resultat men brister och utmaningar finns
- 10 Nära vård, en del av lösningen

- 13 **Kapitel 1. Specialiserad palliativ hemsjukvård**
- 13 Vad innebär specialiserad palliativ vård?
- 14 Storsjögöläntan möjliggör en trygg vård i hemmet för patienter i livets slutskede
- 15 En gemensam behandlingsstrategi som utgångspunkt för en patientnära vård i hemmet
- 18 En trygghet för både patient, närstående och medarbetare
- 19 Utmaningen med att samverka och vikten av goda relationer
- 20 Den fortsatta utvecklingen av specialiserad palliativ hemsjukvård

- 22 **Kapitel 2. Mobilt sjukhusteam - akut specialiserad vård i hemmet**
- 22 Mobilt sjukhusteam
- 25 Med utgångspunkt i patientens behov
- 26 Valfungerande akut specialiserad vård i hemmet
- 26 Ansvarsfördelning och samverkan
- 28 Samverkan med fokus på patientens behov

- 29 **Kapitel 3. Sjukhusanknuten hemrehabilitering efter stroke**
- 29 Vad innebär en stroke eller TIA?
- 30 Strokerehabteamet - ett sjukhusanknutet team som erbjuder rehabilitering i hemmet
- 34 Rehabilitering i hemmet ger patienten extra motivation och glädje

- 37 **Kapitel 4. Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam**
- 37 Specialistpsykiatriskt Omvårdnadsteam (SPOT)
i Region Västernorrland
- 38 Multiprofessionellt team med fokus på samordning
och digitala arbetssätt
- 40 Teamen kan nå fler och minskar behovet av slutenvård
- 42 Centrala förutsättningar, framgångsfaktorer och
utmaningar att hantera
- 44 **Kapitel 5. Trakteam**
- 44 Trakeostomi
- 45 Utbildning som kvalitetssäkring
- 46 Trakteamet i Kronoberg
- 48 Värdet av trygghet vid specialiserad vård i hemmet
- 48 Delade tjänster och samverkansavtal
- 51 **Kapitel 6. Dialys i hemmet**
- 51 Dialys - en livsuppehållande åtgärd som kan göras både på sjukhus
och i hemmet
- 52 Från vård på sjukhus till stärkt egenvård i hemmet
- 55 Arbetet med dialys i hemmet har skapat stärkta
relationer och ekonomiska vinster
- 56 Regelverk och tjänsteköp har försvårat samverkan och det digitala
arbetssättet
- 58 **Kapitel 7. Sårcentrum**
- 58 Vad innebär ett svårläkt sår?
- 59 Sårcentrum Blekinge - två mottagningar som erbjuder stöd för
svårläkta sår
- 59 Korta väntetider och välutvecklade samarbeten
- 62 Sårcentrums arbetssätt gör patienten delaktig i läkningsprocessen
- 63 Utmaning i hälso- och sjukvårdssystemets utformning och vikten av
stöd från ledningen
- 64 Viktiga förutsättningar framåt och hur kvalitetsregister kan
öka vårdens jämlikhet

- 65 **Kapitel 8. Närsjukvårdsteam - akut vård i hemmet**
- 65 Närsjukvårdsteam Sahlgrenska universitetssjukhuset
- 66 Korta kompletterande akutvårdsinsatser - "flytspackel i sprickorna"
- 68 Samarbete med Sjukvårdens Larmcentral och ambulanssjukvården
- 69 Mobil akutvård som frigör resurser
- 69 Akutvård i hemmet och trygghetsskapande
- 70 Delade tjänster och att våga testa

- 72 **Kapitel 9. Diskussion**
- 73 Frivillighet är A och O
- 73 Utgångspunkten är vad som blir bäst för patienten
- 73 Gränsöverskridande teamarbete krävs
- 74 Tillgänglighet för varandra och för patienten
- 74 Involvera patient och närstående i vården
- 74 Tillåtelse att göra det lilla extra
- 74 Möjlighet att göra förändringar och lokala anpassningar
- 75 Mod, engagemang och flexibilitet
- 75 Se specialiserad vård som ett komplement till primärvård
- 76 Alla kan bli vinnare
- 77 Tips och trix

Inledning

Ädel-reformen

Ädel-reformen som genomfördes i Sverige 1992 innebar en stor förändring till det bättre för många patienter. Långvårdsavdelningarna avvecklades och för personer med behov av omfattande hjälp från andra för att klara sitt dagliga liv inrättades särskilda boenden i kommunens regi (SÄBO). Istället för att tillbringa sin sista tid i livet som patient på heltid i sjukhusmiljö, ofta på en flerbäddssal med bristande integritet och iförd sjukhuskläder, fick sjuka äldre med stora vård- och omsorgsbehov en egen lägenhet inredd med egna möbler och ett eget hyreskontrakt efter biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL).

Kommunerna tog i och med Ädel-reformen över huvudmannaansvaret för hälso- och sjukvård i SÄBO, undantaget läkare som förblev landstingets (nuvarande regionens) ansvar. Utgångspunkten var en helhetssyn på den äldre människan. Sociala och medicinska behov skulle tillgodoses på ett sammanhållet sätt. Sköra och sjuka personer skulle inte transporteras runt i vården. Hälso- och sjukvård i hemmet har därefter i allt större utsträckning där det varit möjligt ersatt besök på mottagningar och vård på sjukhus, en förflyttning som fortfarande pågår.

Kommunerna fick i samband med Ädel också möjlighet att ta över ansvaret för hemsjukvård på primärvårdsnivå i ordinärt boende. Idag har 285 kommuner tecknat avtal med sin region om detta. Det är endast i Stockholm, undantaget Norrtälje, som detta ansvar ligger kvar hos regionen.

I och med LSS-reformen 1994 och Psykiatrireformen 1995 tog kommunerna också över en stor del av ansvaret, framför allt när det gäller boende och sysselsättning, för personer med olika former av fysisk eller psykisk funktionsnedsättning.

Ett gemensamt ansvar

Regioner och kommuner har ett gemensamt ansvar för att vård och omsorg som ges i hemmet är av god kvalitet. Regionen har ansvar för läkarinsatser till patienten och för specialiserad vård. Kommunen har ansvar för socialtjänst och för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i SÄBO, utom för läkare. Utifrån överenskommelser med regionen, som ser olika ut runtom i landet, har kommuner även hälso- och sjukvårdsansvar på primärvårdsnivå i ordinärt boende, undantaget läkare.

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. Exakt vilka insatser som kan ges i hemmet och vilken huvudman som har ansvar för vad är inte reglerat i lagstiftningen. Det är upp till kommunerna och regionerna själva att komma överens om principer för gränsdragningar och former för hur samarbetet ska gå till. Utifrån överenskomna avtal och riktlinjer behövs alltid en individuell bedömning i varje enskilt fall. Vem som ansvarar för vad beskrivs i patientens individuella plan, som omprövas regelbundet och justeras i takt med förändrade vårdbehov.

Ständig utveckling med förändring av behov och möjligheter

Sedan Ädel-reformens tillkomst har vårdbehoven förändrats generellt sett. Vi lever längre och den medicintekniska utvecklingen, nya läkemedel, ökad kunskap och ökade möjligheter att utföra operationer långt upp i åldrarna har avsevärt förändrat både karaktär och omfattning av sjukvårdsbehoven.

Viktiga framsteg är att förekomsten av hjärtinfarkt och stroke i befolkningen halverats sedan år 2000 samtidigt som god tillgång till starroperationer och ledplastiker bidragit till förbättrad funktionsförmåga. Många äldre personer kan idag leva ett självständigt liv högt upp i åren utan att behöva vara beroende av andra. Patienter och närstående tar numera också själva ett stort ansvar för vårdinsatser genom egenvård. En konsekvens av denna utveckling är att antalet vårdplatser på sjukhus liksom antalet SÄBO-platser i kommunerna har minskat.

Parallellt med denna positiva utveckling har nya vårdbehov uppstått genom att fler kan överleva olyckor och cancersjukdomar samtidigt som behandling vid kroniska sjukdomar som diabetes, astma, KOL och hjärtsvikt förbättrats, så att även dessa personer kan leva länge med sin sjukdom. Dagens patienter i hemsjukvård och SÄBO har ofta flera sjukdomar, många läkemedel och andra pågående behandlingar. Detta ställer stora krav på samverkan inom och mellan huvudmän, vårdgivare och professioner. Behov av specialiserad vård och primärvård samtidigt i hemmiljö är vanligt förekommande. Exempel på vårdbehov som idag kan hanteras i hemsjukvård och i SÄBO är hantering av andningshjälpmedel, trakeostomi, intravenös behandling, sondmatning och intensiv rehabilitering.

Att hitta former för ett effektivt teamarbete i dagens hemsjukvård är förknipat med både utmaningar och möjligheter. Det handlar bland annat om att organisera teamarbetet, samskapa med patienter och närstående samt enas om hur lagstiftningen ska tolkas och tillämpas. Att dela värderingar och komma överens om gemensamma mål och spelregler är viktigt. Personal som samarbetar behöver kunna kommunicera på ett enkelt sätt men också ha tillgång till den information som behövs för att kunna bidra med sin del i teamet.

Goda medicinska resultat men brister och utmaningar finns

I en internationell jämförelse håller svensk sjukvård hög kvalitet och uppvisar goda medicinska resultat. Men när det gäller tillgänglighet, kontinuitet, information och patienternas delaktighet i vården ser det inte lika bra ut. Där är resultaten jämförelsevis sämre för Sveriges del¹.

Ju äldre en person är, desto större blir behovet av hälso- och sjukvård. Sverige är liksom många andra länder inne i en period av demografiska förändringar. Det sker nu en snabb ökning av antalet och andelen i befolkningen som är 80 år och äldre. Detta innebär en stor utmaning för hela vårdssystemet, inte minst med tanke på att befolkningen i arbetsför ålder inte alls ökar i samma takt. Färre personal kommer att behöva vårda flera patienter. Den uppgiften kan inte lösas genom att arbeta mer. Det som behövs är nya arbetssätt där teknisk och medicinsk utveckling men också förmågor hos personal, patienter och närstående tas tillvara.

Not. 1 Vården ur befolkningens perspektiv 65 år och äldre, IHP 2021, [Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre | Vård- och omsorgsanalys \(vardanalys.se\)](#).

För att möta identifierade brister och kommande utmaningar pågår idag en stor och långsiktig omställning av vårdsystemet som går under benämningen Nära vård.

Nära vård, en del av lösningen

Nära vård innebär en mer personcentrerad, sammanhållen, proaktiv och samskapad hälso och sjukvård. I den nära vården är primärvården navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan samtidigt som hälso- och sjukvårdens samlade resurser används mer effektivt.

Nära vård är ingen organisationsförändring. Det är ett kulturskifte för vård och omsorg med nya arbetssätt där insatserna ofta genomförs tillsammans över olika gränser. Regionernas och kommunernas primärvård är basen, men samarbeten finns med många andra som den specialiserade vården, socialtjänsten, elevhälsan och civilsamhället.



Fyra viktiga utvecklingsområden har identifierats som centrala i den pågående omställningen.

1. Flytta fokus från organisation till person och relation

Kärnan i Nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov, förutsättningar och drömmar. Det innebär att lyssna, se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen.

2. Komplettera reaktiva insatser med proaktiv och hälsofrämjande vård och omsorg

Att jobba proaktivt handlar om att arbeta med individens motivation, förmågor och friskfaktorer men också om att identifiera risker och förebygga sjukdom och skada. Att förebygga försämring av kronisk sjukdom, tidig upptäckt av ny sjukdom, korta väntetider till bedömning och behandling samt rehabilitering är andra sätt att arbeta proaktivt. Hjälpa med att sluta röka och vara fysisk aktiv är grundläggande liksom en god planering med kontinuitet och fasta kontakter när det behövs.

3. Gå från isolerade vård- och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus

Att samordna och samskapa vården och omsorgen kräver att alla aktörer kan samarbeta över organisatoriska gränser när det behövs. Patienten och de närstående ska uppleva vården som sömlös och även vara viktiga parter i teamet.

4. Gå från passiva mottagare till aktiva medskapare

Patienten ska ges möjlighet att vara delaktig i vården utifrån sina förutsättningar och preferenser. God och upprepad information liksom en tydlig överenskommelse om vem som gör vad är centralt.



Den sedan länge pågående förflyttningen av vård från sjukhus till hemmet kommer att fortsätta. Nya samarbetsformer mellan personal från olika organisationer och yrkesgrupper behöver utvecklas. Ny teknik och egenvård behöver få en ökad användning.

En särskild utmaning är att hitta former för bättre samverkan mellan vårdnivåerna. Idag är det vanligt att patienter behöver vård på primärvårdsnivå och specialiserad nivå samtidigt. Detta är möjligt om planeringen tar sin utgångspunkt i patientens behov och önskemål. Som vid alla förändringar har några gått före och skaffat erfarenheter som andra kan ha nytta av. I denna skrift presenteras åtta lärande exempel på hur verksamheter lyckats få teamarbetet att fungera inom olika vårdområden där primärvård och specialiserad vård behöver mötas.

Specialiserad palliativ hemsjukvård

På Östersunds sjukhus finns Storsjögläntan, ett specialiserat palliativt hemsjukvårdsteam som har en nära samverkan mellan sjukhusavdelningar, specialistmottagningar, hälsocentraler och kommunal primärvård. De arbetar tillsammans för att stötta obotligt sjuka patienter som önskar vårdas i sitt hem under sin sista tid i livet.

Vad innebär specialiserad palliativ vård?

Varje år avlider drygt 70 000 personer som under de sista veckorna, månaderna och ibland längre, behövt palliativa vårdinsatser. Av dessa är det ungefär 22 000 personer som behöver stöd av specialiserad palliativ kompetens.² Till skillnad från den allmänna palliativa vården, som utförs av primärvården både inom region och kommun och vårdavdelningar på sjukhus, så riktar sig specialiserad palliativ vård till patienter som har komplexa behov. Ofta behöver dessa patienter stöd från ett multiprofessionellt specialiserat palliativt team. Kunskap kring palliativ vård, hur den är organiserad och vem den riktar sig till ser olika ut i olika delar av landet. Exempel på detta är att inte alla regioner i landet har tillgång till ett specialiserat palliativt hemsjukvårdsteam. Andra saknar palliativmedicinsk jourlinje, konsultteam, specialiserade palliativa slutenvårdsplatser och palliativ mottagningsverksamhet. Det finns en stor potential i att både höja kompetensen kring palliativ sjukvård samt förbättra den specialiserade palliativa vårdens infrastruktur. På så sätt skulle man successivt kunna förbättra den palliativa vården för samtliga regioner och öka jämlikheten i landet för patienter i behov av palliativ vård.³

Not. 2 [Regionala cancercentrum i samverkan. Den palliativa vårdens dimensionering.](#)

Not. 3 Bertil Axelsson, Specialiserad palliativ hemsjukvård i Sverige och möjligheterna att tillhandahålla detta även i glesbygd (2013) samt Bertil Axelsson, Kompetens när och där behoven finns (2016).

Storsjögläntan möjliggör en trygg vård i hemmet för patienter i livets slutskede

På Östersunds sjukhus finns ett specialiserat palliativt team som erbjuder patienter i livets slutskede specialiserad palliativ vård i hemmet, oavsett patienternas ålder, bostadsort, diagnos eller vårdform. Storsjögläntan möjliggör en trygg vård i hemmet för såväl patient som närstående.

Tankarna kring bildandet av Storsjögläntan startade under 1980-talet, när det blev tydligt för medarbetare på Östersunds sjukhus att många patienter i livets slutskede blev kvar på sjukhuset – trots att den vård som patienten behövde inte längre nödvändigtvis behövde utföras på sjukhus. En av anledningarna till att patienterna blev kvar på sjukhuset grundades i en rädsla från patienten för att åka hem från sjukhuset. Patienterna i livets slutskede upplevde att det var svårt att komma i kontakt med vården när de befann sig hemma. Patientens rädsla för att åka hem blev större av länets stora geografiska avstånd med upp till 25 mils enkel resa från hemmet till sjukhuset. Det här blev i början av 1990-talet startskottet till ett specialiserat palliativt hemsjukvårdsteam där teamet möter patienten i hemmet i stället för på sjukhuset.

För att möjliggöra för flera olika professioner att mötas i patientens hem identifierades tidigt i arbetet vikten av att samla all patientinformation på samma ställe så att alla involverade snabbt kan sätta sig in i patientens sjukdomshistorik och individuella önskemål. Från början, och även idag, används en mapp i patientens hem för att samla all information och alla kontaktuppgifter till patienten och de professioner som är involverade i patientens vård.

”Samarbetet fungerar väldigt bra. Storsjögläntan finns alltid att nå för sjuksköterskorna.”

- Medarbetare i Krokoms kommun

Idag består teamet på Storsjögläntan av 1,5 läkartjänster fördelat på tre medarbetare, sju regionanställda sjuksköterskor på heltid, en medicinsk sekreterare och en kurator på halvtid. Tillsammans når de ut till ca 40 inskrivna patienter åt gången med obotlig progressiv sjukdom oavsett ålder, bostadsort och grundsjukdom. Varje år är det mellan 150–175 personer som varit inskrivna i Storsjögläntan, men som senare avlidit.

”Omvårdnaden och behandlingen på vårdavdelningen fungerade inte helt tillfredsställande, men när Storsjögläntan kom in och tog sig an ärendet visade de en helt annan förtrogenhet med situationen, medicineringen och visade sig ha väldigt välfungerande kontaktvägar till kommun och primärvård. Det blev en otrolig skillnad när de kom in”.

- Närstående

Arbetet i teamet förutsätter ett nära samarbete mellan professioner från både kommun och region. Teamet arbetar kontorstid men har ett välutvecklat samarbete med kommunalt anställda distriktssköterskor och sjuksköterskor som möjliggör sjuksköterskestöd i hemmet över hela länet 24 timmar om dygnet, 7 dygn i veckan. Vid behov under helger och kvällar kontaktar de jourläkare inom primärvården. Det medicinska ansvaret ligger på teamets läkare när patienten vårdas i hemmet och på ansvarig avdelningsläkare vid behov av sjukhusvård. Omvårdnadsansvaret ligger hos distriktssköterskorna och sjuksköterskorna i den kommunala hemsjukvården med teamets sjuksköterskor som konsultativt stöd.

”Det var en helt komplikationsfri kommunikation mellan Storsjögläntan och kommunen. Ingen information tappades bort. Det som skrevs av läkare hade sjuksköterskorna inom hemsjukvården läst samma dag innan de kom på besök. Informationsutbytet, fungerande imponerande, inget föll mellan stolarna”.

- Närstående

En gemensam behandlingsstrategi som utgångspunkt för en patientnära vård i hemmet

Storsjögläntan kopplas in när en patient remitteras från en läkare i primärvården eller på sjukhuset. Därefter sker ett hembesök på en och halv till två timmar med patienten, närstående och ansvarig distriktssköterska närvarande. I samband med detta formuleras en dokumenterad behandlingsstrategi som konkretiserar vad som ska göras och vad som inte ska göras när förväntade försämringar tillstöter. Patientens önskemål om vårdplats och icke önskvärda insatser dokumenteras. Roller, ansvar och kontaktuppgifter till de som står för patientens omvårdnad tydliggörs. I samband med avslutningsbesöket ges närstående möjlighet till enskilt samtal med teamets läkare. Detta för att få svar på sina frågor men också för att få ge uttryck för

vad de behöver för stöd för att orka både som individ och som familj/grupp av närstående. Kommunens medverkan i samtalet bidrar till en ökad förståelse för både patient, närstående och andra professioner kring de insatser som kommunen kan erbjuda patienten, som exempelvis rehabiliterande och energisparande insatser.

”Det är viktigt att vara proaktiv och att vara intresserad av närståendes behov.”

- Medarbetare i Storsjögläntan

Till en början möttes arbetssättet av motstånd från kommunens distriktssköterskor som ansvarar för patientens omvårdnad. Det fanns en rädsla för att ge ut distriktssköterskornas telefonnummer till patienten eftersom de såg en risk att telefonen skulle ringa ännu mer under arbetstid parallellt med alla andra arbetsuppgifter. Men det visade sig snart att när patienten kände trygghet i att ha tillgång till den kommunala distriktssköterskans telefonnummer så ringde patienterna och närstående i stället färre gånger än tidigare.

En viktig förutsättning för att specialiserad palliativ sjukvård ska kunna genomföras i hemmet är en gemensam åtkomst till patientens journal. Läkare inom primärvård samt sjukhusets olika kliniker kan läsa varandras anteckningar. Sedan en tid kan kommunens legitimerade personal läsa direkt i Cosmic (regionens journalsystem) via Link och via en särskild behörighet kopplad till deras SITHs-kort skriva notat i Cosmic. Regionen har dock inte möjlighet att läsa journaler som kommunen för.

Teamet har också tagit fram en så kallad ”rescue box” i livets slutskede för subcutana injektioner. Denna rescue box eller behovslåda innebär att sedvanliga injektionsläkemedel för lindring av smärta, illamående, ångest, andnöd och rosslighet finns på plats i hemmet så att distriktssköterskan i hemsjukvården kan ge ordinerade vid behovs doser utan ytterligare läkar-kontakt. Detta möjliggör snabb symtomlindring, underlättar arbetet för alla som arbetar med patienten och minskar behovet av akuta sjukhusbesök. Även närstående kan få utbildning av Storsjögläntan för att ge enstaka uppdragna extradoser till patienten. Något som är särskilt viktigt för boende i glesbygd eller vid plötsligt kraftiga symtom.

”Behovslådan är nästan en ’måsteinsats’. Patienterna har ofta komplexa vårdbehov och en del av läkemedlen de behöver får vi inte ha i våra förråd. Då har läkarna fyllt behovslådan med det som patienten behöver.”

- Medarbetare i Krokoms kommun

”Det är mycket som är mer av sunt förnuft i det här – det handlar inte om att skicka ett rymdskepp till månen. Ofta förbiser man enkla åtgärder som kan göras för att få till en bättre vård.”

- Medarbetare i Storsjögläntan

Som ett komplement till Storsjögläntans specialiserade palliativa hemsjukvårdsteam finns också ett palliativt konsultteam på Östersunds sjukhus. Det palliativa konsultteamet erbjuder stöd och utbildning i palliativ vård till primärvård, kommunala vårdformer och sjukhuskliniker. Konsultteamet består av en heltids läkartjänst som bemannas av specialister i palliativ medicin, en heltidsanställd sjuksköterska och en kurator på halvtid. Det palliativa konsultteamet besöker varje sjukhusavdelning i samband med rond var fjortonde dag och särskilda boenden har fram till pandemin fått besök i samband med distriktsläkarrond var fjärde vecka. Kuratorns roll i teamet är framför allt att erbjuda stöd till personalgrupper såväl på som utanför sjukhuset när de möter patienter som innebär särskilda utmaningar.

Efter en tids gemensamma ronder med det palliativa konsultteamet började flera hälsocentraler självmant proaktivt formulera behandlingsstrategier för patienter som skevs in i hemsjukvård eller flyttade in på särskilt boende. Detta gjordes i samband med ett timslångt gemensamt möte med patient, närstående, läkare, kontaktperson och ansvarig sjuksköterska i kommunen. Distriktsläkarna vittnade om att detta proaktiva arbetssätt innebar både en tidsbesparing för dem själva samtidigt som det gav tryggare närstående, tydligare riktlinjer för inblandad personal och i förlängningen en ökad kvalitet för patienten. Vissa kommuner i länet har också skapat en egen utbildning i palliativ vård för att exempelvis utbilda i smärta, nutrition och trycksår, vilket stärker tryggheten hos omvårdnadspersonalen som möter patienter med palliativa vårdbehov i hemmet.

”Vi ska lära av Storsjögläntan och ta med det till alla våra patienter.”

- Medarbetare i Krokom kommun

”En kväll diskuterade vi behovet av en elektrisk madrasslyft - redan nästa morgon var den på plats. Då hade personalen kommunicerat informationen till kollegor som fångat upp vårt behov”.

- Närstående

En trygghet för både patient, närstående och medarbetare

En av de största nyttorna med Storsjögläntan är att arbetsättet medför en trygghet för både patient, närstående och medarbetare. Tryggheten grundas i att alla involverade vet vad som gäller för patienten och är informerade om hur de bör agera vid olika händelser. Det innebär en ökad trygghet för exempelvis distriktssköterskor i kommunen och hos omvårdnadspersonalen som oftast är ensamma hemma hos patienten kvällar och helger. Det ger även närstående möjlighet att vara med och påverka vården. Genom att inkludera den närståendes behov ökar sannolikheten för att de närstående är förstående och trygga men också att de fysiskt och mentalt orkar. Ett tydligt exempel på vikten av en av den palliativa vårdens fyra hörnstenar, nämligen vikten av närståendestöd.

”Om en familjemedlem fått adekvat hjälp på rätt sätt, ökar det hens trygghet i att hen själv kommer få rätt hjälp den dagen hen själv blir sjuk.”

- Medarbetare i Storsjögläntan

”Jag upplevde det som tydligt att personalen var mycket kompetenta kring omhändertagande. Omvårdnad handlar för mig om att se individens behov och att vara lyhörd för önskemål”.

- Närstående

En annan nytta med Storsjögläntans verksamhet är att den bidrar till ett gemensamt lärande kring palliativ vård vilket kan undvika onödiga inskrivningar på sjukhus och därmed frigör sjukhusplatser till mer akuta patienter. Forskning visar att den till Storsjögläntan anslutna medianpatienten sparade 11 vårddagar på sjukhus jämfört med köns-, ålders- och diagnosmatchade historiska kontroller.⁴ Samtidigt är det viktigt att betona att när slutenvården spar in kostnader för vården så läggs en större kostnad på kommunen, vilket gör att den totala samhällskostnaden inte nödvändigtvis minskar. Däremot går det tydligt att se kvalitetsvinster för patienten och närstående – en viktig fördel när kostnaderna inte överstiger vanlig vård.

Det palliativa konsultteamet har genom utbildningar och besök lärt känna läkare och sjuksköterskor på såväl hälsocentralerna som inom kommunen bättre och på så sätt skapat relationer som gör det lättare att kontakta varandra för frågor och råd.

Det har också visat sig att personal både i kommunala vårdformer och på sjukhuset är positiva till arbetssättet. Kunskaperna som genereras av samarbetet med det palliativa konsultteamet runt enstaka patienter ger värdefulla spridningseffekter som gagnar andra patienter med palliativa vårdbehov där de palliativa specialisterna inte är inblandade. Exempelvis stärks de kommunala distriktssköterskorna i sin roll vilket medfört att de idag klarar av och känner sig trygga i mer avancerade vårdsituationer än tidigare.

”Det handlar om en trygghet – att man vet vad som gäller för en enskild patient och att patienten vet vad de kan göra när olika saker händer.”

- Medarbetare i Storsjögläntan

Utmaningen med att samverka och vikten av goda relationer

I Region Jämtland Härjedalen kommunaliserades hemsjukvården redan 1992. Samverkan mellan Storsjögläntan, det palliativa konsultteamet och primärvård och kommunala vårdteam har fungerat väl och på ett självklart sätt med patientens bästa för ögonen. Påfrestningar på kommunernas ekonomi gjorde att man från kommunalt håll för några år sedan började ifrågasätta om deras personal verkligen skulle utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter till patienter med palliativa vårdbehov som vårdades i sina

Not. 4 Axelsson B, Borup Christensen S. Evaluation of a hospital-based palliative support service with special reference to economical outcome measures. Palliative Medicine 1998; 12: 41-49.

privata hem med stöd av Storsjögläntan. Man menade att dessa insatser var regionens ansvar både praktiskt och ekonomiskt. Lösningen blev att Region Jämtland-Härjedalen numera ersätter kommunerna med en viss summa per patient och dag för de dagar som en inskriven Storsjögläntepatient vårdas i sitt eget hem. Det medför att de medarbetare som ska arbeta med den palliativa vården kring patienten i högre grad kan fokusera på sina arbetsuppgifter i stället för på ekonomin.

”Jag upplevde att man verkar ha en adekvat bemanning och att möten fick ta den tid det tar. Det kändes tryggt och jag upplevde aldrig någon stress”.

- Närstående

En annan utmaning är att arbetet inom det palliativa konsultteamet är krävande. Det behövs specialistkompetens inom palliativ medicin och palliativ omvårdnad samt flera års klinisk erfarenhet av specialiserad palliativ vård. Men arbetet ger också mycket viktiga erfarenheter och insikter i hur vårdkedjans olika delar fungerar. För att de kunskaperna ska komma fler till del så är det flera specialistläkare som delar på arbetsuppgiften som konsultläkare. Två sjuksköterskor växlar sinsemellan med ett års mellanrum mellan arbete som konsultsjuksköterska och sjuksköterska på Storsjögläntan.

Den kanske viktigaste förutsättningen för att lyckas med samarbetet är de goda kontakter som byggts mellan primärvård och specialiserad vård. Genom snabba och tydliga kontaktvägar har Storsjögläntan och det palliativa konsultteamet lyckats tillgodose patientens behov snabbare av rätt profession på rätt vårdnivå och har på så sätt bidragit till att undvika inskrivning på sjukhus. Idag finns avtalet för samverkan kring Storsjögläntan utanför samverkansavtalet för hemsjukvård mellan regionen och kommunerna i länet. En förhoppning framåt är att all samverkan ska samlas inom ett samverkansavtal.

Den fortsatta utvecklingen av specialiserad palliativ hemsjukvård

Det finns en stor potential framåt i att utveckla den specialiserade palliativa hemsjukvården i flera delar av landet. Idag saknas på flera håll en enhetlig infrastruktur för hur den palliativa hemsjukvården organiseras. För att uppnå en mer jämlik palliativ vård krävs en förutsägbar infrastruktur där det exempelvis klargörs att specialiserad palliativ hemsjukvård och palliativt

konsultstöd måste finnas tillgängligt oavsett diagnos, bostadsort eller vårdform. Dessutom krävs en ökad kompetens inom palliativ vård i hela vårdkedjan. Genom att stötta den allmänna palliativa vården i ett tidigare skede så finns möjlighet att stötta fler patienter som har palliativa vårdbehov i livets slutskede och utforma en trygg vård och omsorg i det egna hemmet.

”Det är ett lotteri hur den specialiserade palliativa vården är utformad i landet. I vissa regioner är den bara riktad till vuxna. Andra regioner erbjuder bara specialiserade palliativa insatser till de som har ALS eller cancer. Det vore önskvärt att det fanns nationella riktlinjer som slog fast att specialiserad palliativ vård i olika former ska finnas tillgängliga på ett förutsägbart sätt över hela landet. För att kunna ge alla som drabbas av komplexa palliativa vårdbehov det palliativa specialiststöd som de behöver måste det finnas palliativa mottagningar, slutenvårdsplatser, konsultteam, hemsjukvårdsteam och en palliativmedicinsk jourlinje 24/7.

- Medarbetare i Storsjögläntan

Mobilt sjukhusteam - akut specialiserad vård i hemmet

I Malmö finns mobilt sjukhusteam som bedriver akut specialiserad vård i hemmet. Bakgrunden till att starta mobilt sjukhusteam var att erbjuda patienter ett alternativ till vård på sjukhus när de vill och kan vara hemma. Målgruppen var från början sköra äldre, men har senare breddats även till andra patientgrupper. Samverkan med kommunal och regional primärvård har varit viktig i att utveckla akut specialiserad vård i hemmet utifrån patientens behov.

Mobilt sjukhusteam

Mobilt sjukhusteam bildades i Malmö 2021 för att erbjuda patienter ett alternativ till vård på sjukhus när det är möjligt. Detta var en fortsättning på ett flertal initiativ som genomförts inom Region Skåne som en del i omställningen till Nära vård. Mobilt sjukhusteam bygger även vidare på erfarenheter från Mobilt vårdteam Malmö, som startades 2012 och då hette ÄMMA-teamet (Äldre i Malmö Mobilt Akutteam).

Något som skiljer mobilt sjukhusteam från andra mobila team är den vård som ges. Alternativet till mobilt sjukhusteam är att skrivas in på sjukhus. I mobilt sjukhusteam ingår läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeut och medicinsk sekreterare. Teamet ställer diagnos på samma sätt som vid sjukhusvård med hjälp av till exempel EKG, ultraljud och blodanalyser. De har även specialistläkarkompetens i teamet och beredskap dygnet runt.

Mobilt sjukhusteam var först ett projekt med syfte att testa om det kan fungera att erbjuda akut specialiserad vård i hemmet i Sverige. Det är något som gjorts i andra länder sedan en längre tid tillbaka, till exempel utvecklades redan i mitten på 1990-talet ett program för Hospital at Home (HaH) vid John Hopkins Medicine i USA. Projektet Mobilt sjukhusteam visade på goda resultat och det är numera en del av den ordinarie verksamheten.⁵

”Detta är vårdnivån som ersätter sjukhusavdelningen, men som skapar vård i hemmet.”

- Medarbetare mobilt sjukhusteam

Grunden för det mobila sjukhusteamet är att de ska erbjuda specialiserad vård som är möjlig att bedrivas i hemmet. Centralt är att patient och närstående har en egen önskan om att patienten vårdas i sitt hem. Det handlar om akut vård och därför är det viktigt att betona att det är ett erbjudande till patienten. Vidare behöver det också vara möjligt rent medicinskt att vårdas i hemmet, vilket avgörs av vilken behandling som är lämplig för patienten.

”Vill man ersätta slutenvård som traditionellt givits på sjukhus, då är en viktig förutsättning att teamet organisatoriskt kopplas till sjukhus. Det ska vara likvärdig vård, men på annan plats. Det är jätteviktigt och skiljer detta från andra mobila team som ligger under primärvård.”

- Medarbetare mobilt sjukhusteam

En del i arbetssättet är att mobilt sjukhusteam genomför kortare insatser, som innebär mellan 1–14 dagars vårdtid. Det finns också en begränsning i hur ofta de kan komma ut till patienten som idag ligger på maximalt tre besök per dygn. I genomsnitt har mobilt sjukhusteam i Malmö mellan 10–14 patienter inskrivna. Det ingår inga undersköterskor i teamet och därför är en förutsättning att antingen patienten själv, någon närstående eller kommunen kan sköta omvårdnaden. Mobilt sjukhusteam tar bara över det medicinska ansvaret tillfälligt. När patienten inte längre är i behov av akut specialiserad vård överförs ansvaret åter till primärvården.

Not. 5 Region Skåne, [Slutrapport Akut sjukhusvård i hemmet](#).

Målgruppen när projektet inleddes var sköra äldre. Efter en tid breddades dock målgruppen då de insåg att även andra patientgrupper kunde ha god hjälp av att få akut specialiserad vård i hemmet. Däremot finns en åldersgräns på 18 år för vilka som kan få vård av teamet. De vanligaste diagnoserna är infektionssjukdomar.

”De satte bandage på mitt ben. De kom varje kväll och tog bort bandaget inför natten och kom sedan på morgonen igen och behandlade benet och satte på nytt bandage.”

- Patient

”De mätte även min puls och upptäckte en dag att pulsen vobblar. Då sa de att nästa gång tar vi med oss utrustning för EKG. Det visade sig att jag hade hjärtflimmer.”

- Patient

Kommunikationen är viktig när en patient vårdas av mobilt sjukhusteam. Övriga vårdgrannar ska alltid veta när teamet är inkopplade och har ansvaret för patienten. Mobilt sjukhusteam informerar när något ändras och vid utskrivning av patienten. De har bara ett nummer vilket gör att det är lätt att kommunicera med dem, om till exempel någon i hemsjukvården behöver ha kontakt. En viktig del i arbetet är ansvarsfördelningen, att det är tydligt för alla vem som ansvarar för vad. När en patient får vård av mobilt sjukhusteam och de har medicinskt ansvar framgår det tydligt i journaldokumentationen. Teamet ansvarar för att det finns ett försättsblad med kontaktuppgifter i patientens pärm.

Dokumentationen görs i respektive medverkande organisations journal. Detta innebär att mobilt sjukhusteam använder system Melior, medan läkare inom primärvården dokumenterar i PMO och kommunens legitimerade medarbetare i Procapita. Den Nationella patientöversikten (NPÖ) ger en samlad bild av den information som finns i en patients journaler hos andra vårdgivare.

Med utgångspunkt i patientens behov

Personcentrering är en del i arbetet i mobilt sjukhusteam och blir tydlig när vården utförs i hemmet. Det beskrivs ge medarbetarna en annan förståelse för patientens omgivning och vardag. Det gör att det blir lättare att utgå från patientens behov och hen kan även vara mer delaktig i utformningen av vården. När mobilt sjukhusteam och kommunen möts i patientens hem, bidrar det till att överbrygga mycket av de utmaningar som annars kan förekomma i övergången från slutenvård till hemsjukvård.

”Patienten får vara hemma, får mycket information och uppmärksamhet. Det ger mycket trygghet att mötas hemma hos patienten.”

- Medarbetare Malmö stad

”Vi har många bra medarbetare, försöker koppla tillbaka till patientens vilja och behov. Inte börja i ansvar och ekonomi. Hur gör vi det gemensamt så bra som möjligt för patienten.”

- Medarbetare mobilt sjukhusteam

Värdefullt för både patient och verksamhet

Fördelarna för patienten med att få den akuta specialiserade vården i hemmet är många. Utöver det praktiska med att inte behöva åka in till sjukhus är en sak att risken för vårdrelaterade infektioner minskar, vilka annars kan förlänga vårdtillfällena. Dessutom bibehålls patientens funktionsnivå bättre vid vård i hemmet jämfört med om hen är inskriven i slutenvården. En annan fördel är att patienter även sover och äter bättre när de är hemma. Risken för att falla är också mindre. Dessutom är ett stort värde på ett annat plan att när patienten är kvar hemma kan hen lättare träffa familj, vänner och husdjur.

”Jag har aldrig i hela mitt liv blivit behandlad på det sättet som de gjorde. De var så professionella. De sa du är nu inskriven på akuten, vi gör det du skulle ha fått gjort på akuten. Jag och min sambo är så nöjda.”

- Patient

En fördel för verksamheten är att flera medarbetare i mobilt sjukhusteam anser att det ger dem en positiv arbetsmiljö och att de trivs med att arbeta på detta sätt. En annan aspekt är att vården är mindre resurskrävande än traditionell slutenvård. Upplägget och arbetet hjälper också till att utmana slutenvårdsbehovet. Enligt medarbetare i teamet ser de på vårdavdelningar på sjukhuset att de nu kan skriva ut patienter tidigare än innan teamet fanns. Det finns på så sätt många positiva värden med arbetssättet i mobilt sjukhusteam. En annan stor fördel är att teamet bidrar med en trygghet för medarbetare i kommunen.

”Den stora positiva skillnaden är att patienten mår bra av att vara hemma. Sedan känner sjuksköterskan som är involverad ett tryggt läkarstöd – det är vi inte bortskämda med.”

- Medarbetare Malmö Stad

Välfungerande akut specialiserad vård i hemmet

Arbetet i mobilt sjukhusteam har visat sig ge goda resultat. I utvärderingen av det projekt inom vilket teamet först bedrevs konstaterades att vården hade kunnat ges med samma höga kvalitet i hemmet som vid specialiserad vård för inskrivna på sjukhus. Uppföljningar visade att patienterna kände sig både trygga och delaktiga i vården. Även medarbetarna var nöjda och trygga. Medelvårdtiden på 4–5 dagar är jämförbar med motsvarande vård i andra länder. Denna typ av vård har också visat sig vara kostnadseffektiv, mellan 40–50 procent lägre kostnad än specialiserad vård på sjukhus. Och inga allvarliga avvikelser hade inträffat.⁶

Ansvarsfördelning och samverkan

En viktig sak som nämnts av medarbetare i mobilt sjukhusteam i utvecklingen av arbetet är att våga börja göra och testa. Vad behöver vi vara överens om innan vi sätter igång? Något som betonats som centralt för att lyckas var att de utvecklade arbetet med mobilt sjukhusteam i samverkan med kommunal och regional primärvård – att de var involverade i arbetet från början.

Not. 6 Region Skåne, [Slutrapport Akut sjukhusvård i hemmet](#).

”Att göra det tillsammans med kommunal och regional primärvård är en viktig framgångsfaktor.”

- Medarbetare mobilt sjukhusteam

En utmaning i inledningen av arbetet med mobilt sjukhusteam var hur de skulle lösa det med tydliga riktlinjer och rutiner för vem i vården som gör och ansvarar för vad. En medarbetare i kommunen berättade om att de i början hade långa listor på vad de skulle göra. De kom sedan på att det mesta redan fanns med i befintliga rutiner, regelverk och lagar. Då gjordes i stället tillägg i en ansvarsfördelning, utöver befintliga regelverk och rutiner. Det tog närmare ett år att ta fram den första ansvarsfördelningen i Malmö mellan specialiserad vård och regional och kommunal primärvård. Men sedan har det gått betydligt lättare i andra kommuner som startat upp mobilt sjukhusteam, mycket av det tidigare arbetet har då kunnat återvinnas.

”Börja där, sätta sig gemensamt och fundera på hur man kan göra detta möjligt.”

- Medarbetare mobilt sjukhusteam

En annan sak som lyfts som en framgångsfaktor av medarbetare i teamet är det som tidigare beskrivits om att utgå från patientens behov. Det kan annars vara lätt att utgå mer från vårdens formella organisation i upplägg och genomförande av vården.

”Tips, utgå från patientens behov. Utgå från att primärvården ska vara nav runt patienten både regionala och kommunala. Så mycket kontinuitet som möjligt.”

- Medarbetare mobilt sjukhusteam

Samverkan med fokus på patientens behov

Mobilt sjukhusteam började som ett projekt i Malmö men är numera del av den ordinarie verksamheten och nya team har även etablerats i andra delar av länet. Det finns fortfarande utmaningar i vården med exempelvis hög beläggning på akutmottagningar och i slutenvården. Samtidigt pågår omställningen till Nära vård och det finns möjligheter till vidare utveckling. För andra som vill testa ett upplägg liknande mobilt sjukhusteam kan det vara värdefullt att dra lärdom bland annat av vikten av samverkan med kommunal och regional primärvård och att utgå från patientens behov, samt att inkludera relevanta parter redan när arbetet startas upp. Det är ett stort värde för flera patientgrupper att inte behöva åka in till sjukhus när de är i behov av akut specialiserad vård.

”Det viktigaste är samverkan, att mötas och det gemensamma lärandet. Alla förstår hur vi hjälps åt kring en enskild patient. Så enkelt som möjligt och tydlig ansvarsfördelning.”

- Medarbetare Malmö stad

Sjukhusanknuten hemrehabilitering efter stroke

På Kalix sjukhus kan patienter som drabbats av en stroke eller TIA snabbare skrivas ut från sjukhuset genom att erbjudas hemrehabilitering av ett sjukhusanknutet team. Rehabilitering i hemmet ger inte bara bättre medicinska resultat för patienten, utan också ett bättre utnyttjande av resurser. Medarbetarna i teamet tycker det är stimulerande att arbeta med patienterna i deras egna hem.

Vad innebär en stroke eller TIA?

Stroke är en folksjukdom och utgör samlingsnamnet på det tillstånd med plötsliga symtom som uppstår när en del av hjärnans nervvävnad påverkas av hämmad syretillförsel. Varje år insjuknar cirka 25 000–30 000 personer⁷. Ibland kan en patient insjukna i ett snabbt övergående strokesymtom, vilket kallas TIA (transitorisk ischemisk attack). En TIA är en övergående attack som kan vara en allvarlig varningssignal för att patienten kommer att drabbas av en stroke.⁸ Att få en stroke kan innebära en mindre, eller större livsförändring. Patientens förmåga att röra sig och kommunicera kan påverkas och till en början kan det vara svårt att hantera dessa livsförändringar.

Not. 7 Socialstyrelsen, [Nationella riktlinjer](#).

Not. 8 [Hjärt- och lungfonden, Stroke](#).

2020 tog Socialstyrelsen fram nationella riktlinjer som ger rekommendationer om åtgärder vid stroke. En av dessa rekommendationer är att arbeta med så kallad tidig understödd utskrivning. Det innebär att ett multidisciplinärt strokerehabteam både koordinerar utskrivning och utför rehabilitering i hemmiljön, till personer med lindrig till måttlig stroke.⁹ Idag har flera regioner i landet möjliggjort denna typ av hemrehabilitering, en av dessa är Region Norrbotten.

Strokerehabteamet - ett sjukhusanknutet team som erbjuder rehabilitering i hemmet

Sedan 2017 kan personer som drabbats av en stroke och är inskrivna på Kalix sjukhus erbjudas specialiserad rehabilitering i hemmet. Arbetet startade som ett projekt tillsammans med två av länets kommuner. Tidigt uppmärksammades de stora fördelarna för strokepatienterna av att behandlas i hemmet. Under samma tidsperiod publicerade Socialstyrelsen nya riktlinjer för stroke inom vilka liknande fördelar med hemrehabilitering påtalades. Mot bakgrund av detta övergick projektet till ett etablerat arbetssätt i Norrbottens län och ytterligare två kommuner inkluderades i arbetet.

Idag finns ett strokerehabteam som utgår från Kalix sjukhus och erbjuder strokepatienter rehabilitering i hemmet. Teamet finns tillgängligt för patienter i Kalix, Haparanda, Övertorneå och Överkalix kommun, och består av en arbetsterapeut och en fysioterapeut på heltid. Vid behov har teamet också möjlighet att involvera kurator, läkare och strokesjuksköterska. Idag är omkring 5–10 patienter inskrivna i teamet, utöver det har teamet telefonkontakt med fler patienter.

”Det tar energi att färdas när man inte mår bra.”

- Patient

”Tidigare låg patienten en längre tid på sjukhus och var kvar på sjukhuset för rehabilitering, även om läget var medicinskt stabilt. Idag kan många gå hem och göra sin rehabilitering hemma.”

- Medarbetare Strokerehabteamet

Not. 9 [Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer.](#)

Redan under sjukhusvistelsen kommer teamet i kontakt med patienten. Teamet får kännedom från kollegor på sjukhuset om vilka patienter som är inskrivna för en stroke eller TIA vars tillstånd skulle kunna lämpa sig för hemrehabilitering. För de personer där rehabilitering i hemmet är aktuellt, besöker strokerehabteamet patienten inför utskrivning för att lämna över informationsmaterial. Då bokas också det första hembesöket in. Vid hembesöket formulerar teamet tillsammans med patienten en rehabplan och bokar in övriga möten. Rehabplanen specificerar träningsmoment, mål och utmaningar samt patientens aktuella förmåga. Där det lämpar sig får patienten tidigt i processen ett anpassat träningsprogram. Oavsett om träningsprogrammet följs eller inte, är huvudsaken att patienten håller sig aktiv.

Hur ofta teamet besöker patienten beror på patientens behov. I vissa fall räcker det med ett gemensamt möte för att sedan följa upp rehabiliteringen via telefonsamtal. För vissa patienter genomför teamet hembesök ungefär två gånger i veckan. Men det finns också patienter med mer omfattande behov under en längre tid.

Samverkan är en grundläggande faktor i teamets arbetssätt. För patienter som behandlas i hemmet sker en samverkan mellan teamet och berörda kommuner kring gemensamma strokepatienter. Inte minst kring de patienter som redan har pågående insatser från kommunen som efter en stroke kan behöva utökade insatser från hemsjukvård och hemtjänst avseende föreskrivning av hjälpmedel eller bostadsanpassningar. Strokerehabteamet stöttar patienten i det akuta skedet efter utskrivning från sjukhus, för att sedan överlåta patienten till kommunens hemsjukvård eller regional primärvård. Samtidigt ser alla som är involverade i patientens vård och omvårdnad vikten av att så få som möjligt är i patientens hem, och prioriterar därför att stötta varandra, över professionsgränser, så långt som möjligt. Det kan innebära att teamet stöttar patienten kring en hemsjukvårdsinsats, när teamet ändå befinner sig i patientens hem.

”Vid en svår stroke kan en patient ha pågående insatser samtidigt från oss och kommunen. Ibland har kommunen tagit över lite tidigare efter oss eftersom de behöver så pass mycket rehabilitering. Ingen av oss kan göra allt själva.”

- Medarbetare Strokerehabteamet

”Det ger en trygghet för oss att det är någon som direkt tar vid och att vi vet att vi kommer få bra information när vi ska ta över efter teamet.”

- Medarbetare Övertorneå kommun

Vid behov utbildar strokerehabteamet hemtjänst och hemsjukvård i nya program för träning, förflyttningar och dagliga aktiviteter. Med rätt kunskap och kännedom om patientens rehabbehov kan kommunen ta över omvårdnad av patienten från teamet i ett tidigare skede. Ibland förekommer dessutom gemensamma hembesök för patienter med komplexa behov, där både teamet och medarbetare från kommunen möter patienten i hemmet.

Ofta finns en oro från både medarbetare inom kommunal primärvård och patienten att rehabilitering i hemmet innebär mindre stöd från den specialiserade vården i form av färre uppföljningar per dag, jämfört med på sjukhus. Det stämmer att teamets specifika träningsmoment inte kan ske med samma frekvens i hemmet som på sjukhus, givet de långa avstånden i länet. Oron minskar däremot snabbt eftersom patienten är mer motiverad i sitt hem och vågar utmana sig mer än på sjukhus. Det bidrar till en snabb rehabiliterande utveckling, och är positivt för patientens välbefinnande.

Goda kontaktvägar och kommunikation är nyckelfaktorer för ett lyckat arbetssätt

Kontaktvägarna är väl upprättade i länet, och både patient och medarbetare inom såväl regional som kommunal primärvård kan enkelt ringa stroke-rehabteamet och vice versa. Teamets telefon går att ringa dagtid mellan måndag och fredag. Även patienter som sedan en tid tillbaka har en avslutad insats från teamet är välkomna att ringa om det dyker upp frågor.

”Teamet ringer vid behov och vi kan ringa dem också. Ibland kan vi kontakta dem inför utskrivning.”

- Medarbetare Övertorneå kommun

”Vi har ett mobilnummer som vi är ganska frikostiga med att dela ut både till patienter och kollegor. Vi har inget tidsspänn för när man kan ringa, en patient kan ringa ett år efter en stroke.”

- Medarbetare Strokerehabteamet

En förutsättning för att kunna samverka mellan huvudmän och verksamheter är ett gemensamt kommunikationssystem. Utöver telefonkontakten, som också utgör den vanligaste kontaktytan, har primärvård och specialiserad vård gemensam tillgång till planeringsverktyget Lifecare SP. Kommunerna blir genom Lifecare informerade om patienter som vid utskrivning har behov av hemtjänst, hemsjukvård eller kontakt med socialtjänsten. Systemet möjliggör även att teamet enkelt kan informera medarbetare inom hemsjukvård och hemtjänst när en insats för patienten är aktuell efter sjukhusvistelsen. Genom fortsatt kontakt beskrivs sedan vilka aktiviteter som genomförts samt vilka mål som finns för patientens utveckling. På så vis kan kommunen enkelt ta vid efter teamets insatser.

”Vi tar vid efter teamets insats är genomförd. Då informerar teamet vad de gjort, och vad som är målen för patienten. Därefter förtydligas vilket stöd de behöver av från oss.”

- Medarbetare Övertorneå kommun

Efter en tid följs stroke- och TIA-patienter upp på strokemottagningen. När patientens insatser avslutats på mottagningen tar primärvården över ansvaret för den fortsatta vården. Oavsett om en stroke- eller TIA-patient som är inskriven på sjukhuset erbjuds hemrehabilitering eller inte, ska alla som skrivs ut följas upp med ett telefonsamtal. Oftast går samtalet fort och patienten mår bra, men ibland uppmärksammas vissa avvikelser eller besvär. Då möjliggör samtalet att teamet snabbt kan fånga upp avvikelserna och med hjälp av kollegor undersöka huruvida TIA-diagnosen kanske egentligen var en stroke för att sedan sätta in insatser för detta. Det är ett exempel på hur strokerehabteamet arbetar proaktivt och förebyggande.

Sedan regionen påbörjade arbetet med hemrehabilitering har vårdtiden för strokepatienter kortats. De första åren som regionen erbjöd sjukhusanknuten rehabilitering i hemmet genomfördes patientenkäter samt tester av funktionsförmåga och patientens aktivitet före respektive efter insatsen. Resultaten visar att patienter är nöjda med att få sin rehabilitering i hemmet samt en positiv utveckling av patientens funktionsförmåga. Framför allt visar resultaten att strokepatienter är mer motiverade när rehabiliteringen utförs i hemmet och att vardagliga sysslor stimulerar och bidrar till ökad aktivitet. Även forskning visar att hemrehabilitering har goda effekter för

återhämtning efter medelsvår stroke. Patienter vittnar om att deras självkänsla och självkontroll stärks samt att man upplever både färre komplikationer och minskade depressioner.¹⁰

Rehabilitering i hemmet ger patienten extra motivation och glädje

”Det är motiverande att ha sin rehab i hemmet, det är patientens naturliga miljö. Det stimulerar till rehab och att vara aktiv i sin vardag.”

- Medarbetare Strokerehabteamet

I Norrbottens län råder långa avstånd, både till sjukhus och till andra vårdinstanser. Därför inger specialiserad vård i hemmet en trygghet, både för patient, närstående och medarbetare inom primärvård. För patienten innebär arbetssättet att slippa åka långa avstånd för sin rehabilitering. För närstående innebär hemrehabiliteringen också en stor lättnad. Närstående har ofta frågor och kanske vill hjälpa till med att stötta i rehabiliteringen. Inledningsvis kan de vara oroliga att vissa saker inte ska fungera. Efter en tid brukar oron och rädslan försvinna och både patient och närstående känner sig trygga med att få rätt stöd från olika professioner och verksamheter i hemmet.

”När man kommer hem vet man vart man har stolen och sladden... alla fallgropar, det var otroligt bra.”

- Patient

”Det finns ofta en oro hos närstående för hur det ska gå när patienten ska vara hemma. Det kan kännas som en utmaning att få det att funka i hemmet, men det är där rehabiliteringen sker till största del.”

- Medarbetare Övertorneå kommun

Not. 10 Nordström B, Kassberg AC, Axelsson SW (2020) Stroke Survivors' Experiences of Early Person-Centered Rehabilitation at Home - Living in Sparsely Populated Areas. J Neurol Neurocrit Care Volume 3(2): 1-7.

Även för andra som är involverade i patientens vård och omvårdnad medför hemrehabiliteringen stora fördelar. För hemsjukvården och hemtjänsten innebär strokerehabteamet en trygghet, eftersom det går att lita på att teamet informerar när kommunen ska ta över någon insats. Dessutom har kunskapsnivån i länet stärks genom strokerehabteamets utbildningar och kontaktvägarna är idag starkare än någonsin.

Samverkan underlättas genom goda kontakter och stöd från ledning

Samverkan mellan specialiserad vård, regional primärvård och primärvården i de fyra kommunerna är inte alltid helt lätt. Ibland sker missförstånd och gränsdragningen mellan olika insatser, från olika aktörer, är ofta svår. Trots att samverkan är välutvecklad i länet finns en utvecklingspotential framåt. Ett sådant exempel är att kommunerna, som idag inte är involverade i patientens rehabplan, önskar ta del av och inkluderas i framtagandet av rehabplanen för att säkra en helhetssyn kring patienten.

Dessutom gör långa avstånd att det tar tid att åka ut till vissa patienter och ibland försvårar avstånden för såväl strokerehabteamet som medarbetare inom kommunal primärvård att räkna till i hela upptagningsområdet. Samtidigt som det är försvårande omständigheter är det också dessa utmaningar som byggt den starka och välfungerande samverkan kring rehabilitering i hemmet. Regionens sjukhus är inte så stort, vilket skapar en närhet till varandra och personliga kontakter som utgör en viktig framgångsfaktor.

”Visst är det en utmaning att vi har många kommuner och många att förhålla oss till både primärvård och kommun. Sen har vi våra avstånd såklart, det kan ta ganska lång tid att åka ut till vissa patienter.”

- Medarbetare Strokerehabteamet

Minst en gång varje år möts teamet, representanter från de fyra kommunerna i upptagningsområdet samt från slutenvården och hälsocentraler för att gemensamt diskutera rehabilitering. Mötet utgör ett forum för samverkan och för att dela information och nyheter till varandra. Under mötet passar deltagarna på att uppdatera varandra med sina kontaktuppgifter, så att samtliga har rätt nummer att ringa för att diskutera gemensamma patienter.

En förutsättning för att få till ett sömlöst samarbete mellan olika professioner är att medarbetarna är flexibla. Mycket blir synligt i patientens hem som kanske inte hade tydliggjorts om patienten varit inskriven på sjukhus. Det kräver att medarbetarna i teamet såväl som inom kommunal primärvård är beredda på att stötta patienten även med insatser som ibland kan ligga något utanför arbetsbeskrivningen. Genom att tillåta sig att, med stöd av ledningen, skruva på arbetssätten och justera befintliga rutiner för att få till en så bra vård för patienten som möjligt blir också arbetet roligare och mer värdeskapande.

”Det är jätteviktigt och vår verksamhetschef var med på tåget, nu kör vi, testar och skruvar i arbetssättet med tiden.”

- Medarbetare Strokerehabteamet

Det krävs mod och engagerade medarbetare för att lyckas

Idag är Region Norrbotten en av flera regioner som arbetar med rehabilitering i hemmet och arbetssättet är väl implementerat i den dagliga verksamheten. Det som utmärker just strokerehabteamet på Kalix sjukhus är särskilt den nära samverkan och uppgiftsöverlämningen som fungerar sömlöst, oavsett vilken profession som befinner sig i patientens hem.

Råd till andra som är nyfikna på att börja erbjuda rehabilitering i hemmet för strokepatienter är att våga testa för att sedan justera arbetssättet längs vägen. Många gånger blir strokerehabteamet överraskade kring hur bra det går för patienten att göra rehabiliteringen i hemmet. Genom att involvera engagerade medarbetare som inte är rädda för att lyfta telefonen och kontakta kollegor i andra delar av hälso- och sjukvårdssystemen så byggs relationer som underlättar samverkan.

”Personkännedom med kollegor är något som underlättar samverkan.”

- Medarbetare Strokerehabteamet

Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam

Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam (SPOT) är ett mobilt psykiatriskt team verksamt på tre platser inom Region Västernorrland. SPOT möjliggör för målgruppen att få stöd och hjälp hemma, i stället för att behöva vara på en vårdavdelning. Det förändrade arbetssätt som etableringen av SPOT har inneburit har sedan starten av det första teamet 2017 visat sig ge goda resultat för både patienter, deras närstående och för vårdens verksamheter.

Specialistpsykiatriskt Omvårdnadsteam (SPOT) i Region Västernorrland

Specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam, nedan kallas SPOT är ett mobilt psykiatriskt omvårdnadsteam. SPOT finns idag etablerade i Sollefteå-Kramfors, Sundsvall och Örnsköldsvik. I Sollefteå-Kramfors startade SPOT i september 2017, i Örnsköldsvik startade teamet sin verksamhet i februari 2021 och näst på tur blev Sundsvall som startade kring årsskiftet 2022/2023.

SPOT möter patienter från 18 år och uppåt som redan har en kontakt inom psykiatri, som är i behov av specialiserad psykiatrisk vård och under en period behöver ytterligare psykiatriska stödinsatser. Vanliga diagnoser hos teamets patienter är ångest, depressioner, suicidtankar, psykoser, bipolära tillstånd, akuta stressreaktioner, samsjuklighet och ätstörningar. Möten och behandling kan ske i hemmet, på annan lämplig plats, på mottagning, digitalt eller via telefon. Patienterna kan få stöd och hjälp i sitt eget hem, i stället för i slutenvården – även vid ett försämrat tillstånd.

En viktig grundbult i arbetssättet är samordning mellan olika professioner och verksamheter och teamet stöttar patienten i kontakten mellan olika verksamheter i vårdkedjan. Patienterna upplever det som positivt att de själva inte längre behöver hålla reda på och samordna sin egen vård.

Etableringen av SPOT har sin bakgrund i patienternas behov av en mer nära och personcentrerad vård där vården planeras med individens behov och förutsättningar i centrum. Målet med verksamheten är att det mobila teamet ska leda till ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet för patienterna. Målgruppen och dess närstående ska också uppleva en trygghet och det mobila arbetssättet ska nå ut till fler inom målgruppen som har behov.

Inom regionen var det viktigt att aktivt arbeta för att förebygga och minska behovet av platser på slutenvårdavdelningar och minska vårdtiderna inom slutenvården. Inrättandet av teamen är på detta sätt en del i en större satsning att utveckla psykiatrins verksamheter och minska vårdtiderna i heldygnsvården. Det fanns också en stor utmaning kring kompetensförsörjning och att det var svårt att rekrytera framför allt sjuksköterskor inom den psykiatriska slutenvården. Här fanns då behov av att utveckla arbetssätt som innebär stimulerande arbetsuppgifter och ger en god arbetsmiljö för att locka till sig rätt kompetens. Mycket av planering vid uppstart har också skett tillsammans med medarbetarna. Inför starten av det första teamet hämtade regionen inspiration från andra exempel i landet där de arbetar med mobila team för denna målgrupp.

”Vi började bygga utifrån personens behov, viktigt. Insjuknar man vill man gärna vara med kring det stöd och hjälp som behövs. Kontaktpersonerna satte sig in i patientens situation.”

- Medarbetare SPOT

Multiprofessionellt team med fokus på samordning och digitala arbetssätt

Från SPOT erbjuds patienterna behovsanpassad psykiatrisk omvårdnad och läkemedelsbehandling i hemmiljö med tillgång till läkare. Teamet arbetar personcentrerat i en sammanhållen vårdkedja, med snabba uppföljningar vid exempelvis utskrivning från slutenvården och vid försämring.

De specialistpsykiatriska omvårdnadsteamerna arbetar bland annat med stödjande samtal, ångesthantering, exponeringsbehandling, beteendeobservationer, familjesamtal, motiverande samtal och uppföljning av patienter. Vilka de aktuella insatserna är beror alltid på personens behov och önskemål och en omvårdnadsplan läggs upp tillsammans med patienten. Teamet möter patienterna i deras hem, på en promenad, i samtalsrum på SPOT-mottagningarna, digitalt eller över telefon. Hur omfattande insatserna är beror på de aktuella behoven, men omvårdnadsteamerna kan göra upp till fyra hembesök i närområdet varje dag till en enskild patient.

”I början hade jag kontakt varje dag, sen har det varit perioder när jag inte har behövt. Nu går jag en gång i veckan. Det blir en mer anpassad vård för mig känner jag.”

- Patient

Teamerna består av sjuksköterskor, behandlingsassistenter och skötare som är anställda av regionen med kunskap om – och erfarenhet av psykiatri. I SPOT finns även tillgång till läkare. Bemanningen skiljer sig åt mellan de tre olika teamerna, men den största andelen av de anställda är skötare, undersköterskor eller behandlingsassistent vilket varierar mellan 13–17 anställda i teamerna idag¹¹. Antalet sjuksköterskor varierar mellan 4–11 mellan de tre teamerna. Utöver detta finns även kurator och arbetsterapeut. De tre teamerna tjänstgör alla dagar i veckan och är tillgängliga samma tider: kl. 07.00-21.30 under veckodagar samt kl. 08.00–21.00 under helger.

SPOT kan stödja patienten i andra vårdkontakter genom att följa med patienten eller bjuda in till gemensamma möten. Teamerna bygger också upp en bra samverkan med kommunernas socialtjänst.

”Boendestödjare är också i hemmet. Det har bidragit till ökad samverkan.”

- Medarbetare SPOT

Teamerna har digitaliserat sina arbetsätt sedan start, och läkarkontakt erbjuds på distans som webbbehandling och samtal via länk. Detta är någonting som har uppskattats av patienterna.

Not. 11 September 2023.

De patienter som aktualiseras för SPOT kan komma till teamet via den regionala primärvården eller via slutenvården. Det är alltid läkare som gör vårdnivåbedömning och som dokumenterar i journalen. När situationen stabiliserats och patienten mår bättre övergår vården till primärvårdsnivå eller till psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Samverkan med primärvården är central för teamen då det är många patienter som behöver tillgång till SPOT under en tid, för att sedan övergå till primärvården.

Vid det första mötet med patienten involveras ofta flera professioner. Patienten får också två kontaktpersoner att vända sig till i första hand och som kan samordna insatserna. Teamets hembesök möjliggör ett proaktivt arbetssätt eftersom de tidigt ser indikationer på en försämring och då har möjlighet att utöka med fler hembesök. SPOT finns primärt till för patienter i en akut fas, men vissa patienter, exempelvis patienter med ätstörning eller psykos, kan bli kvar i flera år.

Teamen kan nå fler och minskar behovet av slutenvård

De mobila teamen har möjliggjort att verksamheten når ut till fler individer inom målgruppen än vad som hade varit möjligt om dessa personer i stället hade varit inskrivna på en slutenvårdsavdelning. I uppgifter från december 2022 framkommer att mellan 50–90 patienter har pågående kontakt med respektive SPOT. Detta kan jämföras med de 10–14 platser som tidigare funnits på en avdelning. Antalet kontakter har också ökat stadigt för SPOT. Teamet i Sollefteå, som också var det första SPOT att etableras, har sett en ökning i antalet kontakter från 4 790 under 2019 till 7 007 (2022).

Detta sätt att arbeta har minskat behovet av slutenvård – både sett till antal vårdtillfällen och vårdtid. Regionen har genomfört en jämförelse av det totala antalet avslutande vårdtillfällen under tre år före inrättandet av första SPOT (2017). Resultatet visar att antalet avslutade vårdtillfällen har minskat med sammantaget 23 procent för Sollefteå och Kramfors.

En stor vinst för såväl verksamheten som patienterna handlar om att vården och omsorgen genom SPOT har flyttat närmare patienterna. Tillgängligheten har ökat på så sätt att patienterna har mycket egen tid med teamets medarbetare, ca 45–60 minuter per besök, och att de finns tillgängliga på eftermiddagar, kvällar och helger.

Att utgå från patientens hem säkrar också en möjlighet att få en helhetsbild av situation för de olika individerna och att träffa deras närstående. Arbets sättet ökar också möjligheten för teamets medarbetare att snabbare kontakta kommunen vid behov av kommunala insatser, exempelvis boendestöd.

”Vi kan arbeta med svårigheter i hemmet. Få helhetsbilden och en större förståelse, varför patienterna skrivs in och ut i slutenvården.”

- Medarbetare SPOT

Teamen arbetar för att säkra kontinuitet och möjliggör för patienterna att träffa en och samma läkare. Det händer att patienter avslutas för att sedan komma tillbaka till teamet vid en försämring. Då är det en stor fördel att de redan känner läkaren, vilket skapar tillit och trygghet.

”Man lär känna varandra på ett sätt till slut, som att man behöver inte alltid säga allting innan dom ser det, då det är en och samma person hela tiden”

- Patient

När teamet avslutar en patient får de en enkät som besvaras anonymt via brev eller QR-kod. Denna typ av uppföljning har genomförts sedan 2019 och generellt visar enkätresultaten nära högsta betyg när det gäller hur nöjda patienterna är med såväl tillgänglighet och bemötande som den hjälp teamet erbjuder. Patienter och närstående upplever också en känsla av trygghet i kontakt med SPOT.

Även för medarbetarna i teamet har det nya arbetssättet inneburit flera fördelar. De får en ökad möjlighet att använda sin spetskompetens, vilket leder till att det är både lättare att attrahera och rekrytera nya medarbetare samt att de som är anställda i teamet får chans att utvecklas inom ett område de brinner för.

”Det är så lätt att rekrytera. Även från södra Sverige. Det är en stor skillnad mot förut.”

- Medarbetare SPOT

Många upplever också att det är mer stimulerande att arbeta tillsammans i team, vilket ger omväxling, flexibilitet och möjlighet att arbeta med gemensam problemlösning och att lära av varandra. Att arbetsmiljön för teamet är god bekräftas av en låg personalomsättning.

Att SPOT har en öppen telefonlinje har ökat tillgängligheten och uppfattas som positivt. Telefonsamtal kan besvaras mellan kl. 07–21 och det finns idag inga väntelistor och inga remisser. Den ordinarie verksamheten ringer till SPOT för att aktualisera patienten och föra dialog kring gemensamma patienter.

Centrala förutsättningar, framgångsfaktorer och utmaningar att hantera

Någonting som har upplevs som en framgångsfaktor är att teamen sedan start har använt digitala arbetssätt i stor utsträckning. Detta lyfts fram som extra värdefullt i kommunikation med unga vuxna som ofta kan föredra att använda Facetime och sms för kommunikation, i stället för telefonsamtal.

”För att nå målgruppen behöver vi hänga med i det. Unga vuxna pratar inte i telefon, de använder Facetime och Snapchat.”

- Medarbetare SPOT

Någonting som det fanns en oro kring inför uppstarten var att medarbetarna i SPOT skulle möta mycket hot och våld, vilket de också förberedde sig för med larmsystem. Den farhågan besannades dock inte och våld är ingenting som förekommer i någon större utsträckning i de anställdas vardag. Detta upplevs bland annat bero på att vården bygger på frivillighet för hjälp-sökande patienter.

En annan utmaning upplevdes i samband med starten för teamet Örnsköldsvik. Där var det först en stor personalbrist som var orsaken till att de var tvungna att ändra arbetssätt – vilket ledde fram till etableringen av SPOT. Även om teamet fungerar väl idag, innebar denna bakgrund och start en större press på medarbetarna till omställningen, vilket i sig innebar ett större motivationsarbete för ledningen.

Nu har andra regioner startat upp liknande verksamheter och allt fler ser de goda effekter som arbetssättet ger för patienter och medarbetare. Där det finns en vilja att skapa en nära vård för denna målgrupp finns också en stor potential i liknande arbetssätt där verksamheten byggs upp med utgångspunkt i målgruppens behov.

”Vill man utveckla en god och nära vård och bygga verksamhet utifrån patienten – då finns det bara möjligheter”.

- Medarbetare SPOT

Ett tips på vägen för de som vill utveckla liknande arbetssätt är att skapa förutsättningar att få med alla medarbetare på tåget inför förändringen och att det ska bygga på frivillighet med möjlighet att aktivt söka tjänster inom teamet och inte omplaceras från annan verksamhet. Det är också värdefullt att tillsammans med medarbetarna noggrant planera allt inför uppstart så att det finns en trygghet innan man kör i gång. I sammanhanget är det också viktigt att tidigt kommunicera till de nära vårdgrannarna att team är på gång att starta upp och att detta innebär någonting nytt.

Trakteam

Hur kan vi skapa en mer jämlik och säker vård i hela länet för individer som har trakeostomi? Och hur kan vi möjliggöra att dessa patienter kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus? Dessa frågeställningar var bakgrunden till bildandet av det multidisciplinära Trakteamet Kronoberg som erbjuder patienter med trakeostomi specialiserad vård i hemmet. Trakteamet utbildar även medarbetare i hemsjukvården och närstående, vilket bidrar till en ökad trygghet för patienten.

Trakeostomi

Trakeotomi är ett operativt ingrepp som innebär att det görs en öppning på halsens framsida för att skapa fri luftväg. Ingreppet utförs när sjukdomar eller skador i luftvägarna eller i centrala nervsystemet hindrar patienten från att få ett effektivt gasutbyte i lungorna. Det kan även göras på patienter som är i behov av långvarig respiratorbehandling. Själva öppningen i halsen kallas sedan trakeostomi eller trakeostoma.¹²

I Sverige utförs varje år ca 2 000 trakeotomier.¹³ På grund av covid-19-pandemin utfördes fler trakeotomier än vanligt under 2020.¹⁴ Flera specialiteter och personalkategorier är involverade i vården och omhändertagandet av den trakeostomerade patienten. Trakeostomipatienter (fortsättningsvis trakpatienter) är sällanpatienter vilket gör att medarbetare på vårdavdelningar sällan stöter på patientgruppen. De flesta trakpatienter behöver vård dygnet runt av en eller två välutbildade medarbetare.¹⁵

Not. 12 [Inera, Vårdhandboken - trakeostomi översikt.](#)

Not. 13 [Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, Nationella rekommendationer för trakeotomi.](#)

Not. 14 [Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, Nationella rekommendationer för trakeotomi 2021.](#)

Not. 15 [Region Kronoberg, Samverkansavtal mellan Region Kronoberg och kommunerna för patienter med trakeostomi och respiratorvård i hemmet.](#)

Utbildning som kvalitetssäkring

Före bildandet av Trakteamet hade Region Kronoberg inte någon sammanhållen vård och omsorg för trakpatienter. Att de är sällanpatienter och få till antalet gör att det kan gå lång tid mellan att medarbetarna på vårdavdelningarna alternativt i hemkommunerna stöter på patientgruppen. När patienten hade genomfört sin trakeotomi och var redo att skrivas ut från slutenvården fick hen en utbildning på sjukhuset kring hur den fortsatta behandlingen i hemmet går till. Det fanns då inget skriftligt material eller liknande att ta med sig hem. Vad gällde utbildningsinsatserna för medarbetare i hemsjukvården gick de från mun till mun och genomfördes inte på ett enhetligt sätt. Bristen på kunskap kunde leda till att patienten fick täta luftvägsinfektioner och återigen behövde skrivas in på sjukhus. I värsta fall ledde dessa brister till att tillståndet försämrades och att patienten blev inskriven på intensivvårdsavdelningen (IVA).

”Det var mycket åka fram och tillbaka mellan intensivvård och hemmet för patienterna.”

- Medarbetare i Trakteamet

En av de nuvarande medarbetarna i Trakteamet har arbetat med trakpatienter i över 20 år. Hen uppmärksammade problemen med att det inte fanns någon organiserad utbildningsmodell för dessa patienter. Medarbetaren hämtade inspiration från andra verksamheter som arbetade efter en strukturerad utbildningsmodell för dessa patienter, exempelvis ett respirationscentrum i Region Stockholm. Arbetet utvecklades vidare när ett stort evidensbaserat material arbetades fram tillsammans med en kunskapsöversikt samt en magisteruppsats. Flera yrkesgrupper, så som sjuksköterska, läkare, logoped och kurator samlades vid flera tillfällen för att söka litteratur och samla kunskap.

”När jag började var det att uppfinna hjulet varje gång en patient dök upp. Stor dramatik, omständligt.”

- Medarbetare i Trakteamet

”Vi fick till slut fram ett bra utbildningsmaterial som sedan har reviderats vart fjärde år. Det blev en kvalitetssäkring.”

- Medarbetare i Trakteamet

Utbildningsmaterialet har sedan dess utvecklats ytterligare och innefattar idag en webbutbildning på regionens hemsida. Webbutbildningen genomförs av avdelningar på sjukhus och alla berörda medarbetare i kommunen en gång om året, som en del i kompetensutvecklingen. Utbildningen ligger öppen för alla och i samband med covid-19-pandemin var det även andra sjukhus som använde sig av den.

Trakteamet i Kronoberg

Idag är Trakteamets arbete ett etablerat arbetssätt i regionen. Syftet när det bildades var att utbilda personal och patienter, samt att minska sjukhusvårdtiderna och göra det tryggt och säkert för patienterna att vara hemma.

Trakteamet Kronoberg är multidisciplinärt och består av öronläkare, undersköterskor, sjuksköterskor, samt en enhetschef för sjuksköterskor som ingår i teamet. De fyra sjuksköterskorna är specialutbildande inom trakeostomi. De är deltidanställda i teamet och sammanlagt utgör deras tjänster motsvarande 120 % av en heltid. Vid behov finns även tillgång till logoped, IVA-läkare och fysioterapeut. Teamet ansvarar för vården av både vuxna och barn med trakeostomi. Patientantalet växlar över tid men Trakteamet har idag omkring 20 patienter.

Någonting som utmärker teamet och dess arbetssätt är att alla fyra sjuksköterskorna i teamet har delade tjänster, det vill säga en anställning i regionen och en i kommunen. En fördel för verksamheten med detta är att sudda ut gränserna och skapa förståelse mellan huvudmännen. En medarbetare i Trakteamet nämnde att det ibland kan bli ett för stort fokus på utskrivningar från vårdavdelningar, vilket kommunen i vissa fall upplever som utmanande. Sjuksköterskorna med delade tjänster får en slags uppsamlande roll och kan förklara även hur det fungerar för patienterna när de är hemma.

Ett annat multidisciplinärt team som finns på sjukhuset i Växjö är andningsstödteamet. Där ingår delar av trakteamet plus IVA-, lung-, öron- och neurologläkare samt vid behov palliativt team. Detta team träffas en gång i månaden. Ofta upptäcks patienter som kan vara aktuella för trakeostomi, på grund av behov av andningsstöd, först av andningsstödteamet. Någon i gruppen har konstaterat att patienten inte klarar sin andning längre på ett bra sätt. Då förs en diskussion på nästa andningsteamträff, där man går laget runt och diskuterar om denna patient är lämplig till att erbjudas

trakeostomi/hemventilatorbehandling. Ibland behövs ytterligare underlag innan ett beslut kan tas. Det är sedan en sjuksköterska i Trakteamet som berättar för patienten hur livet fungerar med trakeostomi. Sjuksköterskan ger patienten all tänkbar information, berättar om för- och nackdelar samt lyfter frågan om hen kan tänka sig ett liv med personal i sin närhet?

”Det är inte lätt att bo på en arbetsplats. Känns som att huset inte har några väggar ibland, som att vi bor på järnvägsstationen. Men jag är glad att min man är hemma och att vi kan leva vårt liv ihop här.”

- Närstående

Om patienten tackar ja bokas hen in på en tid för att genomföra ingreppet. Eftersom de flesta behöver stöd när de sedan kommer hem, tar sjuksköterska i Trakteamet under tiden kontakt med kommunens biståndshandläggare och informerar så de kan börja planera och förbereda för detta. Många patienter har sedan tidigare personlig assistans och annat stöd enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), men kan vara i behov av utökad stöd. Trakteamet erbjuder också utbildning för nya medarbetare inom hemsjukvården. När de klarat av samtliga moment i utbildningen inklusive praktisk träning skriver sedan den ansvariga sjuksköterskan i kommunen en delegering.

När patienten är redo att skrivas ut från slutenvården får hen ett individuellt anpassat utbildningshäfte med information inklusive en handlingsplan för akuta situationer. I häftet som godkänns av ansvarig läkare finns även tydliga skriftliga rutiner och signeringslistor på arbetsuppgifter som måste skötas regelbundet hos patienten. Längst bak i häftet finns en telefonlista med alla relevanta nummer. På kontorstid kan både patient och medarbetare i hemsjukvården ringa till en traksjuksköterska. Patienten får även med sig material hem för de två första veckorna för att ge tid för hemsjukvården att hinna beställa. Materialet är individanpassat beroende på patientens utrustning.

Det finns en korttidsplats i östra Kronoberg, i Växjö, och en i västra länsdelen i Ljungby. De är bemannade med välutbildade och erfarna trakundersköterskor. De kan vårda nyss utskrivna trakpatienter och även utbilda och träna ny personal, fram till en ny komplett personalgrupp är klar och utskrivning till hemmet blir aktuell. När patienten kommit hem är det främst byte av trakealkanyl som Trakteamets sjuksköterskor gör regelbundet. De är även med på arbetsplatsträffar där personalgruppen

kan ställa frågor, samt fungerar som konsulter till länets kommuner. Om det uppstår problem i hemmet så gör traksjuksköterskorna hembesök/bedömningar på lika villkor i hela länet. Det blir därigenom ett bra samarbete mellan Trakteamet och hemsjukvården.

Värdet av trygghet vid specialiserad vård i hemmet

Ett värde för patienterna är att de kan få specialiserad vård i hemmet. Ett exempel är att sjuksköterskorna i Trakteamet har delegering att byta trakealkanyl hemma hos patienten en gång i månaden. Det beskrivs som en stor kvalitetshöjning då det gör att patienten slipper att åka in till sjukhuset för att göra bytet. När medarbetare i Trakteamet är hemma hos patienten kan de även passa på att göra andra saker, exempelvis undersöka att det inte finns tecken på infektion. Med patienten i centrum samarbetar Trakteamet med medarbetare från den kommunala hemsjukvården, de stöttar och kompletterar varandra.

Ett annat värde är tryggheten för patienten. Den skriftliga information de får med sig hem när de skrivs ut från slutenvården inger trygghet, exempelvis vart de ska ringa om det uppstår problem. Även att medarbetare i Trakteamet utbildar både omsorgspersonal och närstående bidrar med trygghet. Patienten blir trygg när personalen är trygg.

”Vi fixar det här hemma nu, det går jättebra. Är det någonting kan jag bara ringa de i teamet. Jag har lärt mig att byta traken själv.”

- Närstående

Delade tjänster och samverkansavtal

Trakteamet bildades först i Växjö kommun och en utmaning uppstod när det förekom trakpatienter i andra kommuner i länet. Sjuksköterskan i teamet blev då uppringd av sjukhusets ledningsgrupp som bad hen att åka till en annan kommun. Men den kommunen hade inte möjlighet att betala för tjänsten. Regionen kom då på idén att medarbetarna i Trakteamet skulle ha delade tjänster, det vill säga en anställning i regionen och en i kommunen. Sjukskötersketjänster i Trakteamet var något som behövdes i hela länet.

En annan utmaning var vid bildandet av Trakteamet, en medarbetare beskriver att varje steg var en kamp. Men sedan gick det lättare och lättare när alla såg nyttan, både internt på sjukhuset och för patient och närstående. Under de första stegen behövde de göra ekonomiska beräkningar där de räknade ut hur mycket de kunde spara. Det frigörs mycket resurser genom minskade inskrivningstider i slutenvården, minskad intensivvård, minskade ambulanstransporter och resor till sjukhuset. Patienterna behöver inte åka in till sjukhuset alls lika ofta nu när de kan få vård i hemmet. När Trakteamet hade funnits en tid uppmärksammades också minskade inskrivningar i slutenvården, det blev även en stabilare situation och bättre livskvalitet för patienterna.

”Vi märkte att patienterna fick helt annat liv, de kunde koppla bort andningssvikt och leva ett vanligt liv. Leva som friska, resa. Det blev en trygghet när kunskapen fanns nära.”

- Medarbetare i Trakteamet

En framgångsfaktor i arbetet som nämns är möjligheten med delade tjänster. Det ger en förståelse för hur det går till hemma. En annan framgångsfaktor är deras utbildningsmodell.

”Jag är en äldre generation, tänkte att jag kommer inte klara av de här apparaterna. Men jag var den första som blev godkänd att jobba med min man.”

- Närstående

Ett tips är också att etablera samverkansavtal. Det finns ett samverkansavtal med Region Kronoberg och länets alla kommuner för patienter med trakestomi och respiratorvård i hemmet. Syftet med avtalet är skapa en strukturerad och säker vård i samverkan mellan parterna. I avtalet beskrivs även den ekonomiska fördelningen mellan parterna och för exempelvis respiratorvård i hemmet står regionen för 70 procent av personalkostnaden och hemkommunen 30 procent.¹⁶ Medarbetarna i Trakteamet beskriver att det avtalet haft stor betydelse i samverkan med den kommunala primärvården.

Not. 16 <https://www.regionkronoberg.se/contentassets/fe226420844e4da8ac91c3d9575d-4cf3/samverkansavtal-track-och-respiratorvard-i-hemmet.pdf>.

Trakteamet kommer att fortsätta utveckla sin verksamhet. En central del i arbetet är samverkan mellan olika vårdnivåer och professioner, med utgångspunkt i patientens behov. Något som är viktigt även för andra patientgrupper. En av medarbetarna i Trakteamet lyfte att andra specialiteter skulle kunna ha liknande team, där patienten får en trygg och säker vård i hemmet.

Lästips!

Region Kronoberg, [Trakeostomihandboken - En vägledning för vårdpersonal, patienter och anhöriga i Region Kronoberg.](#)

Dialys i hemmet

Tidigare har patienter i Jämtlands län i behov av dialys ofta behövt åka långa sträckor för att få sin behandling. Genom nya arbetssätt och ny teknik har dessa patienter sedan 2018 fått ökande möjligheter till vård i hemmet. Dialysteamet på Östersunds sjukhus möjliggör de nya arbetssätten och medarbetarna i teamet prisades 2022 med Vårdförbundspriset för sitt framgångsrika sätt att arbeta med dialys i hemmet.

Dialys – en livsuppehållande åtgärd som kan göras både på sjukhus och i hemmet

Dialys är en rent livsuppehållande åtgärd, för somliga i väntan på en njurtransplantation – för andra, som av olika anledningar inte kan få en ny njure, är det en behandling som görs livet ut. En dialysbehandling renar blodet från slaggämnen, något som i vanliga fall sköts av njurarna.¹⁷ Det finns två olika typer av dialys som kan genomföras i hemmet: hemodialys (bloddialys) och peritonealdialys. Vid hemodialys i hemmet opereras en konstgjord kanal mellan ven och artär på armen för att via nålar kunna koppla blodkärl till dialysapparaten. Vid peritonealdialys opereras en kateter in i bukhålan för att dialysvätskan ska rensa bort slaggprodukter.¹⁸

”Det är känslan av att känna sig fri trots livsuppehållande behandling”

- Patient

Not. 17 [Region Jämtland-Härjedalen, Hightech i Glesbygden.](#)

Not. 18 [Njurförbundet, Dialys – en behandling med valmöjligheter.](#)

Från vård på sjukhus till stärkt egenvård i hemmet

Medarbetare på Östersunds sjukhus uppmärksammade gång på gång patienter som åkte långa sträckor mellan sitt hem och sjukhuset för att få sin dialysbehandling. Tidigare har patienter i behov av dialys upplevt en trygghet i att få sin behandling på sjukhus eftersom det medförde tillgång och närhet till kunnig vårdpersonal att ställa frågor till. Medarbetare på sjukhuset uppmärksammade att dessa patienter i större utsträckning började efterfråga vård i hemmet, där patienten önskar vara mer aktiv i sin vård.

Mot denna bakgrund samlades nyckelfunktioner på sjukhuset för att gemensamt diskutera kring hur ett sådant arbetssätt skulle kunna se ut. Vilka utmaningar men också vilka möjligheter finns det med att erbjuda dialys i hemmet?

”Det var vi själva som drev det här. Vi har inte fått uppdraget från någon, att nu ska vi spara pengar eller spara resurser. Vi såg vinst för patienten.”

- Medarbetare i dialysteamet

Idag är dialys i hemmet ett etablerat arbetssätt på Östersunds sjukhus där alla patienter över 18 år som har njursvikt och är i behov av dialys erbjuds möjligheten att vårdas i sitt hem, oavsett om patienten är i behov av hemodialys eller peritonealdialys.

Dialysteamet på Östersunds sjukhus består av fyra heltidstjänster fördelat på sex sjuksköterskor. Dialysteamet har huvudansvar för de patienter som är inskrivna för hemodialys och har en nära kontakt och samverkan med andra professioner och avdelningar kring gemensamma patienter. Det kan vara kirurg, dietist, fysioterapeut, biståndshandläggare, kommunalt anställd undersköterska, sjuksköterska samt distriktssköterska och kurator.

Idag är omkring 28 patienter inskrivna för dialys i hemmet. När patienten önskar vårdas i hemmet får hen kontakt med dialysteamet och en operation bokas in för att förbereda behandlingen som senare sker i hemmet. Genom ett väl utvecklat samarbete med medarbetarna på kirurgmottagningen är väntetiden för operation kort.

”Vi är vana vid att regionen inte går ut i hemmen. Men här det är det tvärtom, här går de verkligen ut.”

- Medarbetare i Östersunds kommun

En vecka efter operationen är patienten redo att åka hem och fortsätta sin behandling i hemmet. Patienten har då fått information från dialysteamet hur de ska sköta behandlingen och hur tekniken fungerar. Väl i hemmet bokar teamet alltid in ett hembesök för att säkra att patienten kommit i ordning. Beroende på vilken typ av dialys som patienten är i behov av utförs behandlingen i hemmet antingen manuellt eller med maskin. Patienten har själv möjlighet att välja vilken tid på dygnet som dialysen ska ske. Vissa patienter gör behandlingen på natten för att vara fri att göra annat på dagen. Själva apparaten är uppkopplad mot mobilnätet vilket gör att teamet på sjukhuset kan följa patientens behandling avseende exempelvis vikt och blodtryck. Efter en tid, eller vid behov, sker uppföljning med läkarbesök.

Dialys i hemmet sker genom en tät kontakt med patienten, men lägger samtidigt mycket ansvar på patienten att själv sköta sin vård. Varje morgon, alla dagar i veckan, loggar dialysteamet in i molntjänsten och går igenom alla patienter och behandlingar. Utefter det planeras vid behov de hembesök eller kontakter med patienter som behöver tas. De flesta patienter klarar av att på egen hand genomföra behandlingen, men för de patienter som har behov av hemtjänst eller hemsjukvård finns möjlighet till stöd vid behandling i hemmet. Då informerar och utbildar dialysteamet aktuell personal om vilka behov hen har.

”Om en patient kräver ett snabbt besök så kan vi åka på studs och hjälpa dem – vi är väldigt mobila. Vi åker ut och gör en första bedömning. I detta jobbar vi annorlunda mot hur andra sjukhus gör, vi är lite utanför boxen. Vi är väldigt rörliga.”

– Medarbetare i dialysteamet

I de fall som patienten är i behov av exempelvis omläggning eller provtagning sker ett samarbete mellan dialysteamet och hälsocentraler. Tanken är att patienten i stället för att åka till sjukhuset ska kunna ta sig till närmsta hälsocentral för att få stöd.

Dialysteamet anpassar också sättet att kommunicera med patienten beroende på patientens egna önskemål. Det kan handla om vissa yngre patienter som önskar kontakt via sms i stället för telefonsamtal eller att teamet tar hänsyn till de patienter som önskar sova längre på morgonen och därför väljer att kontakta patienten senare på förmiddagen.

”Vi har blivit bättre på att individualisera, nu tittar vi mer på vem är bakom den här sjukdomen. Vad behöver patienten?”

- Medarbetare i dialysteamet

För de patienter vars vård och omvårdnad kräver att flera professioner är involverade, har det skapats goda kontaktvägar mellan sjukhus och kommun för att dela patientinformation. Det finns en regelbunden telefonkontakt som fungerar väl och särskilt nyttjas för de patienter som har omfattande vård och omvårdnadsbehov. Det finns också en möjlighet för kommunen att läsa regionens journaler. För dessa multisjuka patienter lär personalen känna varandra särskilt väl. Teamets telefonnummer är väl känt och det går att kontakta teamet för att få stöd när en oväntad situation uppstår.

”Utan dialysteamet hade vi inte känt samma trygghet. Vart skulle vi vänt oss då? Så är det ibland med andra mottagningar, att vi inte vet vem vi ska vända oss till och har svårt att få tag på rätt person.”

- Medarbetare i Östersunds kommun

Utöver de kontakter som dialysteamet har kring patienter som vårdas i hemmet så utbildar teamet medarbetare i regionen kring arbetssättet med dialys i hemmet. Målet med utbildningen är att sprida, informera och synliggöra att dialysteamet är en enhet för alla att nå, både patienter och vårdprofessioner.

För patienten innebär möjligheten till dialys i hemmet en stor frihet och ökad livskvalitet under dialysbehandlingen. Dessutom innebär det att patienten i större utsträckning involveras i sin behandling, vilket gör vården mer patientsäker. Även för närstående erbjuder dialys i hemmet en ökad trygghet och man upplever att man får mer tid tillsammans jämfört med när behandlingen sker på sjukhus.

”Det är skönt att inte vara inlåst i vårdens scheman”

- Patient

”Jag får den tid och stöttning som jag behöver för att lära mig att hjälpa till med dialysen”

- Närstående

Arbetet med dialys i hemmet har skapat stärkta relationer och ekonomiska vinster

Med åren har dialysteamet blivit allt säkrare i arbetet med patienterna hemma och medarbetare beskriver att patienten idag är mer involverad i sin vård än när behandlingen utfördes på sjukhus och snarare var en mottagare än medskapare av vården. Samtidigt stöttar dialysteamet också närstående som inte behöver känna ett ansvar för behandlingen i hemmet.

”Förut var patienten en mer passiv mottagare av vård. Nu jobbar vi tillsammans där patientens synpunkter är mycket värda.”

- Medarbetare i dialysteamet

Arbetet har även bidragit till att stärka relationerna över professionsgränser och det gemensamma lärandet. Teamet beskriver att de idag är ännu bättre på att ta vara på varandras goda exempel i länet. Särskilt god har relationen blivit med de kommunala undersköterskor och distriktssköterskor som teamet samverkar med i hemmet. De tycker att det är roligt att vara involverade kring dessa patienter.

”Bra hjälp från stabil personalgrupp när eller om det uppstår problem.”

- Närstående

Idag har 60 % av de som har behov av dialys, en behandling i hemmet. Det har inneburit minskat antal besök på sjukhus och ökat antal digitala besök eller hembesök, vilket i sin tur sparar mycket resurser för regionen. Som ett exempel sparar regionen in ungefär nio miljoner kronor för sjukresor genom att erbjuda patienten vård i hemmet.

Regelverk och tjänsteköp har försvårat samverkan och det digitala arbetssättet

Till en början var det utmanande och svårt att få till samverkan mellan region och kommun. Samarbetet innebär ibland ett behov av tjänsteköp, särskilt för de patienter som inte tidigare hade insatser från hemsjukvården men som nu var i behov av omvårdnadsinsatser från kommunen kopplat till dialysbehandlingen. För kommunerna innebär tjänsteköp ett betungande administrativt arbete som hade underlättats om ersättning i stället kunnat utgå per dag.

I utvecklingen av dialys i hemmet fanns det dessutom ett flertal regelverk att förhålla sig till. Bland annat infördes dataskyddsförordningen (GDPR) under samma tid som teamet startade upp sitt arbete vilket medförde förse-ningar i införandet. Jurister behövde involveras för att se om molntjänsten som används vid dialys i hemmet var möjlig att nyttja relativt den nya lagstiftningen. Tack vare nära samarbeten på Östersunds sjukhus kunde utvecklingen av dialys i hemmet fortgå efter dialoger under ett års tid.

”Vi har haft en fördel av att vi är ett sjukhus, vi har inte några tydliga gränser mellan olika avdelningar.”

- Medarbetare dialysteamet

För att dialys i hemmet ska fungera förutsätter det att vissa produkter finns på plats i patientens hem. Inledningsvis i arbetet hade teamet inte tillgång till en bil och kunde därmed inte leverera produkterna till patienten. Inte heller regiontransporterna kunde avvika från sin förbestämda rutt för att leverera produkterna till patienten. Utmaningarna kring leverans av produkter i regionen fortsätter och idag löser teamet det genom att själva leverera dessa vid hembesök.

En av de viktigaste förutsättningarna för att lyckas med arbetet var en nära relation över verksamhetsgränser och ett driv från medarbetare att förändra till det bättre. Genom personliga relationer över professionsgränser så har hemdialysteamet kunnat samla all kunskap kring patienten i en pärm i patientens hem. Pärmen innehåller all information kopplat till patientens vårdbehov, hygien, instruktioner i form av bilder samt telefonnummer och kontaktpersoner. Det har medfört att exempelvis undersköterskor inte behöver vara oroliga i hemmet med patienten eftersom de när som helst kan

kontakta teamet för konsultation och stöd. Det fanns tidigare en oro och rädsla att arbetet med dialys i hemmet skulle innebära en ökad arbetsbelastning och alltför avancerade insatser för hemsjukvården. Idag är denna oro inte lika stor på grund av den nära kontakten och utbildningsinsatserna från teamet.

En annan möjliggörande faktor var digitaliseringen som möjliggjorde den molnlösning som teamet idag använder sig av. Genom digitala verktyg kan hemdialysteamet nu uppmärksamma om en patient larmar på natten.

”Nu har vi bättre överblick och flyt i arbetet än vad vi hade för några år sedan, trots att vi har fler patienter. Vi har blivit säkrare, patienten är mer involverad och tillsammans har vi en bättre dialog.”

- Medarbetare i dialysteamet

Framöver kommer arbetet med dialys i hemmet att fortgå och utvecklas. Enligt medarbetarna på dialysteamet är det viktigt att få utbildning i denna typ av dialys och få tid till att genomföra förändringen. Genom att samla på sig inspiration och fundera på hur det kan appliceras i regionen så ökar möjligheten för en mer hållbar förändring. Medarbetarna i teamet betonar att det är viktigt att inte ge upp och att våga testa. Det kräver ett mod, men också att det finns ett gemensamt mål att arbeta mot samt stöd från chefer och annan ledning.

Sårcentrum

I Region Blekinge finns omfattande kompetens inom läkning av svårläkta sår. Här erbjuds patienten vård och behandling där alla involverade verksamheter, oavsett om de tillhör regional primärvård, kommunal primärvård eller specialiserad sjukvård, möts kring patienten. Detta för att säkra en snabb läkningsprocess med stöd av Sårcentrum.

Vad innebär ett svårläkt sår?

Om ett sår inte läkt på fyra till sex veckor brukar det räknas som ett svårläkt sår. Det kan handla om ett bensår, trycksår eller fotsår. Den vanligaste orsaken till att ett bensår blir svårläkt är att cirkulationen i benet är nedsatt, men det finns också andra typer av sår. En grundläggande faktor för att kunna behandla ett svårläkt sår är att ta reda på den bakomliggande orsaken till att såret inte läker¹⁹, det är den som ska behandlas.

I Sverige har ungefär 0,4 % av befolkningen ett svårläkt sår som kan vara smärtsamt, illaluktande och kräver täta omläggningar, vilket innebär ett lidande för patienten.²⁰ Det är vanligt att patienten, som ofta är äldre och multisjuk, hänvisas mellan olika vårdinstanser såsom kommun, slutenvård, akutvård och regionens primärvård utan att få rätt stöd. De allra flesta behandlas inom den kommunala hemsjukvården där tillgången till kompetens om svårläkta sår ofta är bristfällig. Bristen på stöd ger en sämre livskvalitet för patienten och innebär långa sårläggningstider med stora kostnader för hälso- och sjukvård. Patienter med svårläkta sår tillhör en medicinskt lågprioriterad grupp och på flera platser i landet saknar vården kompetens och en struktur för att i ett tidigt skede kunna fastställa en sår diagnos.²¹

Not. 19 [Rikssår](#).

Not. 20 [Nationellt vårdprogram för svårläkta sår](#).

Not. 21 [Rikssår](#).

Sårcentrum Blekinge – två mottagningar som erbjuder stöd för svårläkta sår

Sårcentrum i Region Blekinge öppnade 2003 och hade därmed 20-årsjubileum 2023. Verksamheten startade när medarbetare i regionen uppmärksammade att patienter med svårläkta sår kunde vänta i flera månader utan att få en sår diagnos. Dessutom fanns det brist på adekvat behandling och kunskap kopplat till svårläkta sår. Efter en tid när regionen etablerat det första Sårcentrat på Lyckeby vårdcentral i Karlskrona konstaterades att ett Sårcentrum även behövdes i västra Blekinge. Därför startades ytterligare en mottagning på en vårdcentral i Karlshamn, för att öka tillgängligheten för patienterna. Mottagningen i Karlshamn kom 2013 att flyttas till sjukhuset i Karlshamn, men mottagningen i Karlskrona finns kvar på Lyckeby vårdcentral. Kopplingen till primärvården har alltid funnits. Idag är mottagningarna organiserade under verksamheten Nära vård i regionen tillsammans med bland annat geriatrik.

”Innan kunde patienterna gå under många månaders tid utan att få en diagnos. Just bristen på adekvat behandling och de långa vårdtiderna gjorde att vi började arbeta med Sårcentrum.”

- Medarbetare Sårcentrum

”Man är orolig när man inte får såret att läka.”

- Patient

Korta väntetider och välutvecklade samarbeten

Patienterna som kommer till Sårcentrum kommer oftast på remiss från vårdcentralen, kommunal primärvård eller sjukhusen när medarbetare inom vård och omsorg uppmärksammat att behandlingen av patientens sår inte går framåt och att såret inte blir bättre. Patienten kan också själv höra av sig för att få stöd. Det finns inget krav på remiss. Sårcentrum utgör ett komplement till den ordinarie primärvården. Mottagningen fångar upp patienter med svårläkta sår och involverar annan specialiserad sjukvård vid behov, beroende på sår diagnos.

”Min oro över såret som inte läkte kunde vara: varför händer det inget? Får jag rätt behandling?”

- Patient

Teamet på Sårcentrum består av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Det är alltid tre professioner som träffar patienten, för att säkra en god helhetsbedömning. De som arbetar på Sårcentrum har eller har haft en annan deltidsanställning på en vårdcentral, inom kommunen eller på sjukhuset. Samtliga har visat ett eget intresse av att inrikta sig på svårläkta sår och därigenom sökt sig till mottagningen för att arbeta delar av sin tjänst i teamet.

På Sårcentrum råder korta väntetider. Vid det första mötet följer ofta patientens tidigare vårdkontakt med, vanligtvis en sjuksköterska eller undersköterska från vårdcentralen eller kommunen. Det ger ett tillfälle till att överlämna viktig patientinformation men också en möjlighet till kompetensutveckling för sjuksköterskan eller undersköterskan kring sårbehandling.

I de fall där patienten inte har möjlighet att besöka mottagningen har Sårcentrum tillgång till digitala verktyg för att ta mötet via videolänk eller bildöverföring. Möjlighet finns även för hembesök. Under det första mötet med patienten genomförs en basbedömning med anamnes, status, smärtskattning och cirkulation. Såret foto-dokumenteras och en sårbehandlingsstrategi påbörjas. Vid slutet av det första mötet får patienten direkt en tid för nästa möte, ett läkarbesök, då sår diagnos kommer att ställas. Utifrån det inledande mötet och inspel från den tidigare vårdkontakten har läkaren ofta en god kännedom om såret som dessutom är dokumenterat från det uppstartande mötet. För patienten innebär det att ett svårläkt sår kan uppmärksammas i ett tidigt skede vilket underlättar för en snabbare behandling av såret.

”Vi måste ha en plan för att följa patienten till dess att hen är färdigbehandlad. Det behöver inte innebära att patienten är helt återställd, men att alla tar ansvar för att det ska finnas ett bra avslut eller mål.”

- Medarbetare Sårcentrum

Beroende på vilken behandling som patienten är i behov av sker snabba utredningar. Om en sänkt cirkulation har konstaterats vid första mötet kopplas läkare in snabbt för bedömning, insättning av medicinsk behandling och vidareremittering till kärllkirurgisk specialistmottagning. I Karlshamn, där sår mottagningen finns på sjukhuset, kan röntgen ske redan samma dag, om det behövs för att komma vidare i sårbehandlingen. Det är viktigt att alla involverade tar ansvar för att det ska finnas ett mål för patienten. Det skrivs alltid ett slutbrev kring patientens behov framåt efter avslutad behandling.

”Ingenting är självklart – det är bra att skriva ner informationen så man vet vad som behövs framåt.”

- Medarbetare Sårcentrum

I vissa fall kan patienter vara inskrivna på sjukhuset av en annan anledning än ett svårläkt sår. Om medarbetare på avdelningen misstänker att det handlar om ett svårläkt sår kan avdelningen enkelt ringa Sårcentrum för en basbedömning av såret och mottagningen kan etablera kontakt med ansvarig vårdcentral eller hemsjukvård för att boka in en tid där för fortsatt sårbehandling eller omläggning efter utskrivningen. I det skedet har Sårcentrum redan etablerat en behandlingsstrategi för patienten. Det kan också vara så att patienter som är inskrivna på Sårcentrum är i behov av exempelvis en operation. Då genomför sjukhuset behandlingen och därefter kommer patienten tillbaka till mottagningen för att vid behov justera behandlingen. Det är ett exempel på hur teamet på Sårcentrum följer patienten fram till läkning och samtidigt stöttar den specialiserade vården i behandling av patienten.

”Oavsett var i hälso- och sjukvårdssystemet som patienten med svårläkta sår först söker vård så ska patienten fångas upp och erbjudas stöd och behandling.”

- Medarbetare Sårcentrum

En av anledningarna till de korta vårdtider som sårmottagningarna har är att de har en god dialog med de enheter som patienter med svårläkta sår ofta har beröringspunkter med. Genom regelbundna möten samtalar man kring gemensamma patienter vilket möjliggör kortare ledtider. Samarbetet med vårdcentraler, kommunal primärvård och specialiserad vård är väl-fungerande. Genom upparbetade kontakter kan teamet på Sårcentrum ofta kontakta andra verksamheter för att diskutera gemensamma patienter och på så sätt få till bättre remisser till varandra. Det innebär ett proaktivt arbetssätt som underlättar att se till patientens nästa steg i vården.

”Ju bättre underlag vi förbereder för specialistsjukvården, desto snabbare går det för dem att behandla patienten och sedan även för oss när patienten kommer tillbaka.”

- Medarbetare Sårcentrum

”Jag upplevde att det fanns kompetens på Sårcentrum, jag kände mig trygg och såret läkte på 5 veckor. 2,5 veckor efter första besöket behövde jag inte ta en enda tablett. Smärtan var borta.”

- Patient

Sårcentrum har även ett utbildningsansvar gentemot vårdcentralerna och kommunerna i länet. Sjuksköterskorna och undersköterskorna på mottagningen bjuder regelbundet in till digitala nätverksträffar där temat på träffarna utgår från de frågor eller de kunskapsluckor som man står inför. Sårcentrum deltar även i utbildningen av sårombud på sjukhusen. Sårcentrum anordnar varje år en sårutbildningsdag där kommunerna, vårdcentralerna och specialistsjukvården är inbjudna som ett tillfälle att mötas och tillsammans diskutera svårläkta sår. Dessa utbildningsinsatser har givit resultat. Primärvården kan idag i större utsträckning hantera svårläkta sår på egen hand utan att konsultera Sårcentrum.

”Vi måste nå ut till varandra genom utbildningsinsatser.”

- Medarbetare Sårcentrum

Sårcentrums arbetssätt gör patienten delaktig i läkningsprocessen

För Sårcentrum är patientens delaktighet en viktig förutsättning för att underlätta läkning av sår. Det finns en viss stigmatisering kring sår, och vissa patienter upplever det som jobbigt och skäms. Dessutom kan många faktorer i patientens liv bli avgörande för sårets utveckling. Ett snabbt läkt sår innebär därför en stor fördel i att patienten kan sova, äta och röra sig utomhus utan bekymmer. Sårcentrum arbetar med samlad information och förberedelser så att utredningen av såret kan ske så effektivt som möjligt där patienten är involverad i diagnos och behandling. Många gånger behöver patienten uppmärksammas, motiveras till och genomföra ändringar i levnadsvanor för att såret ska läka. Det kan handla om att sluta röka, ändra kost och motionsvanor och medverka till kompressionsbehandling.

”Det är otroligt viktigt att man får den vård man behöver och inte går för länge med ett öppet sår.”

- Patient

Verksamma inom vård och omsorg som har kontakt med patienter med svårläkta sår gynnas direkt av Sårcentrums verksamhet. Genom att erbjuda konsultativt stöd, handleda och upprätta gemensamma planer med personal på vårdcentral eller inom hemsjukvården kan personalen stärkas och behandlingen förbättras. Att mottagningen är lättillgänglig när personalen har frågor är särskilt uppskattat av omsorgspersonalen i SÄBO och hemtjänst. Även medarbetare inom den specialiserade vården är positiva till Sårcentrum eftersom patienten har genomgått en ordentlig utredning innan de hänvisas vidare till den specialiserade vården. De får ett utförligt underlag och kan därför snabbare gå vidare med patientens behandling.

”Tänk igenom vad för personal som du behöver för din patientgrupp. Bjud in representanter för de olika grupperna för att diskutera hur ni kan underlätta för den här patientgruppen. Vi ska hjälpas åt!”

- Medarbetare Sårcentrum

Utmaning i hälso- och sjukvårdssystemets utformning och vikten av stöd från ledningen

I dagsläget står Sårcentrum inför stora, men också spännande förändringar kopplat till nya e-hälsolösningar. Nyligen har alla enheter inom regionen fått tillgång till ett gemensamt bild-hanteringssystem, en stor skillnad mot tidigare då olika verksamheter inte kunde se varandras bilder. Sårcentrum har dessutom ett nystartat e-hälsoprojekt där kommunen kan skicka in bilder och frågor till en digital plattform via en mobilapplikation.

En ständig utmaning i Sårcentrums arbete är kontakten mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Ambitionen är att ha kontakt med alla relevanta professioner och verksamheter, där kommunikationen sker ända från hemmet genom hemsjukvård fram till specialiserad vård och tillbaka igen. Kontaktvägarna är inte alltid helt lätta, men Sårcentrum ser förbättringspotential framåt i att nå en bättre systemlösning.

Trots att samarbetet mellan verksamheter i länet idag är välutvecklat för patienter med svårläkta sår så kan samverkan utifrån patientens behov alltid bli bättre. Teamet på Sårcentrum har uppmärksammat att patienterna utgår från att personalen har kännedom om varandras insatser, vilket inte alltid är fallet.

”Både kommun och region måste jobba närmare, det är synd att vi inte är samma verksamhet. Patienten antar att vi har kännedom om saker, men det har vi inte och vi behöver fråga patienten om tillåtelse för att ta del av viss information som en annan verksamhet skrivit.”

- Medarbetare Sårcentrum

Viktiga förutsättningar framåt och hur kvalitetsregister kan öka vårdens jämlikhet

En viktig förutsättning för att lyckas är att ha stöd från ledning och chefer. Med tiden har Sårcentrum återkommande motiverat vinsterna med utökade samarbeten över verksamhetsgränser för chefer. Bland annat gör samarbete att den totala vårdkostnaden blir mindre och såren läker snabbare, men ibland är det en utmaning att se till helheten utifrån patientens perspektiv. Genom intresserade, engagerade medarbetare som har mandat att genomföra förändringar så kan man skapa ett helhetstänk kring vilken personal som behövs kring patienten. Ambitionen hos medarbetarna är hela tiden att arbeta för att erbjuda patienten bästa möjliga vård och omsorg.

”Vi är verksamma i en organisation som låter personal som är intresserad att genomföra förändringar och driva projekt, cheferna säger inte nej.”

- Medarbetare Sårcentrum

Vid behandling på Sårcentrum informeras patienterna att de kommer att registreras i Nationella kvalitetsregistret Rikssår. Syftet med registret är att patienten ska få en säkerställd sårdiagnos, kortare läkningstid och kontinuitet i behandlingen med fokus på livskvalitet. Att Sårcentrum är anknutna till nationella kvalitetsregistret Rikssår möjliggör för regionen att jämföras med andra i Sverige. Exempelvis går det att följa upp kontinuitet, vilka professioner som är involverade i en patients behandling samt smärtbehandling. Uppföljningen ger ett lärande och är ett viktigt redskap framåt. Ett medskick till andra som vill starta ett Sårcentrum är att nyttja kvalitetsregister och nationella vårdförlopp, det bidrar till stöd och struktur för regionen samt att patienter erbjuds en mer jämlik vård.

”Idag är såret läkt och det är helt fantastiskt, det är som ett helt nytt liv: att få vakna och inte ha ont.”

- Patient

Närsjukvårdsteam – akut vård i hemmet

Vid Sahlgrenska universitetssjukhuset finns mobila närsjukvårdsteam. De utför korta akutvårdsinsatser i samverkan med kommunal och regional primärvård. En drivkraft har varit att patienter ska kunna få akut vård i hemmet och därmed inte behöva åka in till sjukhus. Detta är av stort värde för sköra äldre, men även för andra patientgrupper. De mobila teamen bidrar även till att minska belastningen på akutmottagningar och slutenvården.

Närsjukvårdsteam Sahlgrenska universitetssjukhuset

Vid Sahlgrenska universitetssjukhuset finns tio närsjukvårdsteam som varje vardag bemannar 10 bilar vilka utgår från de tre sjukhustomterna Sahlgrenska, Östra och Mölndal. Närsjukvårdsteamens verksamhet är en del i arbetet med omställningen till Nära vård. Det första av de mobila närsjukvårdsteamerna bildades i Mölndal 2017. Teamen riktar sig främst till sköra äldre, med målet att minska deras behov av att åka in till sjukhus för att få akut vård. Närsjukvårdsteamerna vill undvika onödiga sjukhusinskrivningar.

”Det är dyrt, dåligt och farligt att ligga på sjukhus för den här gruppen. Riskerar att bidra till både övervård och förvirring.”

– Medarbetare närsjukvårdsteam

”Patientgruppen sköra äldre växer, vi måste göra det bättre för samhället tillsammans.”

– Medarbetare närsjukvårdsteam

Det finns flera sätt för en patient att bli aktuell för vård av närsjukvårdsteam. Ett sätt är i samband med utskrivning från vårdavdelning på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Ett annat sätt är att ansvarig läkare i regional primärvård kan kontakta närsjukvårdsteam. Det utifrån att en patient bedöms vara i behov av att besöka akutmottagning eller eventuellt vara aktuell för inskrivning i slutenvården. Även sjuksköterska inom regional och kommunal primärvård kan kontakta närsjukvårdsteam, men ska då först ha varit i kontakt med den fasta läkarkontakten i primärvården. Ett tredje sätt är att en ambulanssjuksköterska efter bedömning av patienten kan kontakta närsjukvårdsteam för rådgivning eller för att planera ett akut eller halv akut besök av närsjukvårdsteam.²²

I ett närsjukvårdsteam ingår antingen en läkare och en sjuksköterska, två sjuksköterskor alternativt en ensam sjuksköterska. Väldigt få har hela sin anställning i teamen utan som sjuksköterska har man sin huvudanställning på akutmottagning, på vårdavdelning eller i ambulanssjukvården och arbetar 50 procent i närsjukvårdsteamet. Läkare kommer från Internmedicin eller Geriatrik och arbetar cirka 20 procent av sin arbetstid i teamet en hel vecka i taget.

Korta kompletterande akutvårdsinsatser - "flytspackel i sprickorna"

Primärvården ska vara navet kring patienten. Närsjukvårdsteam gör korta insatser, de varken konkurrerar med eller tar över primärvårdens arbete. De kompletterar primärvårdens insatser utifrån patientens behov av akut vård. Om patienten har hemsjukvård fortsätter primärvården att ha ansvaret även om närsjukvårdsteamet ger patienten akut vård i hemmet. Patienten är inte heller inskriven hos närsjukvårdsteam, vilket kan vara fallet i andra mobila team.

"Tanken är att närsjukvårdsteam ska vara som flytspackel i sprickorna. Göra insatser och sen backa ut. Det som skiljer oss från andra mobila team – vi konkurrerar inte mot primärvård."

- Medarbetare närsjukvårdsteam

Not. 22 Västra Götalandsregionen, [Närsjukvårdsteam SU – Kontakt och kommunikation](#).

”Då kom mobila teamet och de var väl utrustade både i sitt bemötande, sin hjärna och sin väska. De gjorde en massa undersökningar, tog prover och ordnande en remiss. Jag upplevde det som otroligt proffsigt.”

- Närstående

För att det ska vara enkelt att komma i kontakt med närsjukvårdsteamet har de ett telefonnummer till sin verksamhet. Medarbetare i hemsjukvården och patienter kan kontakta teamet vid eventuella frågor. Utöver det finns även en konsultativ tjänst via telefon för att läkare i primärvården ska kunna rådgöra kring geriatriska patienter. Möjligheten att kunna ringa teamet är något som uppskattas och inger en trygghet för medarbetare i kommunen, men även för patienter.

”Många är rädda för att öppna upp portarna, med ett öppet telefonnummer. Men ofta är det inte så, är folk trygga blir det lugnare.”

- Medarbetare närsjukvårdsteam

”Jag drar mig inte för att ringa dom om det behövs. Bara för att prata med dom så att jag vet hur jag ska bete mig, det känns väldigt tryggt för mig.”

- Patient

Kommunikationen mellan närsjukvårdsteamet och regional och kommunal primärvård sker numera i meddelandeplattformen SAMSA. Det underlättar att enkelt få ut information till flera parter samtidigt. Innan SAMSA användes fick de kommunicera via telefon och det var inte ovanligt att det var upptaget när de ringde varandra. Teamets dokumentation sker i Melior²³. Den Nationella Patientöversikten (NPÖ) ger en samlad bild av den information som finns i en patients journaler hos andra vårdgivare.

”I början när man ringde var det upptaget och vi gick om varandra. Nu är det bara att dra iväg ett meddelande i systemet. Där tittar folk flera gånger om dagen.”

- Medarbetare närsjukvårdsteam

Not. 23 Västra Götalandsregionen, [Närsjukvårdsteam SU - Kontakt och kommunikation](#).

Närsjukvårdsteamerna har egna bilar som de använder när de åker ut till patienterna. Teamerna kan utföra flera olika behandlingar utöver att göra en bedömning av patientens tillstånd. De kan till exempel göra provtagning, intravenös läkemedelsbehandling, inläggning av infart för vätska eller näring och såromläggning. När närsjukvårdsteamet är ute hos patienten kan de, om det är det alternativ som bedöms som lämpligt, även hjälpa till med direktinskrivning i slutenvården. Ett närsjukvårdsteam gör totalt fyra till sex besök per dag fördelat på olika patienter²⁴.

Samarbete med Sjukvårdens Larmcentral och ambulanssjukvården

Arbetet i närsjukvårdsteamerna har under åren utvecklats på flera olika sätt. Ett exempel är ett samarbete med Sjukvårdens Larmcentral, där en del av verksamheten rör beställningar av liggande transporter. Bakgrunden till samarbetet var att se om det går att fånga upp patienter i ett tidigt skede och därigenom förebygga vissa ambulansuppdrag och sjukvårdstransporter. Sedan början av år 2023 finns en algoritm där det utifrån frågor som ställs till den sjuksköterska som kontaktat Sjukvårdens Larmcentral, exempelvis på ett särskilt boende, framkommer huruvida patienten är stabil eller inte. Om hen är stabil kan larmcentralen ta kontakt med ett närsjukvårdsteam och låter samtidigt patienten ligga i ett virtuellt väntrum. Larmcentralen släpper inte ärendet men ser när teamets bil är tillgänglig. I de fall som ett närsjukvårdsteam åker ut får patienten akut vård i hemmet och behöver förhoppningsvis inte åka in till sjukhus. På Östra sjukhusets akutmottagning har man regelbundet gjort mätningar sedan 2012 över antalet sköra äldre som kommer till dem från särskilda boenden eller korttidsenheter. Efter den nya rutinen mot Sjukvårdens Larmcentral infördes februari 2023 ser man hur antalet har minskat med 30 %. Utöver att det innebär ett stort värde för patienten frigör det även resurser för andra som är i behov av transport in till sjukhus.

Ett annat exempel på hur närsjukvårdsteamet utvecklat sin verksamhet är ett samarbete med ambulanssjukvården. Tidigare har det varit utmanande att få ambulanserna att räkna till när de larmas ut standardiserat via SOS Alarm. Man tillsatte då en erfaren ambulanssjuksköterska som idag arbetar som inre befäl vid SOS Alarm, för att bidra med stöd för att dirigera ut rätt typ av ambulansenhet eller akutläkarbil. Det inre befälet kan också välja att i stället, när det är aktuellt, kontakta ett närsjukvårdsteam och på så sätt behöver inte en ambulans skickas ut.

Not. 24 Västra Götalandsregionen, [Sjukhuset startar sitt tionde mobila team](#).

Mobil akutvård som frigör resurser

Det finns flera exempel på hur närsjukvårdsteamerna frigör resurser för exempelvis akutmottagningar och slutenvård på sjukhus. Utan de mobila teamerna skulle Sahlgrenska universitetssjukhuset behöva använda 38 vårdplatser till per dag för de patienter som nu får hjälp av närsjukvårdsteamerna. Östras närsjukvårdsteam gjorde ett pilotprojekt tillsammans med ambulansen och förde statistik mellan januari och augusti 2020. Statistik från den piloten visade att totalt 454 patienter kunde vårdas kvar hemma då närsjukvårdsteamerna ryckte ut akut efter att ha blivit kontaktade av utlarmad ambulanssjuksköterska. Det motsvarade 87 procent av patienterna vilka annars sannolikt körts in av ambulansen till akutmottagningen och i många fall blivit inlagda på sjukhus. Fyra procent blev direktinskrivna på avdelning och nio procent behövde ändå följa med ambulansen in till akutmottagning. Under perioden 2019–2022 mer än dubblades närsjukvårdsteamernas hembesök från 2 388 till 5 016 besök per år. Varje patient fick i snitt 1,76 hembesök. Ett räkneexempel som gjorts visar att närsjukvårdsteamerna uppskattningsvis under denna period kan ha frigjort motsvarande 14 000 vårddygn.

Akutvård i hemmet och trygghetsskapande

Ett stort värde för de patienter som närsjukvårdsteamerna behandlar är att de får akut vård i sitt hem och därmed inte behöver åka in till sjukhus. För sköra äldre finns flera risker med att vara inskrivna på sjukhus. Dels finns det risk för vårdrelaterade infektioner och dels ökad risk för fall samt förvirring när de är inskrivna i slutenvård. Sammantaget ger det extra stort värde för sköra äldre att vårdas hemma.

För vissa patienter kan teamets insatser innebära att de skrivs ut tidigare från slutenvården. Genom fortsatt vård och uppföljning i hemmet får de en tryggare övergång från tiden på sjukhus. Vidare uppskattar patienter att de får ett telefonnummer till närsjukvårdsteamet som de kan ringa för att få råd.

De mobila teamerna kan vid sina besök ge patienten rekommendationer kring vad hen ska göra om tillståndet försämras igen. Exempelvis beskrevs av en patient att hen först skulle ta en ökad dos av sin medicin i en vecka och om det inte hjälpte skulle hen kontakta sin läkare på vårdcentralen. Detta arbetssätt är någonting som kan skapa trygghet för patienter. När medarbetare i närsjukvårdsteamerna är hemma hos patienten kan de, utöver den akuta vården, ibland även hjälpa till med något annat exempelvis kring frågor om fortsatta vårdkontakter.

”Enskilda känner sig trygga, de får den hjälp de behöver på plats. Hjälp även med kontakter kring kommunal och regional primärvård.”

- Medarbetare närsjukvårdsteam

Vården har begränsade resurser och det gäller att hushålla med dem på bästa sätt. Om en vårdplats är bemannad av hemsjukvården kan närsjukvårdsteamet komma dit och addera det medicinska som patienten är i behov av i form av akut vård. På så vis kompletterar man varandras insatser. På motsvarande sätt kan teamet åka hem till patienter som utför egenvård, men som försämrats och är i behov av akut vård.

”Jag hade förmodligen blivit inlagd på sjukhuset. Det var liksom att de räddade mig från det. Jag vill ju helst inte bli inlagd bara för att få vätskedrivande. Så det var väldigt skönt att de kunde behandla det här hemma. Man vill ju helst vara hemma om det är möjligt. Jag tycker jag klarar mig ganska bra här annars.”

- Patient

Delade tjänster och att våga testa

En viktig förutsättning, som också lyfts som en framgångsfaktor, är att medarbetarna arbetar deltid i närsjukvårdsteamerna. De flesta arbetar halvtid i ett team och halvtid exempelvis på en vårdavdelning. Det gör bemanningen av teamerna mindre sårbar då det blir fler personer som ingår i teamet. Medarbetarna blir även en slags ambassadörer för teamet när de arbetar i andra delar av sjukhusets verksamhet sin övriga tid. Det minskar också risken att teamet blir som en separat enhet, vilket annars ibland kan bli fallet om det är några få medarbetare som arbetar heltid i ett team. Dessutom blir det mer sårbart om någon exempelvis blir sjuk. En utmaning i början av arbetet med teamerna var att det var svårt att få tag på medarbetare till teamet, men nu är det kö. Många tycker det är roligt att arbeta i närsjukvårdsteamerna och hade önskat arbeta heltid där, om det hade varit möjligt.

Att våga testa och utveckla nya arbetssätt betonas som viktigt i utvecklingen av närsjukvårdsteamerna. Det beskrevs ovan i exemplen om samarbete med Sjukvårdens Larmcentral och SOS Alarm. Något annat viktigt är att ibland våga gå emot vad som tidigare bestämts, för att testa ett annat upplägg eller arbetssätt som man tror mer på.

Den kommunala primärvården är överlag väldigt nöjda med de insatser som närsjukvårdsteamerna gör. Det underlättar bland annat att de kommer ut och behandlar patienten i hemmet. Att teamerna endast utför korta insatser kan dock upplevas utmanande för den kommunala primärvården när insatsen är avslutad. En annan utmaning i sammanhanget är att teamerna endast finns tillgängliga dagtid. Vidare ser den kommunala primärvården en utmaning i att den regionala primärvården skulle behöva få bättre förutsättningar och resurser i omställningen till Nära vård. Närsjukvårdsteamerna åker ibland hem till patienten och utför vissa uppgifter som formellt den regionala primärvården har ansvar för. Den kommunala primärvården skulle gärna se att den regionala primärvården hade möjlighet att ta det ansvar som är tänkt samt att det även gick att få till mer kontinuitet och proaktivitet i arbetet med Nära vård.

Närsjukvårdsteamerna ser inga utmaningar med hållbarheten i sitt arbete. För många år sedan var det några eldsjälarna som drog igång arbetet. Sedan dess har arbetssättet utvecklats under flera år och idag är teamerna en etablerad vårdform. Teamerna har även bevisat nyttan med sitt arbete både för politiker och högre chefer.

Arbetet med närsjukvårdsteam vid Sahlgrenska universitetssjukhuset kommer fortsätta att utvecklas, för att möjliggöra för fler patienter att få akut vård i hemmet. En viktig del i omställningen till Nära vård är samverkan med kommunal och regional primärvård. De utgör navet i vården för patienten. Ett tips för andra som vill testa liknande arbetssätt är att undersöka möjligheten till delad tjänst mellan två placeringar, varav den ena i ett mobilt team. Det gör teamerna mindre sårbara och bidrar till att sprida budskapet om arbetet som sker där. Slutligen att skapa utrymme för medarbetare att kunna vara delaktiga i utvecklingsarbetet.

”Fundera på syftet, ha ett tydligt mål. Förhindra onödig slutenvård, det är syftet. Varit nyttigt. Sen få frihet kring hur det sker. Låt enskilda medarbetare vara med och utveckla. Frihet under ansvar.”

- Medarbetare närsjukvårdsteam

Diskussion

Omställningen till Nära vård handlar bland annat om att inom givna ekonomiska ramar utveckla nya arbetsätt som bättre tar tillvara den pågående medicinska och tekniska utvecklingen samtidigt som patienternas behov, önskemål och drömmar i större utsträckning kan uppfyllas. Målet är bättre hälsa för alla, inte minst ska svårt sjuka och sköra personer kunna leva ett värdigt liv.

Primärvården är basen och navet i omställningen till Nära vård men den specialiserade vården har också en viktig roll att spela. När den flyttar ut i patienternas hem minskar behovet av slutenvård på sjukhus samtidigt som patienter och närstående får tid över för sitt vardagsliv. Ett gott samarbete mellan vårdnivåer, huvudmän, vårdgivare och professioner är en förutsättning för att lyckas. Det uppstår inte av sig själv utan behöver ledas och ges rätt förutsättningar.

I de åtta exempel som beskrivs i denna rapport berättar medarbetare från vården, patienter och närstående om sina erfarenheter av att arbeta med och ta emot specialiserad vård i hemmet. Skillnader mellan exemplen finns i varför de uppstått och hur de organiseras men särskilt utmärkande är den enighet som finns kring framgångsfaktorer för att förändringen ska bli lyckosam.

Frivillighet är A och O

Grunden för de goda resultaten för specialiserad vård i hemmet är att den är frivillig. Sjukhusets vårdplatser ska alltid finnas som en back-up om det inte fungerar i hemmet. Att såväl patienter som närstående i stort sett alltid är mycket nöjda med vården kan sannolikt förklaras av att de gjort ett aktivt val. Nöjda patienter bidrar i sin tur till arbetsglädje och meningsfullhet för medarbetarna vilket också återspeglas i intervjuerna.

Utgångspunkten är vad som blir bäst för patienten

Vid planering av vården är utgångspunkten alltid vad som blir bäst för patienten. På vilket sätt kan medarbetare från olika huvudmän, vårdgivare och professioner bidra och vad kan och vill patienter och närstående göra själva? Det kan låta enkelt men många hinder finns. De vanligaste handlar om koordinering, kommunikation och informationsöverföring. Olika tolkningar av juridik och hur kostnader ska fördelas kan också försvåra samarbetet. I Jönköpings län har man mångårig erfarenhet av gränsöverskridande teamarbete genom att utgå från den fiktiva personen [Esther](#). Tre enkla regler används vid all samverkan:

1. Vi gör det som är bäst för Esther.
2. Vi tar ansvar för vårt steg, ger feedback till steget före och underlättar för steget efter.
3. Vi gör det tillsammans med Esther.

För att veta vad som blir bäst för varje unik patient behöver frågan Vad är viktigt för dig? ställas. I svaret får medarbetaren syn på önskemål och drömmar hos patienten som kan bidra till att skapa motivation hos patient och närstående att aktivt medverka i vården.

Gränsöverskridande teamarbete krävs

Gemensamt för alla exempel är att de lyfter vikten av ett nära samarbete mellan medarbetare från både kommun och region. Att möten sker i patientens hem underlättar för patient, närstående och personal från olika professioner och vårdgivare att bygga värdeskapande relationer. Tydlighet kring vem som ansvarar för vad underlättar samarbetet. Vid Storsjögläntan är man exempelvis noga med att omvårdnadsansvaret ligger hos sjuksköterskorna i den kommunala hemsjukvården med det palliativa teamets sjuksköterskor som konsultativt stöd.

Tillgänglighet för varandra och för patienten

För att samarbetet ska fungera väl och leda till trygghet är god tillgänglighet en förutsättning. Enligt teamen är detta inte särskilt svårt att uppnå. Tillgänglighet kommer ”på köpet” när personal, patient och närstående är överens om vem som ska göra vad. Centralt för patienten i hemmet är att ha nödvändiga telefonnummer att ringa vid akuta behov och frågor. Genom snabba och tydliga kontaktvägar har Storsjögläntan och det palliativa konsultteamet lyckats tillgodose patientens behov snabbare av rätt profession på rätt vårdnivå. Att Sårcentrum i Blekinge är lättillgängliga vid frågor är särskilt uppskattat av omsorgspersonalen i SÄBO och hemtjänst.

Involvera patient och närstående i vården

Att informera och involvera patienter och närstående blir naturligt när vården sker i hemmet och är ett viktigt skäl till att denna vårdform får så gott betyg i olika uppföljningar. I och med att patienten tackat ja till att få sin vård i hemmet blir motivationen att bidra aktivt högre jämfört att passivt låta sig omhändertas på sjukhus.

Tillåtelse att göra det lilla extra

När ledningen ger medarbetarna tillåtelse att lösa uppgiften på individnivå utan att behöva fastna i ekonomiska diskussioner löper det ofta på bra. Juridiska tolkningar och ekonomiska överenskommelser behövs men hör hemma på högre beslutsnivåer i systemet.

Att tillämpa regler och riktlinjer bokstavligen fungerar inte i praktiken. Ibland måste personalen gå lite utanför ramarna för att resultat ska bli bra. Tillåtelse behövs från ledningsnivån för att kunna erbjuda patienterna ”det lilla extra” som gör så stor skillnad för patienter och närstående.

Möjlighet att göra förändringar och lokala anpassningar

Vården befinner sig i ständig utveckling som oftast sker kontinuerligt genom idogt förbättringsarbete, men då och då även i form av mer radikala tekniksprång. Det gäller att ha beredskap att kunna anpassa arbetet efter nya möjligheter. Ett exempel i rapporten är när ny teknik för bildhantering vid svårsläkta sår kommer att införas. Då behövs ett omtag med översyn av hela vårdprocessen för att utnyttja de nya möjligheterna optimalt.

Inspiration till nya arbetssätt uppstår ofta efter omvärldsbevakning där andra med liknande uppdrag men också andra förutsättningar har visat på goda resultat. För att lyckas behövs alltid anpassningar utifrån de lokala förutsättningarna för att resultaten ska bli lyckosamma. Mobila team är ett område där de lokala lösningarna växt fram på detta sätt. Ett tydligt mål och syfte med förändringen tillsammans med uppföljning av de egna resultaten behövs för att säkerställa att vården är effektiv.

Mod, engagemang och flexibilitet

Mod, engagemang och flexibilitet kännetecknar de medarbetare och verksamheter som lyckas väl. En framgångsfaktor är när initiativet till förändring kommer från personalgruppen. Då har de som arbetar nära patienten sett behovet av förändring och potentialen i att göra på ett annat sätt.

Se specialiserad vård som ett komplement till primärvård

Primärvården ska vara basen och navet för hälso- och sjukvården. I nästan alla exempel på lösningar för specialiserad vård i denna rapport har patienterna samtidigt behov av primärvård i hemmet. Den specialiserade vården blir då ett komplement till primärvården som fortsätter ha ansvaret för sin del av vården. Den specialiserade vårdens uppgifter handlar om att göra bedömningar, ge ordinationer, informera och ansvara för uppföljning medan primärvården står för den dagliga omvårdnaden. När den specialiserade vården och primärvården möts i hemmet uppstår en möjlighet till samskapande och lärande som behöver tas tillvara. Den specialiserade vården bidrar med kunskap om den specifika behandlingen, något som skapar trygghet för såväl patienter, närstående som omvårdnadspersonal. Primärvården bidrar med kunskap om patientens helhetsituation vilket bidrar till kloka prioriteringar och största möjliga livskvalitet för patienten.

Undantagen är när patienten enbart har behov av specialiserad vård i hemmet till exempel i form av mobilt akutteam eller hemdialys. Då kan det räcka med specialiserad vård och egenvård för att uppnå en god och säker vård.

Alla kan bli vinnare

Den största vinnaren när specialiserad vård i hemmet fungerar väl är patienten som får möjlighet att leva sitt vardagsliv samtidigt som medicinsk behandling pågår. När vårdpersonalen tar av sig skorna och stiger in i patientens hem uppstår en mer jämlik situation där patienten och närstående blir mer delaktiga i vården. Tryggheten ökar som följd av god tillgänglighet, bra information, kontinuitet och gott bemötande. Uppföljning av mobilt sjukhusteam i Malmö visar att patienten därutöver äter bättre, sover bättre och rör sig mer, vilket tillsammans bidrar till snabbare återhämtning samt minskad risk för fallskador och vårdrelaterade infektioner. Att få hjälp att samordna vården uppskattas också liksom stöd till närstående i samband med palliativ vård.

Vinster uppstår också för det lokala vårdssystemet. Behovet av slutenvård på sjukhus minskar kraftigt för målgruppen och de vårdplatser som därmed frigörs kan användas till patienter som är i behov av sjukhusets resurser. Det handlar såväl om färre vårdtillfällen som om kortare vårdtider men också om färre ambulansuppdrag och färre besök på akutmottagning. Utan de mobila teamen skulle Sahlgrenska Universitetssjukhuset behöva 38 vårdplatser till per dag. SPOT-teamet rapporterar att man idag inte har några väntelistor och inte skriver några remisser. Hemdialysen i Jämtland/Härjedalen har minskat regionens kostnader för sjukresor med ungefär nio miljoner kronor om året.

Även medarbetarna kan bli vinnare. Arbetsglädje uppstår när det finns kunskap, samarbete, tillit och trygghet. Tjänsterna blir attraktiva och lätta att bemanna samtidigt som personalomsättningen minskar. Särskilt framgångsrika har psykiatri i Västernorrland varit där SPOT-teamen lyckats vända en situation med stor personalbrist.

Gott samarbete leder till ett lärande i vardagen

God samverkan mellan vårdnivåer bidrar till kontinuerligt lärande. Medarbetare i primärvården blir snabbt skickliga i att medverka i vårdinsatser som är återkommande för individen och för befolkningen. Lärande i vardagen handlar utöver instruktion om att vara tillgänglig för frågor, ge handledning och medverka vid utbildningsdagar, något som skapar trygghet bland medarbetarna.

Sårcentrum har ett utbildningsansvar gentemot vårdcentralerna och kommunerna i länet. De bjuder regelbundet in till digitala nätverksträffar, deltar i utbildningen av sårombud på sjukhusen och anordnar varje år en sårutbildningsdag där alla som arbetar med svårläkta sår kan träffas och dela erfarenheter.

En annan erfarenhet är att goda arbetssätt ”smittar” och kan spridas till andra vårdområden. Efter en tids gemensamma ronder med det palliativa konsultteamet började flera hälsocentraler självmant formulera behandlingsstrategier för patienter som skevs in i hemsjukvård eller flyttade in i SÄBO. Detta proaktiva arbetssätt sparar tid samtidigt som kvaliteten på vården förbättrats. Sjuksköterskorna i kommunen har blivit tryggare i sin roll vilket medför att de idag kan utföra mer avancerad vård än tidigare.

Tips och trix

Tillgång till information när den behövs

Informationsöverföring mellan huvudmän och vårdgivare är en känd utmaning vid all vård i hemmet. Lösningarna är såväl analoga som digitala. Vanligast är att all viktig information om behandlingsstrategi, ordinationer, ansvarsfördelning och kontaktuppgifter till ansvariga samlas i en pärm som patienten själv förvarar i hemmet. Stroketeamet i Kalix använder det digitala planeringssystemet Lifecare SP och i Västra Götaland använder man sitt planeringssystem SAMSA för kommunikation och informationsöverföring. I Kronoberg utnyttjas möjligheten att dela information via det gemensamma journalsystem Cosmic och Jämtland/Härjedalen använder man planeringsverktyget Cosmic Link. Den Nationella Patientöversikten (NPÖ) ger en samlad bild av den information som finns i en patients journaler hos andra vårdgivare. Alla regioner visar information via NPÖ men ännu saknar många kommuner möjlighet att dela med sig av sin information till regionen. Arbeta med att tillämpa ny lagstiftning som tillåter digital informationsdelning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård har påbörjats.

Pragmatiska lösningar för organisering lönar sig

Organisationen är ett medel för att kunna arbeta så effektivt som möjligt. Det vanligaste är att medarbetare inom specialiserad vård i hemmet organiseras inom sin specialitet. Så görs när det finns behov av nära kontakter och där tjänstgöring sker såväl i hemmet som på sjukhus. Exempel på detta är strokerehabilitering i Kalix, mobilt sjukhusteam i Malmö och närsjukvårdsteam på Sahlgrenska.

Storsjögläntan har varit en egen etablerad verksamhet med uppdrag i hela regionen under många år.

Sårcentrum i Blekinge startade inom ramen för primärvården men har senare flyttats till verksamhetsområdet Nära vård tillsammans med geriatriken.

Trakteamet i Kronoberg har valt att inrätta delade tjänster, något som fungerar väl för verksamheten. Utifrån rådande regelverk kan dock detta vara till nackdel för den anställdes kommande pension.

En framgångsfaktor på Sahlgrenska är att medarbetarna arbetar deltid i närsvårdssteamerna. De flesta delar sin tid mellan teamet och en vårdavdelning. Fler personer i teamet gör verksamheten mindre sårbar samtidigt som vårdformerna integreras med varandra.

Ett komplement eller en plåsterlapp?

Det mobila akutteamet i Malmö är mycket noga med att teamet enbart vänder sig till patienter med behov av vård där alternativet annars hade varit att skrivas in på sjukhus. Där finns redan en etablerad hemsjukvård på primärvårdsnivå som bygger på längre vårdrelationer. Kommunens medarbetare i Västra Götaland är mycket nöjda med det mobila teamet från Sahlgrenska men ser att många av besöken lika väl kunde ha skett på primärvårdsnivå med bibehållen kontinuitet om resurser för detta funnits. Då alternativet när primärvårdens läkare inte har kapacitet att genomföra akuta besök blir att patienten skickas till akutmottagningen skapar sjukhusets mobila närsvårdssteam i nuläget ändå värde för alla parter.

Att hitta vägar för en god och säker specialiserad vård i hemmet är inte enkelt, men att det är möjligt finns det många exempel på, varav några presenteras i denna rapport. Att vårdens kvalitet i vissa situationer blir bättre när den ges i hemmet jämfört med när den ges på sjukhus samtidigt som totalkostnaden för vårdsystemet blir lägre eller densamma är kunskap som behöver få större spridning. Det pågår i landet en omställning till en mer Nära vård. I detta arbete har den specialiserade vården en viktig roll att spela genom att i större utsträckning än idag vara ett komplement till primärvårdsnivån.

Tillsammans med primärvården som nav

Exempel på samarbeten kring specialiserad vård i hemmet

Svensk hälso- och sjukvård och omsorg ställer nu om till Nära vård, en mer personcentrerad, samordnad, proaktiv och samskapad vård och omsorg. I den nära vården är primärvården navet och samarbetet med den specialiserade vården avgörande.

I denna skrift presenteras åtta lärande exempel på teamarbete när det finns behov av specialiserad vård i hemmet inom olika vårdområden. Resultaten är goda och det går att uppnå högre vårdkvalitet och nöjdare patienter samtidigt som behovet av vård på sjukhus för målgrupperna minskar. Förbättrat samarbete mellan vårdnivåerna leder till en mer personcentrerad och effektiv vård.

ISBN 978-91-8047-248-7

Ladda ner eller beställ på skr.se/publikationer

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | skr.se



Sveriges
Kommuner
och Regioner