

Kunskapsstöd för Primärvårdens samverkande hälso- och sjukvård i hemmet

Medicinsk samverkan och läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

Avsändare: Nationella Primärvårdsrådet

Kontakt: Se www.kunskapsstyrningsvard.se för aktuella kontaktuppgifter.

Vägledande kunskapsstöd för primärvårdens samverkande hälsa- och sjukvård i hemmet

Sammanfattning

Detta kunskapsstöd är framtaget för att stödja och förbättra vården och vårdens samordning med omsorgsinsatser, för vuxna sköra individer med behov av hälsa- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå. Det riktar sig till primärvårdens hälsa- och sjukvårdspersonal som arbetar i patienters ordinära boende eller i särskilt boende samt till deras verksamhetschefer, och är tänkt att användas både som stöd i det praktiska arbetet och för chefer som behöver skapa förutsättningar för samverkan. Det är framtaget i samarbete mellan region-, kommun- och seniorrepresentanter.

Samverkande hälsa- och sjukvård i hemmet är den hälsa- och sjukvård som regionernas och kommunernas primärvård bedriver tillsammans för sköra personer med varaktiga behov av hälsa- och sjukvård i ordinärt eller särskilt boende. Målet är att erbjuda en personcentrerad, teambaserad, lättillgänglig hälsa- och sjukvård med hög kvalitet och säkerhet i ordinärt eller särskilt boende.

Åtta förbättringsområden är identifierade och rekommendationer har tagits fram för respektive område. De åtta områdena är: Samverkan region och kommun, Personcentrering, Tillgänglighet, Kontinuitet, Proaktivt arbete, Teamarbete, Dokumentation och Digitalisering.

Ulrika Stefansson, ordförande i arbetsgruppen.

2023-05-22

Jönköping

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Introduktion	5
Uppdrag	5
Bakgrund	6
Avgränsningar	8
Begrepp	9
Metod	10
Resultat och rekommendationer	10
Samverkan region och kommun	11
Personcentrering	12
Proaktivt arbete.....	12
Kontinuitet.....	13
Teamarbete	14
Tillgänglighet	15
Dokumentation.....	15
Digitalisering.....	15
Checklista 1 Teamets inskrivning och uppföljning i samverkande hälso- och sjukvård i hemmet.	17
Checklista 2 Uppgift för verksamhetschef, i kommun och region, med ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal att skapa förutsättningar för god samverkande hälso- och sjukvård i hemmet	18
Slutsatser och lärdomar	18
Uppföljning	19
Referenser	21

Introduktion

Under hösten 2021 utsågs en nationell arbetsgrupp (NAG) för Medicinsk samverkan och läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Uppdraget gavs av Nationella Primärvårdsrådet (NPR) i dialog med Nationellt programområde (NPO) Äldres hälsa och NPO Akut vård. Arbetsgruppen som utsågs bestod av representanter från kommun och region, nominerade från samtliga geografiska sjukvårdsregioner och med olika professioner relevanta för uppdraget. En särskilt viktig aspekt var att utgå från hur personer/patienter själva uppfattar sin situation och sina behov. Eftersom målgruppen i stor omfattning består av äldre personer deltog seniorer från pensionärsorganisationer (SPF Seniorerna och PRO) i arbetsgruppen som representanter för patientgruppen. De har, i sina respektive organisationer, arbetat med att ta fram sina förväntningar och behov kopplat till området.

Uppdrag

Uppdraget var att ta fram ett kunskapsstöd för primärvårdens medicinska samverkan och läkaruppdraget i kommunal hälso- och sjukvård i den del av primärvården som kommuner och regioner gemensamt ansvarar för. Dessutom ingick att stödja utvecklingen av samverkan i primärvårdens hälso- och sjukvård i den Nära vården. Målgruppen för de insatser som omfattas av kunskapsstödet är inte definierad men i texten förekommer begreppet ”personer med skörhet”. Medicinsk samverkan och läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård sker inom många olika områden till exempel elevhälsa, vid psykisk ohälsa och missbruk, för individer med insatser och boende enligt LSS och för personer med hälso- och sjukvård i hemmet. Det bedömdes inte vara möjligt att täcka alla dessa områden med ett kunskapsstöd, bland annat eftersom det handlar om olika medicinska kompetensområden och olika behov av samverkan. I det ursprungliga uppdraget framgår att medicinsk samverkan och läkarmedverkan avser primärvårdsnivå och inte samverkan med specialistvården. I samråd med uppdragsgivaren beslutades det därför att avgränsa och förtydliga uppdraget att stödja utveckling av samverkan i primärvårdens hälso- och sjukvård. Begreppet **samverkande hälso- och sjukvård** i hemmet används för att betona samverkan och den gemensamma vården som ges i kommunens och regionens primärvård.

I uppdraget ingick att ”systematisera de lärdomar som kan dras från tidigare utvecklingsarbete och arbetsformer som utvecklats i samverkan mellan regioner

och kommuner runt om i landet. Erfarenheter från arbete under pandemin skulle tillvaratas liksom att lärdomar dras från de brister som påpekats av Inspektionen för vård och omsorg(IVO)".

Kunskapsstödet riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal i primärvård, som arbetar i patienters ordinära boende eller i särskilt boende, och till deras chefer. Det utgår från lagstiftningar, utredningar och praktiska beprövade erfarenheter. Kunskapsstödet är tänkt att bidra till god vård för sköra personer genom att användas både som stöd i det praktiska arbetet och för chefer som behöver skapa förutsättningar för samverkan.

Bakgrund

Många av de sköraste personerna med komplexa hälsoproblem, svåra funktionsnedsättningar, allvarliga kroniska sjukdomar eller med palliativa vårdbehov får stora delar av sin vård i hemmet. Denna grupp har, eller borde ges, hög medicinsk prioritet(1, 2). I samma livsperiod ökar även risken för bristande munhälsa snabbt och andelen i befolkningen med fast vårdkontakt inom tandvården minskar.

Invånare med behov av hälso- och sjukvård i hemmet finns i alla åldrar. Under 2020 fick cirka 420 000 personer hemsjukvård. Av dessa var drygt 344 500 (82 %) 65 år och äldre, 61 procent var kvinnor och 39 procent män. De allra flesta som erhöll hemsjukvård fick sin vård i ordinärt boende (3, 4). Ungefär 82 000 personer i Sverige bor med biståndsbeslut på särskilt boende för äldre. Mediantid i särskilt boende varierar, i genomsnitt bor en person på ett särskilt boende i 25 månader. På riksnivå är kvinnor 85,6 år och män 82,9 år gamla i genomsnitt. Ett halvt år efter flytten till särskilt boende har i genomsnitt 20 procent av de nyinflyttade avlidit(4, 5).

Många organisationsförändringar har under de senaste decennierna initierats inom regioner och kommuner i syfte att förbättra samverkan. Det är svårt att få en överblick av hur samverkan på verksamhetsnivån ser ut i dag. Det är också svårt att få en bild av hur olika reforminslag samspelar och i vilken kombination de påverkar lokalt. Samtidigt saknas ofta systematiska utvärderingar av effekterna. Bristen på tydlig evidens kring vilka samarbetsformer som är mest effektiva gör att kunskapsspridningen på området försvåras(6).

Covid-19-pandemin synliggjorde brister i vården och omsorgen av äldre, men också i samordningen av vården. Kraftsamling och samverkan är möjlig, men samordning av vården behöver förbättras. Pandemin bidrog till att samverkan mellan kommuner och regioner intensifierades och i många fall förbättrades. IVO:s bedömning var att samverkan och samordning fortsatt behöver utvecklas och förbättras och tydligare utgå från en organisation som stödjer teambaserat arbetssätt utifrån personens behov. Kontinuitet reducerar antal olika personkontakter, vilket uppmärksammandes vid smittspridning. Även dokumentation och tillgång till information pekades ut som områden som behöver utvecklas(7).

Pandemin tydliggjorde också stora utmaningar inom äldreomsorg och den kommunala hälso- och sjukvården, bland annat vad gäller nuvarande bemanningssituation och personalens kompetens(7, 8). En stor utmaning framöver är svårigheter med rekrytering av flera professioner både inom kommunal och regional hälso- och sjukvård(9).

Seniorernas förväntningar

Bland de över en miljon svenskar som får vård från fler än en vårdgivare är majoriteten äldre personer. Seniorrepresentanterna i arbetsgruppen har i sina respektive organisationer tagit fram vad som är viktigt för dem och vad som kan vara viktigt för vårdgivare att veta och arbeta med. Enligt dem skapas god och nära vård när de olika insatserna är samordnade. Särskilt viktigt är att få vara medskapare både i planering och genomförande av sin vård. Patient- och närståendeberättelser speglar ofta hur mycket tid och frustration det går till att få livet i vardagen att fungera. Tillgänglighet, kontinuitet, samverkan och samordning mellan kommunens och regionens primärvård och den specialiserade vården är det som behövs.

Pensionärsorganisationerna sammanfattade följande förväntningar på vård och omsorg.

Trygghet i vardagen känner vi:

- när vi får stöd och hjälp för egna hälsofrämjande insatser, hälsoplan-rehabiliteringsplan, munhälsa inte att förglömma. Det är aldrig för sent med hälsoinsatser!
- när vi får stöd och hjälp till egenvård, självmonitorering

- när vi får stöd och hjälp att använda digitala tjänster
- när behov av insatser från vården finns, vet vi att de olika vårdgivarna samordnar aktuella insatser och samverkar
- när vi vet vad nästa steg är och vem som gör vad
- när vi vet att vi hela tiden får rätt läkemedel
- när vi vet vart eller till vem man skall vända sig vid behov, fast vårdkontakt
- när vi har enkla sätt att ta kontakt, tillgänglighet
- när vi har överblick och känner oss delaktiga
- när vi har en SIP (Samordnad Individuell plan) eller ett Patientkontrakt, och varit delaktiga i att ta fram och besluta
- när vi vet att det finns medicinsk kompetens att tillgå dygnet runt oavsett om vi bor i eget eller särskilt boende
- när vi närmar oss livets slut och vet att det finns professionell palliativ vård att få.

Avgränsningar

Kunskapsstödet omfattar praktiskt användbara rekommendationer om insatser av hälso- och sjukvårdspersonal, i regionernas och kommunernas primärvård, för vuxna sköra personer med varaktiga behov av hälso- och sjukvård i hemmet (ordinärt eller särskilt boende) oavsett diagnos eller funktionshinder.

Kunskapsstödet omfattar inte direkt barn och unga som behöver sjukvård och rehabilitering i hemmet. Vården av barn- och unga i hemmet är organiserad på olika sätt i landet och i stor utsträckning med läkaransvaret i specialistvården. Habilitering omfattas inte heller, eftersom det är ett eget kunskaps- och kompetensområde. Kunskapsstödet omfattar inte de insatser i hemmet som är specialistvårdens ansvar, till exempel specialiserad palliativ vård. Dessa samverkansområden kan behöva ta fram separata kunskapsstöd. Kunskapsstödet kan med fördel användas som stöd vid hälso- och sjukvård i hemmet även för dessa grupper, eftersom även de omfattas av samma bestämmelser för en god vård.

Begrepp

I texten finns begrepp som används på olika sätt lokalt, i många olika situationer och därmed också kan tolkas olika sätt. Några av begreppen i denna rapport förklaras nedan.

Primärvård

Med primärvård, kommunal och regional, avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens(10).

Skörhet (*eng. frailty*) är ett tillstånd av accelererat biologiskt åldrande där kroppen successivt förlorar förmågan att anpassa sig till fysiska, psykiska och sociala påfrestningar(11). Ofta förekommer symtom som depression, smärta, nedsatt kognition och låg livskvalitet samtidigt med skörhet(12-15). Skörhet är ett dynamiskt tillstånd som delvis går att förebygga och behandla(16, 17).

Hälso- och sjukvård i hemmet är hälso- och sjukvård, inklusive rehabilitering, när den ges i patients bostad eller motsvarande. Huvudman kan vara både kommun och region. Vården i hemmet är likvärdig med övrig hälso- och sjukvård(18). När hälso- och sjukvård i hemmet används avses både den egna bostaden (här benämnt ordinärt boende) och bostaden i särskilda boende. Vid rehabilitering avses i detta kunskapsstöd insatser som utförs av arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, kuratorer, logopedier och psykologer.

Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet används för att beskriva den vård som gemensamt och med teamets kompetens ges i hemmet och för att betona samverkan i uppdraget. Organisation och ansvar för primärvårdens hälso- och sjukvård i hemmet är olika i Sverige. Vårdgivare kan vara både kommun, region och privata vårdgivare och omfattning och ansvarsfördelning skiljer sig mellan olika län. Det finns ofta beskrivet vad respektive vårdgivare ansvarar för men det saknas ett enhetligt begrepp för den gemensamma hälso- och sjukvård i hemmet som sköra personer med omfattande och varaktiga vård- och omsorgsbehov har behov av, och som förutsätter god samverkan mellan olika förvaltningar och huvudmän.

Läkaruppdrag används istället för ordet läkarmedverkan i den kommunala vården för att förtydliga att det är en del i det gemensamma uppdraget och inte medverkan eller vara konsult i en kommunal verksamhet.

Metod

En översiktlig litteratursökning har inte identifierat användbara studier som omfattar det övergripande ämnet för kunskapsstödet. Bristen på forskning avseende samverkande hälso- och sjukvård såväl inom Sverige som internationellt bekräftas i rapporten Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning(6). En stor mängd organisationsförändringar som initierats inom regioner och kommuner i syfte att förbättra samverkan kring multisjuka äldre har införts men det saknas systematiska utvärderingar(6). Evidens för rekommendationerna i kunskapsstödet har identifierats. Kunskapsstödet utgår från lagstiftningar(10, 19), utredningar (2, 18), rapporter(7, 8, 18, 20-22), seniororganisationers synpunkter samt beprövad erfarenhet.

Samtidigt med detta uppdrag har flertalet utredningar och närliggande initiativ pågått. Gruppen har under arbetet haft kontakter, dialoger, deltagit i workshops och haft utbyte med bland annat grupper som arbetar med förslagen till Äldreomsorgslag (Direktiv 2020:142), Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (Proposition 2021/22:177), Socialstyrelsens uppdrag Hälsa- och sjukvård i hemmet Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering, Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) arbete med Patientkontrakt, Fasta läkar- och vårdkontakter, kommunal hälso- och sjukvård med flera.

Resultat och rekommendationer

Kunskapsstödet ska vara ett stöd i arbetet för att förbättra vården och omsorgen av sköra personer med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet. Målet är att kunna erbjuda en personcentrerad, teambaserad lättillgänglig vård med hög kvalitet och säkerhet.

Vid genomgång av lagstiftningar, utredningar, efter kontakter med myndigheter, professionsföreningar och SKR, i kombination med beprövad erfarenhet, har åtta förbättringsområden identifierats.

- Samverkan region och kommun
- Personcentrering
- Proaktivt arbete
- Kontinuitet
- Teamarbete
- Tillgänglighet
- Dokumentation
- Digitalisering

Kunskapsstödet innehåller vägledning och rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonal i primärvård som arbetar i patienters ordinära boende eller i särskilt boende, samt till deras verksamhetschefer. Här redovisas övergripande områden som innebär att nya beslut kan behöva tas på lokal, regional eller nationell nivå.

Samverkan region och kommun

Ansvarsfördelning och organisering av hälso- och sjukvård i hemmet ser olika ut i landet. Samverkan måste därför anpassas till lokala förutsättningar och kan komma att ha olika former på landsbygd jämfört med storstad. Regioners och kommuners samverkan avseende hälso- och sjukvård i hemmet regleras i Hälso- och sjukvårdslagen(11).

Vanligtvis finns avtal som beskriver ansvarsfördelning avseende hälso- och sjukvård i hemmet oavsett boendeform mellan region och kommun på en övergripande nivå. De övergripande avtalen är ofta kompletterade med avtal/planer på lokal nivå som beskriver formerna för samverkan, verksamheternas ansvar och de olika professionernas ansvar.

Styrning och organisering av vården behöver ha fokus på att möjliggöra teamarbete, hög kontinuitet, proaktiva och personcentrerade arbetssätt. Strukturer för gemensam kompetensutveckling bör skapas.

I övergripande och lokala planer för samverkan bör

- Samverkan och samordning tydligt beskrivas.

- Säkerställas att individer med behov av långvarig hälso- och sjukvård i hemmet har tillgång till teambaserad vård och hur dessa team bör vara sammansatta.
- Att rutindokument gemensamt tas fram, hos båda huvudmännen, för att säkerställa tillgänglighet dygnet runt till medicinsk bedömning eller åtgärd, vid akuta och planerade kontakter/insatser/besök.
- Särskild vikt läggs på att tydliggöra ansvarsfördelning för vård på korttidsenhet då personerna ofta är medicinskt instabila och vårdövergångar är kända riskmoment(22-24).
- Övergripande och lokala avtal följas upp på ett sådant sätt att resultaten kan användas och säkerställa eller förbättra samverkande hälso- och sjukvård i hemmet.

Personcentrering

Personcentrering handlar om att se personen, involvera och anpassa efter personens behov och förutsättningar, att individanpassa och att se personen ur ett helhetsperspektiv(25). Att kunna arbeta personcentrerat är särskilt viktigt för sköra personer med komplexa behov och med behov av samverkande hälso- och sjukvård i hemmet. Personcentrering stöds av

- Att samordnad individuell plan, SIP(26), skapas.
- Att Patientkontrakt(27) används.

Proaktivt arbete

Att arbeta och ge vård proaktivt syftar till att identifiera, förebygga och åtgärda risker för försämring och komplikationer och är extra viktig för sköra personer. Teamets proaktiva insatser bidrar till att skapa trygghet, minska besök på akutmottagning och undvikbar slutenvård (20, 22, 24, 28, 29). Vid samverkande hälso- och sjukvård i hemmet bör det finnas:

- Rutiner för inskrivningssamtal, på särskilt boende inflyttningssamtal, med person och närstående, där önskemål och förväntningar kan lyftas.
- Samtal vid allvarlig sjukdom med patient och närstående gällande önskemål, prioriteringar, information om förväntat sjukdomsförlopp och behandlingsintention(30).

- Vårdplaner med behandlingsstrategier, ställningstagande till palliativ vård och eventuella behandlingsbegränsningar som upprättas och dokumenteras vid inskrivning. Uppföljning görs kontinuerligt, minst årligen och oftare vid behov.
- Rehabiliteringsplan(31) i de fall det inte ingår i vårdplanen.
- Riskbedömning och åtgärder, till exempel med hjälp av Senior alert(32).
- Rutiner för att uppmärksamma munhälsa och bedöma behov av tandvårdsstöd.
- Uppdaterad vårdplan är tillgänglig för alla inblandade i vården.
- Rutiner för och tillgång till god vård i livets slutskede(33).

Kontinuitet

Personens behov av kontinuitet ska tillgodose (10), både relations- och informationskontinuitet(34). Kontinuitet medför god vård och trygghet för person och närstående, men även för personal. Andra positiva effekter är högre patientsäkerhet, förbättrad information, bättre informationsflöde och högre effektivitet(21, 29). Hög kontinuitet ska eftersträvas för personer med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet.

Fast läkarkontakt

Regionerna ansvarar för att alla både får tillgång till att välja fast läkarkontakt i primärvården och att det finns möjlighet att byta läkarkontakt om relationen inte fungerar(35). För personer med komplexa behov, såsom multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar, är behovet av kontinuitet i form av fast läkarkontakt extra stort (2, 10, 19, 22, 36, 37).

Verksamhetschef i regionens primärvård ska se till att

- Personer med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet erbjuds fast läkarkontakt.

Fast vårdkontakt

Personen ska få information om möjligheten att få fast vårdkontakt(38). En fast vårdkontakt ska utses av en verksamhetschef om en patient begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet(19).

En fast läkarkontakt är inte samma sak som en fast vårdkontakt, men den fasta läkarkontakten kan också vara fast vårdkontakt. Personen kan ha flera fasta vårdkontakter som kan finnas både i kommun- och regionfinansierad vård(37).

Verksamhetschef för hälso- och sjukvårdspersonal inom samverkande hälso- och sjukvård i hemmet ska se till att:

- Alla personer med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet ska erbjudas fast vårdkontakt.
- I de fall det finns flera fasta vårdkontakter behöver en av dem utses till samordnande vårdkontakt.

Teamarbete

Utredningar, rapporter och erfarenheter från professionen pekar på vikten av att hälso- och sjukvården i hemmet är teambaserad med hög kontinuitet(2, 20, 22, 23, 36).

Personer med långvarigt behov av hälso- och sjukvård i hemmet bör ha tillgång till teambaserad vård vilket bör preciseras i avtal (se förbättringsområde samverkan region och kommun). Teamen bör bestå av läkare, sjuksköterska, kontaktperson/fast omsorgskontakt, arbetsterapeut, fysioterapeut och vid behov biståndshandläggare, farmaceut, dietist, logoped, tandvård och psykosocial kompetens. Teamen bör ha hög relations- och informationskontinuitet, vara lättillgängliga för person och närstående, för varandra inom teamet och ha möjlighet till regelbundna möten.

Regionala och eller lokala planer för samverkan bör innehålla:

- Rutiner för hur teamet ska uppnå hög kontinuitet och tillgänglighet.
- Struktur för teamträffar/möten.
- Rutiner för hur gemensamma kompetensbehov identifieras och tillgodoses.

Verksamhetschef för hälso- och sjukvårdspersonal inom samverkande hälso- och sjukvård i hemmet bör:

- Säkerställa att tid avsätts och schemaläggs för att möjliggöra teamarbete för hälso- och sjukvårdspersonal.
- Säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonal får kompetensutveckling och vid behov handledning.

Tillgänglighet

För att personen och dess närstående ska känna sig trygga med att de får hälso- och sjukvård och omvårdnad när behov uppstår, måste samverkande hälso- och sjukvård i hemmet vara lätt tillgänglig(22).

I övergripande och eller lokala planer för samverkan bör det finnas rutiner för:

- Teamets akuta och planerade hembesök.
- Personcentrerad direktkontakt med teamet.
- Tydlig information om kontaktvägar jourtid.

Verksamhetschefer med ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal inom samverkande hälso- och sjukvård i hemmet ska:

- Säkerställa att information om kontaktvägar kontorstid och jourtid är uppdaterade.

Dokumentation

Tydlig och lättillgänglig dokumentation avseende samverkande hälso- och sjukvård i hemmet är avgörande för att vården i hemmet ska vara säker. Lagförslag om en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, som träder i kraft den 1 januari 2023, innebär att vårdgivare och omsorgsgivare, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, får tillgång till personuppgifter hos andra vårdgivare och omsorgsgivare(39). Detta skapar nya möjligheter för regioner och kommuner.

Övergripande nivå

- Regioner och kommuner bör möjliggöra läsbarhet i respektive dokumentationssystem och eftersträva utveckling av gemensam vård- och omsorgsdokumentation.

Verksamhetschef med ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal inom samverkande hälso- och sjukvård i hemmet och Medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS) ska se till att vårdplaner, eventuella behandlingsbegränsningar dokumenteras och vara lättillgängliga.

Digitalisering

Den digitala utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst går fort (40). I vården av sköra personer är det viktigt att digitaliseringen används och anpassas. Användande av digitala vårdmöten, egenmonitorering, digitala möten för

samverkan och andra digitala hjälpmedel behöver utvecklas i samverkande hälsa- och sjukvård i hemmet för att förbättra trygghet, teamsamverkan, kontinuitet och tillgänglighet.

Övergripande nivå

- Regioner och kommuner bör i samverkan utveckla digitaliseringen av hälsa- och sjukvård i hemmet.

Verksamhetschef med ansvar för hälsa- och sjukvårdspersonal inom samverkande hälsa- och sjukvård i hemmet bör

- I lokal samverkan bidra till att utveckla digitalisering av samverkande hälsa- och sjukvård i hemmet.

Checklista 1

Teamets inskrivning och uppföljning i samverkande hälso- och sjukvård i hemmet.

1. Aktivt delta i in- och utskrivningsprocessen i samband med att teamets patienter har vårdats på sjukhus och har behov av fortsatt vård.
2. Genomföra inskrivningssamtal med patient och närstående. På korttidsenhet ska inskrivningssamtal och läkarbedömning ske så tidigt att patientens behov tillgodoses på ett säkert sätt.
3. Undersöka kroppslig och psykisk hälsa, inklusive munhälsa, och kontroll av laboratorieprover vid behov.
4. Genomföra adekvata riskbedömningar.
5. Undersöka rätt till tandvårdsstöd och utfärda intyg.
6. Kontinuerligt bedöma behov av proaktiva och rehabiliterande insatser.
7. Upprätta eller följa upp samordnad individuell plan SIP och/eller Patientkontrakt. Delta i upprättande och uppföljning av den individuella planen i digitala system.
8. Upprätta medicinsk vårdplan, inklusive behandlingsstrategi och rehabiliteringsplan i samråd med patient och närstående, på korttidsenhet vanligen inom en vecka och på särskilt boende inom två veckor. Vårdplanen ska klargöra huvuddragen om vårdens inriktning.
9. Dokumentera eventuella behandlingsbegränsningar samt hur sannolika medicinska händelser ska hanteras. Uppföljning vid behov och minst årligen.
10. Planeringen ska dokumenteras och vara tillgänglig för vårdgivare dygnet runt.
11. Förbereda och genomföra läkemedelsgenomgång.
12. För personer på korttidsenheter ska uppföljning och överlämning av vårdansvar säkerställas och vid behov ska det göras en SIP.
13. Genomföra brytpunktssamtal och efterlevandesamtal
14. Ha rutiner för uppföljning minst årligen, tätare vid behov, och ska omfatta punkt 3 till och med 10.

Checklista 2

Uppgift för verksamhetschef, i kommun och region, med ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal att skapa förutsättningar för god samverkande hälso- och sjukvård i hemmet

- I samverkan med andra vårdgivare skapa en struktur som garanterar en trygg samverkande hälso- och sjukvård i boendeformer enligt Socialtjänstlagen och i ordinärt boende.
- Säkerställa struktur som garanterar hög prioritet för personer med behov av trygg samverkande hälso- och sjukvård i hemmet.
- Säkerställa rutiner för att utse fast vårdkontakt och samordnande fast vårdkontakt. Verksamhetschef inom regional primärvård ska utse fast läkarkontakt.
- Säkerställa tydliga kontaktvägar och tillgänglighet mellan vårdgivare.
- Säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillräcklig kompetens och resurs för uppdraget, inklusive säkerställa att det finns ersättare vid frånvaro.
- Säkerställa att tid avsätts och schemaläggs för planerade och akuta hembesök inklusive förberedelse och dokumentation, teamträff/ronder inklusive förberedelse och dokumentation, tillgänglighet för teamets medlemmar och kompetensutveckling.
- Säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonalen har tillräcklig kompetens och resurs finns för korttidsenhet.
- Garantera att det finns struktur, kompetens och stöd för vårdinnehåll i tidigt såväl som sent palliativt skede.
- Säkra att uppdaterad vårdplan finns dokumenterad och att eventuella behandlingsbegränsningar dokumenteras.
- Säkra att kodning av patienter med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet sker och att den informationen finns tillgänglig inom huvudmännens dokumentation för att möjliggöra uppföljning (se mer om kodning i avsnittet om uppföljning).

Slutsatser och lärdomar

Pandemin synliggjorde brister avseende hälso- och sjukvård i hemmet och bristande följsamhet till lagar och avtal blev allmänt kända. Dessa brister har sedan länge uppmärksammats i utredningar och av professionsföreträdare. Samtidigt visade vården och omsorgen att det kan gå fort att ställa om och fokusera på ändrade eller nya arbetssätt. Kunskapsstödet rekommendationer syftar till ökad följsamhet till befintlig lagstiftning. Insatserna i kunskapsstödet kommer att bidra till att individen får personcentrerad, teambaserad och lätt

tillgänglig vård med hög relationskontinuitet vilket ökar kvaliteten och säkerheten i vården. Patienter och närstående förväntas uppleva att de är mer delaktiga och trygga.

Samtliga rekommendationer, förutom gemensam dokumentation och digitalisering, är möjliga att genomföra i samverkan mellan verksamhetschefer med ansvar för samverkande hälso- och sjukvård i hemmet.

Verksamhetschefer bör ge förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonal, som ingår i samverkande hälso- och sjukvård i hemmet, att kunna arbeta personcentrerat, proaktivt i team med hög relationskontinuitet och hög tillgänglighet. Verksamhetschefer bör i lokal vårdsamverkan, och i egen verksamhet ansvara för och följa upp att den samverkande hälso- och sjukvård i hemmet fungerar enligt rekommendationerna.

Uppföljning

Det finns ett mycket stort antal indikatorer som skulle kunna användas för uppföljning av rekommendationerna i kunskapsstödet. Vi har valt att redovisa ett urval indikatorer från Socialstyrelsen och Primärvårdskvalitet(PvQ), men det finns fler. I nuläget är de inte meningsfulla att använda för uppföljning på nationell nivå eftersom både Socialstyrelsens och PvQs statistik omfattar betydligt större grupper av individer än målgruppen för rekommendationerna. Personer med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet går inte att särskilja i dokumentationssystem eller i regionernas vårddatabaser. Indikatorerna kan därför behöva utvecklas och särskild kodning av målgruppen kan behöva göras i vårddokumentationen för att uppföljning av rekommendationerna ska vara möjlig.

På nationell nivå är det enbart möjligt att följa uppfattning om samverkande hälso- och sjukvård i hemmet för personer som bor på särskilt boende i Socialstyrelsen uppföljning av äldreomsorg.

På lokal och regional nivå kan de redovisade indikatorerna vara möjliga att använda för uppföljning av rekommendationerna.

Socialstyrelsen har tagit fram förslag på indikatorer för uppföljning av Nära vård som nedan markeras med*(41).

Samverkan region och kommun

- Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar* (Vården i siffror).
- Besök på akutmottagning bland personer 80 år och äldre per 1000 invånare* (Vården i siffror).

Personcentrering

- Andel personer med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet med SIP*(indikator Sa04, PvQ) respektive uppföljning av SIP* (indikator Sa05, PvQ).
- Andel personer med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet med Patientkontrakt (Nationella indikatorer och KVÅ-koder saknas i nuläget).
- God vård i livets slut för personer med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet (Svenska Palliativregistret).
- Återkommande slutenvård i livets slutskede (Vården i siffror).

Tillgänglighet

- Nationella indikatorer kopplat till målgrupp saknas, uppföljning bör ske i lokala samverkansgrupper.
- Tillgång till läkare särskilt boende* (Regionens vårddatabas).

Kontinuitet

- Läkarkontinuitet* (indikator Ko05L, PvQ).
- Andelen med fast läkarkontakt* (Regionens vårddatabas).
- Andelen med fast vårdkontakt* (Regionens och kommunens vårddatabas).

Proaktiv vård

- Andel patienter med dokumenterad medicinsk vårdplan* (Regionens vårddatabas KVÅ-kod AW013).
- Andel patienter rehabiliteringsplaner (KVÅ AW020 och AW024)
- Andel personer med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet med fördjupad Läkemedelsgenomgång (Regionens vårddatabaser KVÅ XV016).
- Andel patienter med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet med olämpliga läkemedel* (Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen alternativt indikator Äld01, PvQ).
- Andel personer med riskbedömning och åtgärd (Senior alert).

Teamarbete

- Nationella indikatorer saknas, uppföljning bör ske i övergripande eller lokala samverkansgrupper.

Dokumentation

- Nationella indikatorer saknas, uppföljning bör ske i övergripande eller lokala samverkansgrupper.

Digitalisering

- Digitala vårdmöten i samverkan hälsa- och sjukvård i hemmet (Regionens vårddatabas).
- Socialstyrelsens årliga uppföljning av välfärdsteknik i socialtjänsten och den kommunala hälsa- och sjukvården. Övergripande uppföljning (inte bara målgruppen).

Referenser

1. Statens Offentliga Utredning. Vårdens svåra val Stockholm: Socialdepartementet; 1995:5 [uppdaterad 02 april 2015; citerad 15 december 2022]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/1995/03/sou-19955/>.
2. Stiernstedt G, Zetterberg D, Ingmanson A. Effektiv vård. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar. ; 2016 [citerad 8 december 2022]. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/12/sou-202080/>.
3. Socialstyrelsen. Meddelandeblad nr 9/2020 Kommunal Hälsa- och sjukvård. Stockholm 2020.
4. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre Lägesrapport 2021 Stockholm: Socialstyrelsen; 2021 [citerad 30 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7249.pdf>.
5. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre Lägesrapport 2022 Stockholm: Socialstyrelsen; 2022 [citerad 30 mars 2023]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7791.pdf>.
6. Paula Blomqvist UW. Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning Stockholm: SNS; 2023 [citerad 2 maj 2023]. Hämtad från: <https://snsse.cdn.triggerfish.cloud/uploads/2023/04/samverkan-kring-multisjuka-aldre--lardomar-fran-praktik-och-forskning.pdf>.
7. IVO. Tillsyn Äldreomsorgen under pandemin Inspektionen för vård och omsorg; 2021 [Hämtad från: <https://www.ivo.se/tillsyn/pagaende-storre-tillsynsinsatser/tillsyn->

- [aldreomsorgen-covid-pandemin/tillsyn-av-medicinsk-var-d-och-behandling/beslut-och-material-fran-tillsynen/](#).
8. Äldreomsorgen under pandemin. Stockholm: Norstedts juridik; 2020. Hämtad från: <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2020/12/sou-202080/>.
 9. Vård och omsorgsanalys. Ordnat för omställning? (Rapport 2023:2) Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2023 [citerad 28 januari 2023]. Hämtad från: <https://www.vardanalys.se/rapporter/ordnat-for-omstallning/>.
 10. Hälsa- och sjukvårdslag Stockholm: Socialdepartementet; SFS 2017:30 [uppdaterad 2023; citerad 6 december 2022]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30.
 11. Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-Year Outcomes of Frailty in Older Adults in Relation to Deficit Accumulation. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(4):681-7.
 12. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146 - 56.
 13. Mitnitski AB, Graham JE, Mogilner AJ, Rockwood K. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. *BMC Geriatrics*. 2002;2:1-.
 14. Gill T, Gahbauer E, Allore H, Han L. TRansitions between frailty states among community-living older persons. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(4):418-23.
 15. Ensrud K, Ewing S, Taylor B, Fink H, Stone K, Cauley J, et al. Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: the study of osteoporotic fractures. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;Jul(62):7.
 16. Ekdahl AW, Ekerstad N, Alfredsson J, Johanson M, Metzner C, Strandberg T, et al. Skörhet – ett begrepp för att förstå den äldre patientens särskilda behov. *Läkartidningen* (Accepted 15th of March, 2020). 2020;117(21-22).
 17. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. 2013;381(9868):752-62.
 18. Nergårdh A. God och nära vård En reform för ett hållbart hälsa- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) Stockholm: Socialdepartementet; 2020 [citerad 6 december 2022]. Hämtad från: http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2017/08/SOU_2020_19_webb.pdf.
 19. Patientlag (2014:82)1. Sect. 6 kap. 3 § (2014-06-19 Ändrad: t.o.m. SFS 2022:272).
 20. Norén D. Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård – från hemsjukvård till hälsa- och sjukvård i hemmet. *Sveriges Kommuner och Regioner SKR*; 2020.
 21. SBU. Kontinuitet i vården. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021.

22. SFAM. Utvidgad primärvård SFAM: Svensk förening för allmänmedicin; 2022 [Hämtad från: <https://sfam.se/wp-content/uploads/2022/03/Utvidgad-primarvard-version-220314.pdf>].
23. Gurner U. Dirigent saknas i vård och omsorg: Natur & Kultur; 2010.
24. Caleres G, Bondesson Å, Midlöv P, Modig S. Elderly at risk in care transitions when discharge summaries are poorly transferred and used—a descriptive study. BMC health services research. 2018;18(1):1-9.
25. Kunskapsguiden. Personcentrering utifrån organisations- och ledningsperspektiv: Socialstyrelsen; 2022 [uppdaterad 2022 28 november; citerad 8 januari 2023]. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-naravard/personcentrering/personcentrering-utifran-organisations-och-ledningsperspektiv/>.
26. Sveriges kommuner och regioner(SKR). Samordnad individuell plan, SIP Stockholm: SKR; 2022 [citerad 8 december 2022]. Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>.
27. Sveriges kommuner och regioner(SKR). Patientkontrakt Stockholm: SKR; [uppdaterad 2023 3 april. Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/patientkontrakt.28918.html>].
28. Kastbom L, Falk M, Karlsson M, Tengblad A, Milberg A. Prevalence, content and significance of advance care planning in nursing home patients. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2022;40(1):29-38.
29. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. British Journal of General Practice. 2022;72(715):e84-e90.
30. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Palliativ vård Stockholm: Sveriges kommuner och regioner; 2022 [citerad 4 december 2022]. Hämtad från: https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/globalassets/nkk/media/duokument/kunskapsstod/vardforlopp/palliativ_vard_personcentrerat-och-sammanhallet-vardforlopp.pdf.
31. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård. Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet Stockholm: Sveriges kommuner och regioner; 2021 [Hämtad från: https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/globalassets/nkk/media/duokument/kunskapsstod/vardforlopp/generisk-modell-for-rehabilitering-och-delar-av-forsakringsmedicinskt-arbete_for-klinisk-verksamhet.pdf].
32. Senior alert. Jönköping: Region Jönköpings län; 2023 [citerad 8 januari 2023]. Hämtad från: <https://www.senioralert.se/>.

33. Cancercentrum. Nationellt vårdprogram palliativ vård.
<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-var/vardprogram/>; 2021.
34. Vård och omsorgsanalys. Möten med mening(Rapport 2018:12)
Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2018 [citerad 5 januari 2023]. Hämtad från:
<https://www.vardanalys.se/rapporter/moten-med-mening/>.
35. Socialstyrelsen. Fast läkarkontakt Stockholm: Socialstyrelsen; 2021 [uppdaterad 2023-01-31; citerad 8 december 2022]. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-var/vard/fast-lakarkontakt/>.
36. Nergårdh A, Andersson L, Eriksson J, Lundberg M, Nordström K, Lindevall M. God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) Stockholm: Socialdepartementet; 2018 [citerad 6 december 2022]. Hämtad från:
<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2018/06/sou-201839/>.
37. Socialstyrelsen. Meddelandeblad nr 4/2021 Fast läkarkontakt m.m. Socialstyrelsen2021.
38. Socialstyrelsen. Fast vårdkontakt Stockholm: Socialstyrelsen; 2017 [uppdaterad 2023; citerad 6 december 2022]. Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/fast-varvkontakt/>.
39. Sammanhållen vård och omsorgsdokumentation, Prop. 2021/ 22:177. I: Socialdepartementet, editor. Regeringskansliet2021.
40. Stiernstedt G. Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet SOU 2019:42. I: Socialdepartementet, editor. 2019.
41. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till god och nära vård Stockholm: Socialstyrelsen; 2022 [Hämtad från:
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-var/vard/uppfoljning/>].