

# Vård och omsorg i hemmet 2019 – svårigheter och framgångsfaktorer





## Förord

SKR har under 2019 tilldelats medel från regeringen för att stödja införandet av den nya lagstiftningen kring Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. I arbetet har ingått att ta fram aktuell kunskap om vård och omsorg i hemmet. Syftet är att stödja den öppna vården och socialtjänsten att införa nya arbetssätt efter utskrivning från sjukhus så att sjuka och sköra äldre kan leva ett tryggt och självständigt liv utan att i onödan behöva vårdas på sjukhus. Ett väl fungerande teamarbete mellan vårdcentral, sjukhuspecialister, kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänst är viktigt för att sköra personer ska känna sig trygga hemma.

Denna rapport utgör en del av SKRs arbete med att stödja utvecklingen av Nära vård. Cirka 600 medarbetare med olika professioner från hela landet har deltagit i workshops och dialogmöten under 2019 för att diskutera problem och framgångsfaktorer för vård och omsorg i hemmet. Deras erfarenheter tillsammans med fakta presenteras i denna rapport. Ansvariga för arbetet på SKR har varit Kristina Malmsten och Maj Rom.

Stockholm i mars 2020

Fredrik Lennartsson

*Direktör avdelningen för vård och omsorg*

# Innehåll

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Bakgrund.....</b>	<b>10</b>
Verksamhet i ständig förändring .....	10
Från slutet till öppen vård och hemsjukvård .....	10
Äldre är ingen homogen grupp.....	11
Det har aldrig varit så bra att bli gammal som nu .....	12
Men allt är inte bra och det finns stora utmaningar .....	13
<b>3. Fakta om vård och omsorg i hemmet .....</b>	<b>14</b>
Struktur.....	14
Befolkningsdata 2018.....	14
Insatser 2018.....	14
Resurser.....	15
Riskbedömningar och förebyggande insatser.....	16
Vård i livets slut .....	17
Läkemedel till äldre med kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst.....	18
Patientsäkerhet .....	19
Fallskador.....	20
Upplevd hälsa och nöjdhet .....	21
Kostnader för Äldreomsorg .....	21
<b>4. Förbättringsområden .....</b>	<b>22</b>
Läkarmedverkan i hemsjukvården .....	22
Organisering, struktur och systematik för arbetet .....	23
Samverkan och teamarbete över gränser.....	24
Proaktivt synsätt, prevention och rehabilitering .....	24
Planering på individnivå och personcentrerad vård .....	24
Kunskap och reell kompetens .....	25
Dokumentation och informationsöverföring .....	25
Olika förutsättningar i kommun och region.....	26
Styrning och ledning.....	26
<b>5. Framgångsfaktorer.....</b>	<b>27</b>
Ligg steget före.....	27
Samskapa .....	27
Designa för naturliga mötesplatser .....	28
Gå från organisation till organisering .....	29

Bjud in patient/brukare och närstående att vara en del i teamet .....	29
Följ upp och ha koll på läget .....	30
Engagerade läkare är en nyckelfråga .....	31
Ett tydligt ledarskap .....	31
Satsa på kompetens.....	32
<b>6. Vi är på väg .....</b>	<b>33</b>
Förebyggande insatser.....	33
Digitalisering.....	34
Trygg hemgång .....	34
Struktur och flexibla modeller för biståndsbedömning .....	35
Mobila team.....	35
Koordinatorer.....	36
Planering .....	37
Läkarmedverkan.....	37
Rehabilitering .....	38
Samskapande med ideella verksamheter .....	39
<b>7. Det finns mycket kvar att göra.....</b>	<b>40</b>
<b>8. Referenser.....</b>	<b>41</b>
Datakällor .....	41
Sveriges kommuner och regioner .....	41
Socialstyrelsen .....	42
Regeringskansliet.....	42
Myndigheten för Vårdanalys .....	42
Kommuner och Regioner .....	43
Rapporter och överenskommelser .....	43
Artiklar .....	44
Läs mer .....	44

# 1. Sammanfattning

ÄDEL-reformen 1992 innebar att kommunerna blev huvudmän för hälso- och sjukvård. Vården av de mest sjuka äldre flyttades från landstingens långvårdsavdelningar till kommunernas särskilda boenden (SÄBO). I halva Sverige övertog kommunerna samtidigt ansvaret för hemsjukvården. Den senaste tioårsperioden har avtal tecknats mellan landsting och kommuner kring övertagande av hemsjukvård i resten av landet och i Norrtälje. Övriga 25 kommuner i Stockholms län har fortfarande Region Stockholm som huvudman för hemsjukvården.

Stora förändringar har skett sedan ÄDEL-reformen. De flesta seniorer har god hälsa och en 70-åring mår idag som en 50-åring gjorde på 1970-talet. Snabb medicinsk utveckling har minskat insjuknandet och ökat överlevnaden vid hjärtinfarkt och stroke. Cancer har blivit vanligare men kan ofta botas eller har blivit en kronisk sjukdom. Nya behandlingsmetoder möjliggör i större utsträckning vård i öppna former. Den förbättrade hälsan tillsammans med förbättrade bostäder och moderna hjälpmedel underlättar kvarboendet i den ordinära bostaden.

Ny lagstiftning om Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård trädde ikraft 2018 och har på kort tid inneburit att antalet vård dagar för patienter som bedömts som utskrivningsklara har minskat kraftigt i hela landet. Fler patienter kan åka hem samma dag de blir utskrivningsklara samtidigt som medelväntetiden har minskat

De parallella förändringarna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst har lett till att vårdplatser på sjukhus och i SÄBO minskat kraftigt samtidigt som vård- och omsorgsbehoven i hemmet förändrats. Patienterna/brukarna är äldre och behoven ofta mer komplexa.

Resultaten avseende kvalitet i svensk sjukvård får bra betyg vid internationella jämförelser. Sämre går det för Sverige när vi jämför tillgänglighet, information, planering, samordning, delaktighet och möjligheten att ha en fast vårdkontakt. Det svenska vårdssystemet är inte heller optimalt designat för att möta patienter som har flera sjukdomar med behov av insatser från flera vårdgivare samtidigt.

Bristande läkarmedverkan är det enskilt viktigaste problemet för dagens vård i hemmet om man frågar personal som jobbar i verksamheterna. Det finns eldsjälarna och där det fungerar bra men bristerna är utbredda och rapporteras från hela landet. De kvaliteter som efterfrågas är *tillgänglighet, kontinuitet, medicinsk kunskap, helhetsperspektiv, samordning och planering*.

I SÄBO bedrivs hälso- och sjukvården på ett organiserat sätt medan den i hemsjukvården bedrivs mer ad hoc. Struktur och systematik för arbetet saknas ofta. Det är vanligt att personalen på hälsocentralen saknar information om vilka av deras listade personer som har insatser från kommunens hemsjukvård eller socialtjänst. Namngiven fast vårdkontakt och samordnad individuell plan (SIP)

saknas också ofta trots att det är lagstiftat. Kontinuitet i vårdrelationen uppskattas av patienter/brukare och är trygghetsskapande men kan vara svårt att uppnå vid stora omsorgsbehov eller får stå tillbaka i förhållande till andra prioriteringar.

Aktuell information om patienten saknas ofta. Informationsöverföring försvåras av ålderdomlig lagstiftning och brister i IT-stöd. Det finns ett behov i vårdens verksamheter av en samlad dokumentation som följer individen och är nåbar när den behövs. 2019 används fortfarande telefon, fax och papper i stor utsträckning. Särskilt problematiskt är informationsöverföring kring läkemedel.

Olika logik i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen (HSL/SOL) bidrar till spänningar och missförstånd. Det är svårt för regionens personal att ha koll på de olika arbetssätt och rutiner som finns i olika kommuner. Det fria vårdvalet har också gjort teamarbetet svårare i praktiken.

Det finns en samsyn på alla nivåer om vikten av förebyggande arbete. Att arbeta proaktivt innebär att främja hälsa, identifiera risker, ställa tidig diagnos, snabbt upptäcka försämringar och även att erbjuda rehabilitering efter sjukdom och skada. Forskning finns kring effektiva förebyggande arbetssätt men följsamheten till dessa behöver förbättras. Det handlar framför allt om möjligheter att förebygga fallskador, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen.

Vårdens värde skapas i mötet mellan patienter/brukare och personal. Tillgång till personal med formell och reell kompetens är avgörande för en god och säker vård och omsorg. Många verksamheter rapporterar att det är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens. Hyrpersonal förekommer inom de flesta yrkesområden idag.

Det pågår förbättringsarbeten i hela landet för att ställa om vårdens tjänster så att de bättre möter upp mot dagens och morgondagens behov. Framgångsfaktorer för arbetet har identifierats vid workshops som engagerat ca 600 medarbetare inom vård och omsorg i hemmet.

**Ligg steget före.** Att identifiera risk för skörhet tidigt är viktigt. När personer ansöker om larm eller hjälpmedel bör man ställa frågan *Vad är behovet?* Inte bara ordinera en lösning. När arbetsterapeuter arbetar i team tillsammans med biståndshandläggare kan rehabilitering erbjudas och behovet av omsorgsinsatser minskar. Bra planering och systematiska riskbedömningar ökar möjligheten att förebygga sjukdom, skada och försämring. Att tidigt se tecken till att livet närmar sig sitt slut ger möjlighet att ändra inriktning på vården och erbjuda en god palliativ vård.

**Samskapa.** Att jobba tillsammans, lita på gruppen och tänka lösning istället för att fastna i problem leder framåt. En god samtalston mellan samverkande parter är en förutsättning. Värdet av goda relationer på alla nivåer kan inte nog betonas. Tillit tar tid att bygga upp men kan raseras snabbt.

**Designa för naturliga mötesplatser.** Personal på sjukhus, vårdcentral och i kommun har ofta låg kunskap om varandras arbetssituation och förutsättningar. Att skapa mötesplatser där personal får träffas över gränser är viktigt. Gemen-

samma analysgrupper, lärande nätverk, gemensamma utbildningar och auskultationer är några exempel som uppskattas av personalen.

**Gå från organisation till organisering.** Att alla arbetade i samma organisation, hade en gemensam ekonomi och delade samma journal är vanliga önskemål vid samtal med medarbetare i vården. Hur än organisationerna byggs så kommer det alltid att finnas gränser som behöver överbryggas. Det som är optimalt för några kan vara mindre bra i andra sammanhang.. Det handlar istället om att kunna leva med och hantera organisatoriska gränser genom gränsöverskridande organisering. Detta gäller särskilt samarbetet kring personer med komplexa behov. Samlokalisera där det är möjligt, dela upp i mindre lokala system, anställ koordinatörer, organisera för kontinuitet och använd de stödsystem som finns är råd från dem som lyckats.

**Bjud in patient/brukare och närstående att vara en del av teamet.** Att ställa frågan *Vad är viktigt för dig?* och att alltid utgå från individens behov och önskemål är avgörande för att vårdens insatser ska vara värdeskapande. *På vilket sätt kan och vill du bidra?* är en annan viktig fråga. Närstående bidrar redan med stora vårdinsatser men ibland tenderar vård och omsorg att i all välvilja ta över uppgifter som patienten/brukaren skulle kunna och må bra av att få sköta själv.

**Engagerade läkare är en nyckelfråga.** Läkare som jobbar i hemsjukvård kan bli goda förebilder och bidra till att rekrytera andra om de får rätt förutsättningar med avsatt tid för att kunna göra ett gott jobb i teamet. Geriatriker i hemsjukvården är framgångsrikt både i primärvården och i mer specialiserade mobila team. Att koncentrera ansvaret för hemsjukvården på **en** läkare per vårdcentral har visat sig vara en framgångsfaktor.

**Ett tydligt ledarskap.** Att leda i komplexitet handlar om att formulera en målbild för arbetet och att följa upp måluppfyllelsen genom dialoger. Själva utförandet (vad och hur) har oftast medarbetarna själva bästa förutsättningarna att ansvara för.

**Satsa på kompetens.** Idag finns sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i alla kommuner. Dietister, farmaceuter och tandhygienister är intressanta i ett framtidsperspektiv. Subspecialisering för omvårdnadspersonal inom rehabilitering, demens och vård i livets slut är en annan väg att gå. Standardiserade arbetssätt med stöd av kvalitetsregister ger bra stöd till personalen.

**Följ upp och ha koll på läget.** Tät och lärande uppföljning som återförs i verksamheten underlättar införande av nya arbetssätt. När dessa är utvecklade och testade behövs aktiviteter för spridning till alla berörda verksamheter. Det är också viktigt att följa upp erfarenheter och upplevelser ur patientens/brukarens och närståendes perspektiv.



I denna rapport har data från ett antal olika källor sammanställts. En stor variation finns i resultat på många områden vilket talar för att det finns potential för att göra effektiviseringar inom vård och omsorg i hemmet.

Att bidra till att människor kan leva ett tryggt och självständigt liv trots skörhet och kronisk sjukdom är en strategisk fråga för vård och omsorg. Samarbete kommer att krävas mellan kommunal vård, omsorg och socialtjänst, vårdcentraler och sjukhusspecialister för ett optimalt resultat.

Vi är på väg men det finns mycket kvar att göra. Nu finns erfarenheter som är värda att sprida i större skala kring hur nya sätt att arbeta kan leda till en effektivare vård. Arbetet fortsätter.

## 2. Bakgrund

### Verksamhet i ständig förändring

Inom vård och omsorg till äldre pågår ett ständigt förändringsarbete i alla verksamheter. De viktigaste drivkrafterna, som ibland kan ge snabbt genomslag, är den medicinska utvecklingen, digitaliseringen och politiska reformer. Samtidigt pågår en långsammare förändring av kultur och värdegrund som ökar möjligheterna för patienter och närstående att vara delaktiga i planering och behandling. Uppföljning av resultat sker öppet på ett systematiskt sätt.

**ÄDEL-reformen** 1992 innebar att kommunerna blev huvudmän för hälso- och sjukvård. Vården av de mest sjuka äldre flyttades från landstingens långvårdsavdelningar till kommunens särskilda boenden (SÄBO) där brukaren har sina egna möbler och ett eget hyreskontrakt. I halva Sverige övertog kommunerna samtidigt ansvaret för hemsjukvården. Den senaste tioårsperioden har avtal tecknats mellan landsting och kommuner kring övertagande av hemsjukvård i resten av landet och i Norrtälje, men inte i resten av Stockholms län.

Införande av **vårdval** inom landstingens primärvård och i kommunala verksamheter har ökat människors möjligheter att välja utförare av vård samtidigt som organiseringen av vårdsamverkan försvårats för vårdens personal.

I och med satsningen på Bättre liv för sjuka äldre började den kommunala hälso- och sjukvården med start 2010 att använda **kvalitetsregister** som stöd i förbättringsarbetet och för uppföljning av vårdens resultat. Fem kvalitetsregister används inom kommunal hälso- och sjukvård: Senior alert, Svenska Palliativregistret, SveDem, BPSD-registret och Rikssår.

**Ny lagstiftning om Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård** trädde ikraft 2018 och har på kort tid inneburit att antalet vårddagar för patienter som bedömts som utskrivningsklara har minskat kraftigt i hela landet. Fler patienter kan åka hem samma dag de blir utskrivningsklara samtidigt som medelväntetiden har minskat.

### Från slutet till öppen vård och hemsjukvård

Sedan 1990-talet pågår en förskjutning av hälso- och sjukvård från slutet vård till vård i öppna former och hemsjukvård. Nya metoder för undersökning, narkos, operation och andra behandlingar har medfört att vårdtiderna på sjukhus har kunnat förkortas kraftigt samtidigt som vårdens resultat förbättrats. Läkemedel har ersatt operationer för magsår, datortomografi och magnetkamera har förbättrat och förenklat diagnostiken, starroperationer och titthålsoperationer görs i dagsjukvård. Förbättrad information tillsammans med tidig mobilisering och effektiv smärtbehandling har förkortat vårdtiden vid höft- och knä-plastiker. Nya läkemedel vid reumatiska sjukdomar har revolutionerat vården för denna patientgrupp. Listan kan göras lång och utvecklingen fortsätter.

Samtidigt har motsvarande utveckling skett inom det sociala området. Bättre bostäder och hjälpmedel har tillsammans med god rehabilitering medfört förbättrade möjligheter att bo kvar i det ordinära boendet och minskat behovet av vård i särskilt boende.

De parallella förändringarna inom hälso- och sjukvård och socialtjänst har lett till att antalet personer som får vård och omsorg i hemmet ökar. Patienterna är äldre och behoven ofta större och mer komplexa. Möjligheterna att bedriva mer avancerad vård i hemmet med god kvalitet och hög säkerhet har också ökat. Utvecklingen fortsätter och vårdens tjänster behöver anpassas till de nya förutsättningarna.

## **Äldre är ingen homogen grupp**

Det är lika stor åldersskillnad mellan en 65-åring och en hundraåring som mellan en 20-åring och en 55-åring. De individuella skillnaderna mellan människor är dessutom som allra störst inom de äldre åldersgrupperna.

### 1. Tredje åldern

En frisk 65-åring beskriver sig inte som tillhörande gruppen äldre. Många har förmånen att få vara friska högt upp i åldern. Denna grupp människor utgör en resurs som idag används mycket till ideellt arbete och barnvakt. Men många saknar sitt yrkesliv och de nätverk och sammanhang som arbetslivet erbjuder. I första hand behöver denna grupp vård vid akut sjukdom och verktyg för att sköta sin egen hälsa och bedriva egenvård.

### 2. Fjärde åldern

Även om de flesta får leva ett friskt liv upp i hög ålder kommer tiden när livet närmar sig sitt slut. Då finns i de flesta fall behov av vård och omsorg, ofta på ett sammanhållet sätt. Att upptäcka skörhet tidigt och sätta in förebyggande insatser är ett viktigt förbättringsområde liksom rehabilitering efter genomgången sjukdom. Det finns ett stort behov av att vidareutveckla vården och att införa nya arbetsmetoder som bidrar till trygghet och självständighet så långt det är möjligt.

### 3. Överlevarna

Personer som räddats till livet vid allvarlig sjukdom får ofta betala ett pris i form av symptom och funktionshinder. De är inte sällan yngre och har behov av stöd för att kunna leva sitt liv under ytterligare många år.

Ett annat sätt att dela in äldre är att utgå från vårdbehovet. Nedanstående modell används ofta och är användbar när man vill skapa tjänster som möter upp mot behoven.

Figur 1. Sammanhållen seniorvård.



Källa: Sammanhållen seniorvård, angreppssätt för Region Stockholm.

## Det har aldrig varit så bra att bli gammal som nu

Vård och omsorg om äldre i Sverige presterar bra och blir ständigt bättre. Det finns fakta som visar att det aldrig varit så bra att bli gammal som nu.

- Flera viktiga folksjukdomar kan förebyggas. Risken att insjukna i hjärtinfarkt har halverats de senaste 20 åren. Minskningen av stroke i befolkningen är nästan lika stor samtidigt som allvarlighetsgraden i funktionsbortfall minskat.
- Möjligheten att överleva med god hälsa vid flera allvarliga sjukdomar har ökat. Moderna behandlingar gör att chansen att överleva en hjärtinfarkt eller stroke med god funktionsförmåga har ökat kraftigt. Cancer kan idag ofta botas eller har blivit en kronisk sjukdom.
- Möjligheten att leva ett tryggt och självständigt liv vid funktionshinder har förbättrats tack vare bättre möjligheter till kompensation. Ett exempel är gps-larm som möjliggör utevistelse vid demenssjukdom.

Denna utveckling beror på många parallella förbättringar . Bättre utbildning i befolkningen och bättre levnadsvanor liksom minskat rökande och mer fysisk aktivitet har haft stor betydelse. Starroperationer förbättrar synen och ledplastiker leder till ökad rörlighet och minskade smärtproblem.

Dagens 70-åring är som 70-talets 50-åring enligt H70-undersökningen på Göteborgs universitet som studerat äldres hälsa sedan 1971. De är intellektuellt klarare, bättre på gångtester och fysisk funktion. 1971 var det 60 procent av de tillfrågade som kände sig lyckliga. I dag är det 90 procent. Man verkar också känna sig mindre deprimerad i dag.

### **Men allt är inte bra och det finns stora utmaningar**

Resultaten avseende kvalitet i svensk sjukvård får bra betyg vid internationella jämförelser. Sämre går det för Sverige när vi jämför tillgänglighet, information, planering, samordning, delaktighet och möjligheten att ha en fast vårdkontakt. Det svenska vårdssystemet är inte heller optimalt designat för att möta patienter som har flera sjukdomar med behov av insatser från flera vårdgivare samtidigt.

De flesta seniorer har idag god hälsa under den tredje åldern. Men efter 80 år börjar behovet av sjukvård att öka. Fram till nu har antalet personer i Sverige som är 80 år och äldre varit ganska konstant. Den ökade livslängden har kompenenserats av att antalet barn som föddes på 1930-talet var förhållandevis lågt. Men från 2020 börjar antalet äldre i befolkningen att öka kraftigt, äldre som kommer att behöva hjälp från vård och omsorg. En omställning av vård och omsorg pågår i Sverige för att vi ska klara denna utmaning.

Att bidra till att människor kan leva ett tryggt och självständigt liv trots skörhet och kronisk sjukdom är en strategisk fråga för vård och omsorg. Samarbete kommer att krävas mellan kommunal vård, omsorg och socialtjänst, vårdcentraler och sjukhusspecialister för ett optimalt resultat.

## 3. Fakta om vård och omsorg i hemmet

Det är en utmaning att sammanställa data kring dagens hemsjukvård. Nedanstående uppgifter är inhämtade från flera olika källor vilket förklarar den spretiga bilden. Kommunerna rapporterar månatligen in uppgifter om genomförd hälso- och sjukvård till Socialstyrelsen. Registret inrättades 2007 och till en början fick Socialstyrelsen bara in uppgifter om vård i särskilt boende samt till personer med dagverksamhet. Nu rapporteras individdata liksom KVÅ-koder in. Registret omfattar endast kommunal hälso- och sjukvård. Uppgifter saknas därför från Stockholms län.

### Struktur

265 kommuner har övertagit ansvaret för hemsjukvård. 25 kommuner i Stockholms län har fortfarande Region Stockholm som huvudman.

### Befolkningsdata 2018

Andelen 80 år och äldre i befolkningen var 5,1 procent. Variationen mellan kommuner är stor och det finns många kommuner som har dubbelt så hög andel.

45 procent av befolkningen över 80 år fick vård av den kommunala hälso- och sjukvården.

Andelen 65 år och äldre som har hemtjänst var 8,3 procent och 4 procent bodde i SÄBO. Stora variationer finns mellan olika kommuner.

En kraftig minskning har skett av andelen som bor i SÄBO. År 2000 var det 8 procent av gruppen 65 år och äldre som bodde i SÄBO. Andelen som har hemtjänst har varit oförändrad de senaste 5 åren.

### Insatser 2018

- Nästan 410 000 personer hade minst en insats inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av dessa fick 43 procent insatser varje månad under året. Många insatser inom hemsjukvård är av mer kortvarig karaktär.
- Majoriteten (340 000) av de som får insatser från hemsjukvården är 65 år eller äldre, kvinnor i majoritet. För personer under 65 år (ca 69 000 personer) är det ingen skillnad mellan män och kvinnor.
- 10 000 personer med hemtjänst är under 65 år.
- 85 procent av personer 65 år och äldre inom hemtjänsten använder förskrivna hjälpmedel.
- Medelålder för äldre i ordinärt boende med hemtjänst är 83,4 år. Medelåldern för inflyttning i SÄBO är 86 år.

Andelen personer 65 år och äldre som fick hemsjukvård och samtidigt hade insatser av hemtjänsten var 2017 67 procent.

Tabell 1. Antal personer som får ta del av kommunal hälso-och sjukvård och socialtjänst 2018.

Insats	Antal 2018
Kommunal hälso- och sjukvård	410 000 personer
Särskilt boende	88 000 personer
Hemtjänst	246 000 personer
Trygghetslarm	193 000 personer
Socialpsykiatri	25 000 personer
LSS vuxna	72 900 personer
LSS Barn	5 700 personer

Källa: Socialstyrelsen, Statistik om kommunala hälso-och sjukvårdsinsatser 2018.

Kommunal hälso- och sjukvård innefattar alla inrapporterade hälso- och sjukvårdsinsatser och inkluderar insatser som görs i SÄBO och vid korttidsenhet. Enstaka insatser i hemmet ingår liksom rehabilitering. Regional hemsjukvård på specialiserad nivå ingår inte och inte heller den regionala basala hemsjukvård som utförs i Stockholm.

## Resurser

Antalet särskilda boenden och hemtjänstenheter förändras kontinuerligt. 2019 fanns i Sverige cirka 2 200 SÄBO-enheter och 3 000 hemtjänstenheter.

Vård i SÄBO minskar samtidigt som insatser i hemtjänst är oförändrade.

Tabell 2. Personal i kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst 2017.

Yrken	Antal anställda i kommunen 2017
Sjuksköterskor	15 900 personer
Fysioterapeuter och arbetsterapeuter	7 600 personer
Undersköterskor och stödassistenter	116 600 personer
Vårdbiträden	73 300 personer
Socialsekreterare/biståndshandläggare	26 500 personer
Personliga assistenter	14 300 personer
Övrigt socialt kurativt	46 000 personer

Källa: SKR:s Personalstatistik.

## Riskbedömningar och förebyggande insatser

Under 2019 riskbedömdes 112 324 personer i Sverige enligt det nationella kvalitetsregistret Senior alert. Av dessa var det 12 629 personer som fick sin bedömning i hemsjukvården. Totalt genomfördes i hemsjukvården 16 730 riskbedömningar varav det vid 13 817 bedömningar (83 procent) fanns någon risk för trycksår, undernäring, fall eller ohälsa i munnen. 86 procent av riskbedömningarna följdes av planerade förebyggande insatser.

Figur 1. Andel riskbedömda personer i hemsjukvård jämfört med totalen riskbedömda i Senior alert 2019.



Källa: Senior alert 2019.

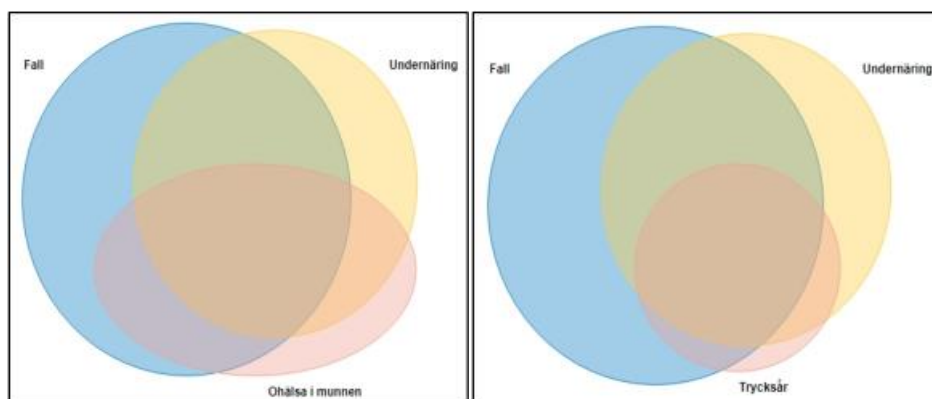
En stor andel av de med risk har inte bara risk för ett område utan flera. En person som har problem med munhälsa äter mindre, vilket ökar risken för ofrivillig viktminskning med ökad risk för att falla och få trycksår.

Av de 13 817 bedömningar med risk visade 14 procent risk för trycksår, 45 procent risk för undernäring, 66 procent risk för fall och 38 procent risk för ohälsa i munnen.



Nedanstående bild visar hur de olika riskområdena överlappar och påverkar varandra. Där färgerna överlappar varandra finns personerna som har risk inom två eller tre områden.

Figur 2. Riskområden i Senior alert där riskområdena överlappar och påverkar varandra.



Källa: Senior alert 2018.

I Sverige har drygt 530 000 personer över 65 år besvär med blåsdysfunktion, d.v.s. problem med urinblåsan. Detta innebär stort lidande och sänkt livskvalitet, rädsla för läckage och lukt. Nästan 80 procent av alla personer i särskilt boende har sådant läckage att de behöver använda inkontinenshjälpmedel. När övriga blåsproblem såsom urinträngningar, tömningsproblem samt efterproblem tillkommer är prevalensen ännu större.

Blåsdysfunktion är inte en del av det naturliga åldrandet utan orsaken hittas ofta i bakomliggande sjukdom eller funktionsnedsättning. Exakta siffror för hemsjukvården är svårt att få fram då få personer blir utredda och får behandling.

## Vård i livets slut

De flesta dödsfall sker idag i kommunala SÄBO, på korttidsenheter och på sjukhus.

8,3 procent av de som avlidit har erhållit återkommande sjukvård i livets slutskede. Det innebär att var tolfte person som dör har haft två eller fler återinskrivningar på sjukhus de sista 30 dagarna i livet.

Kvaliteten på vård i livets slutskede i hemmet är god. Det senaste året har 49 053 dödsfall rapporterats i Svenska Palliativregistret, en täckningsgrad på 58 procent. Resultaten för vård i hemmet inkluderar specialiserad hemsjukvård, hemsjukvård på primärvårdsnivå och stöd från hemtjänst.

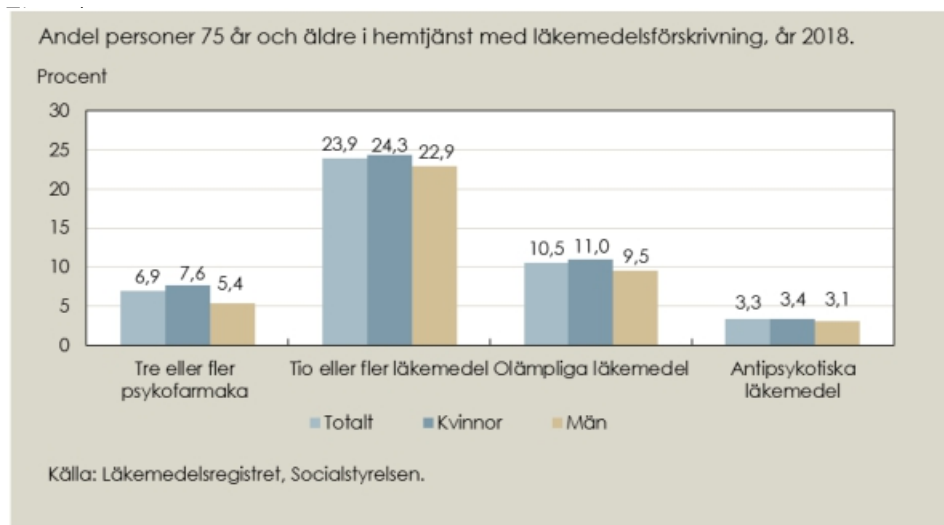
Tabell 3. Resultat från Svenska palliativregistret.

	Totalt	Vård i hemmet	SÄBO/Korttids	Sjukhus
Antal dödsfall	49 053	6 547	22 495	12 481
Andel som erhållit brytpunktsamtal	55,5%	85,5%	51,5%	35,9%
Andel som erhållit smärtskattning sista veckan	52,6%	63,4%	53,1%	30,4%
Andel närstående som erbjudits eftersamtal	67,5%	84,7%	72,6%	40,2%

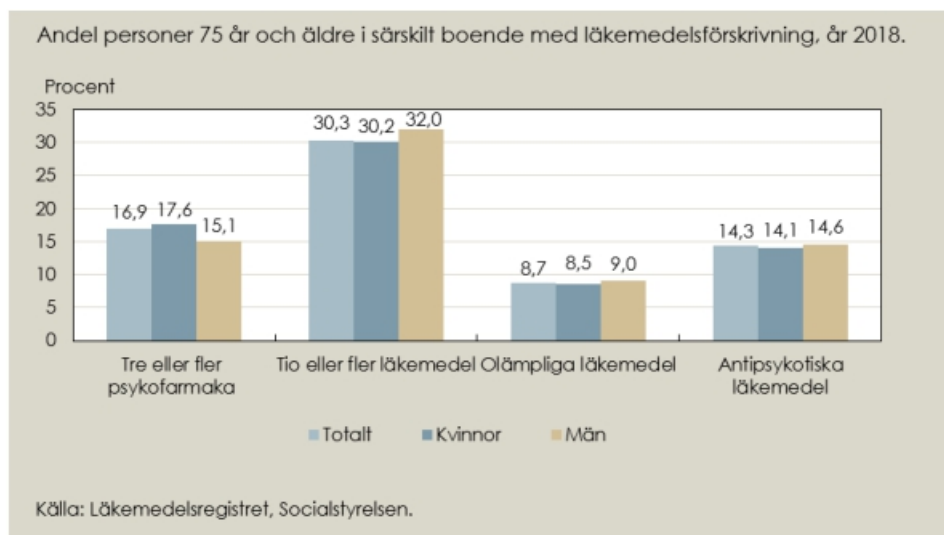
Källa: Svenska palliativa registret.

## Läkemedel till äldre med kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst

Figureerna 4 och 5 visar andelen personer 75 år och äldre med läkemedelsförskrivningar som bor i hemtjänst respektive i särskilt boende, år 2018.



Figur 5.



Användningen av psykofarmaka och antipsykotiska läkemedel är betydligt högre i SÄBO än i hemtjänst beroende på att dessa läkemedel framför allt används vid allvarliga demenssymptom. Mer överraskande är att användningen av olämpliga läkemedel (sömnmedel, lugnande medel mm) till äldre är högre i hemtjänst än i SÄBO trots att totala antalet läkemedel är högre i SÄBO. Medelvärdet för olämpliga läkemedel till personer 75 år och äldre för Sverige var 2019 8,1 procent.

## Patientsäkerhet

I studier med Trigger-tools från Linnéuniversitetet konstateras att 1 av 3 drabbades av en eller flera vårdskador som bedömdes vara undvikbara i hemsjukvården. De tre vanligaste händelserna som är relaterade till skada är VRI (vårdrelaterad infektion), fall och trycksår.

Folkhälsomyndigheten genomför tillsammans med Senior alert mätning av vårdrelaterade infektioner, antibiotikaanvändning och riskfaktorer – Svenska HALT. Mätningen genomförs på särskilt boende i Sverige. Motsvarande mätning saknas för hemsjukvården.

Vårdtagare med trycksår löper fyra gånger högre risk att drabbas av en vårdrelaterad hud- och mjukdelsinfektion jämfört med vårdtagare utan trycksår. Vårdtagare med urinkateter har fyra gånger högre risk för att få en vårdrelaterad urinvägsinfektion jämfört med vårdtagare utan urinkateter.

Vid punktprevalensmätning av trycksår i det nationella kvalitetsregistret Senior alert 2019 observerades 20 350 personer inskrivna i hemsjukvården. Mätningen visade att 13 procent hade risk för trycksår. 1010 personer (5 procent) hade minst ett trycksår.

Totalt identifierades 1390 trycksår av klassificering kategori 1-4.

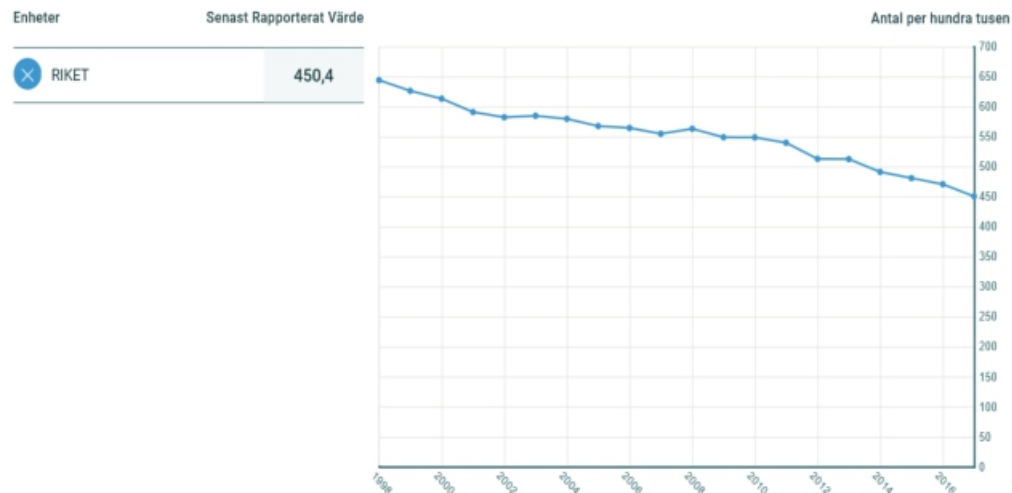
## Fallskador

År 2016 drabbades 16 565 personer 65 år och äldre av en höftfraktur. 10 545 personer hade insatser från både socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård när de drabbades av frakturen. Av dessa bodde cirka 6 800 personer i ordinärt boende.

Antal personer 80 år och äldre som vårdats i slutenvård för fallskada varierar mellan länen. På kommunnivå är skillnaderna stora och antalet varierar mellan 33 och 83 fallskador per 1 000 invånare 80 år och äldre.

Risken att drabbas av höftfraktur minskar i befolkningen.

*Tabell 4. Antalet personer 50 år och äldre som slutenvårdats för höftfraktur under mätperioden, per 100 000 invånare.*



*Källa: Vården i siffror.*

## Upplevd hälsa och nöjdhet

I den Nationella Brukarenkäten uppgav brukare inom hemtjänsten i 11 procent att de har ganska eller mycket dålig hälsa samtidigt som de har mycket eller ganska dålig rörelseförmåga. Detta kan jämföras med 23 procent av de äldre i särskilt boende. 88 procent är nöjda eller mycket nöjda med sin hemtjänst och 81 procent är nöjda eller mycket nöjda med omvårdnaden i SÄBO.

## Kostnader för Äldreomsorg

Tabell 5. Ökning av kostnader för Äldreomsorg, år 2000 jämfört med 2018.

	År 2000	År 2018
Kostnad för Äldreomsorg/ invånare 65 år och äldre	<b>44 412 kronor</b>	<b>64 749 kronor</b>
Kostnad för Äldreomsorg/ invånare 80 och äldre	<b>155 089 kronor</b>	<b>249 532 kronor</b>

Källa: Kommun-och landstingsdatabasen, KOLADA.

Kostnaden för äldreomsorg har ökat med 45 procent sedan 2000 (tabell 5).

I åldersgruppen 80 år och äldre är kostnadsökningen 60 procent.

Medelkostnaden per hemtjänsttagare var 2018 253 000 kronor per år och per brukare i SÄBO 945 000 kronor per år. Det finns stora variationer mellan olika kommuner.

## 4. Förbättringsområden

*”Jag har ringt alla samtal och det har varit ett sant nöje. Det har tagits emot väl att bli uppringd. En sak som jag slagits av är att många, känner sig trygga med sin vård och omsorg trots avsaknad av planer, fast vårdkontakt och ibland delaktighet. Anhöriga är mycket viktiga liksom hemtjänsten. Så har jag också fått många positiva omdömen om vården. Det är relativt många som uttrycker sin nöjdhet med vården. Det finns många änglar i vår verksamhet.”* (Sagt av f d hälso- och sjukvårdsdirektör som genomfört trygghetskapande uppföljningssamtal med personer som nyligen skrivits ut från sjukhus.)

Många tusen möten mellan vårdpersonal och patienter/brukare sker dagligen inom vård och omsorg. I de flesta fall fungerar det utmärkt men det finns problem och svårigheter som behöver synliggöras för att vård och omsorg ska kunna fortsätta förbättras. Nedanstående svårigheter är identifierade av vårdpersonalen själva och är vanligt förekommande i många kommuner.

### Läkarmedverkan i hemsjukvården

Bristande läkarmedverkan är det enskilt viktigaste problemet för dagens vård i hemmet om man frågar personal som jobbar i verksamheterna. Det finns eldsjälarna och där det fungerar bra men bristerna är utbredda och rapporteras från hela landet.

De kvaliteter som efterfrågas är *tillgänglighet, kontinuitet, medicinsk kunskap, helhetsperspektiv, samordning och planering.*

Att personalen i hemsjukvården kan nå läkaren på ett enkelt sätt och med hög tillgänglighet är A och O. Det gäller såväl för planerade som för akuta bedömningar. Läkarmedverkan i SÄBO fungerar oftast bättre än i hemsjukvården då den är mer organiserad med fasta tider, har bättre kontinuitet och fastare arbetsrutiner. Hemsjukvården är mer oförutsägbar, har en högre omsättning på patienter och det är svårt att i avtal reglera vilken tid som ska avsättas för läkaruppdraget. Det leder till att läkarna har lägre kännedom om patienterna i hemsjukvård och träffar dem mer sällan. Möjligheterna för läkare i primärvård att göra akuta hembesök vid försämring är ofta begränsade idag.

Kontinuitet är viktigt för att patienterna i hemsjukvård ska känna trygghet men ändå är stafettläkare en vanlig lösning när vårdcentralerna har brist på läkare. Att behöva upprepa sin historia gång på gång är tröttande för redan sköra och utsatta personer. Personalen i hemsjukvården är mycket tydliga med att man önskar **en** läkare som sköter hemsjukvården som är lätt att få kontakt med om det uppstår någon akut situation.

Personer som vårdas i hemmet har alltid en eller fler kroniska sjukdomar som behöver bedömas, behandlas och kontrolleras. Situationen är ofta instabil och behandlingen behöver omprövas med regelbundna mellanrum. En god sjukdomskontroll har stor betydelse för patientens upplevda hälsa och känsla av trygghet. Bra planer där nästa steg, kontaktvägar och viktiga tecken på försämring är viktiga men saknas ofta. När läkarens information till närstående brister kan det uppstå otrygghet och orealistiska förväntningar på vården.

Det är vanligt att patienter i hemsjukvård har behov av primärvård och specialiserad vård samtidigt. Läkaren i hemsjukvård har ofta svårt att få direktkontakt med ansvarig läkare inom den specialiserade vården och oklarheter kring ansvarsfördelning förekommer. Detta är särskilt problematiskt när det gäller omprövning av läkemedelsbehandling och prioritering av vilka behandlingar som är meningsfulla.

**Konsekvenser:** Bristande läkarmedverkan i hemsjukvården leder ofta till besök på akutmottagningar och inskrivning på sjukhus som hade kunnat undvikas.

## Organisering, struktur och systematik för arbetet

I SÄBO bedrivs hälso- och sjukvården på ett organiserat sätt medan den i hemsjukvården bedrivs mer ad hoc. Struktur och systematik för arbetet saknas ofta. Personalen på hälsocentralen saknar ofta aktuell kunskap om vilka av deras listade personer som har insatser från kommunens hemsjukvård eller socialtjänst. Rutiner för in- och utskrivning i hemsjukvård saknas ofta eller är otydliga och bristfälligt förankrade. Läkemedelsgenomgångar görs oftare i SÄBO än i hemsjukvård.

Namngiven *Fast vårdkontakt och SIP* saknas ofta trots att det är lagstiftat.

Månganvändare av vård blir inte identifierade och saknar helhetsomhändertagande.

Medverkan i arbetet med kvalitetsregister upplevs av många som tidskrävande och som dubbeldokumentation. Användningen i SÄBO är god men inte i hemsjukvården.

Nya digitala hjälpmedel kan underlätta men exempelvis videomöten fungerar inte alltid i praktiken.

Nya rutiner kring utskrivningsplanering och SIP i öppen vård har inte hittat sina former ännu.

**Konsekvenser:** Bristande organisering kan leda till ineffektiv vård genom onödig vård på sjukhus, stressig arbetsmiljö för personalen och sämre hälsotillstånd bland patienterna.

## **Samverkan och teamarbete över gränser.**

Ett av de viktigaste skälen till att hemsjukvården flyttats över till kommunerna är en önskan att olika personalkategorier i teamet ska komma närmare varandra. Framför allt gäller detta samarbetet mellan sjuksköterskan som jobbar utifrån HSL och kommunens omvårdnadspersonal som jobbar utifrån SOL.

Detta har inte lyckats fullt ut. Revirtänkande och värnande om den egna verksamhetens och yrkesrollens utveckling prioriteras ibland på bekostnad av att skapa mervärde för patienterna. Ett exempel är den rivalitet som uppstått i arbetet med hemgångsteam när andra yrkesgrupper fått delegation på att ta biståndsbeslut.

Det fria vårdvalet har också gjort vårdssamverkan svårare i praktiken. Det förekommer att en hemsjukvårdgrupp behöver samverka med 8 olika vårdcentraler och en vårdcentral kan ha 8 sjuksköterskegrupper och upp till 15 hemtjänstgrupper att samarbeta med.

Trots att personalen vill göra gott blir ändå resultatet ofta att man jobbar parallellt i silos istället för som ett interdisciplinärt team där medlemmarna tillsammans med patient och närstående jobbar mot ett gemensamt mål och lär av varandra.

**Konsekvenser:** Bristande teamarbete innebär resursslöseri när många olika yrkeskategorier ”springer” i hemmet.

## **Proaktivt synsätt, prevention och rehabilitering**

Det finns en samsyn på alla nivåer om vikten av förebyggande arbete. Att arbeta proaktivt innebär att främja hälsa, identifiera risker, ställa tidig diagnos, snabbt upptäcka försämringar och även att erbjuda rehabilitering efter sjukdom och skada.

Forskning finns kring effektiva förebyggande arbetssätt men följsamheten till dessa behöver förbättras. Det handlar framför allt om möjligheter att förebygga fallskador, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen.

Det förebyggande arbetet är alldeles för lätt att prioritera bort.

**Konsekvenser:** Höftfrakturer och andra fallskador, infektioner kopplade till undernäring och försämring vid KOL och hjärtsvikt leder idag till onödigt lidande och sjukhusvård som hade kunnat undvikas.

## **Planering på individnivå och personcentrerad vård**

En kulturförändring pågår mot en mer personcentrerad vård. Den går långsamt och all personal ser inte värdet av att patienter/brukare har god information och möjlighet att vara delaktiga i teamet.

Kontinuitet i vårdrelationen uppskattas av patienter/brukare och är trygghetskapande men kan vara svårt att uppnå vid stora omsorgsbehov eller får stå tillbaka i förhållande till andra prioriteringar.



Planer skrivs ofta ur ett organisationsperspektiv och saknar mål.

Lagstiftningen om samordnad individuell plan från 2010 har varit svår att tillämpa i praktiken. SIP initieras inte från öppenvården i någon större utsträckning. Det förekommer också att personal avstår från att delta i SIP-möten de kallats till.

**Konsekvenser:** Bristande kontinuitet, information, delaktighet och planering leder till otrygghet, ökat behov av SÄBO och högre vårdkonsumtion på sjukhus. Brister i kontinuitet är också ett skäl till att patienten/brukaren avsäger sig vård och omsorg i hemmet.

## Kunskap och reell kompetens

Vårdens värde skapas i mötet mellan patienter/brukare och personal. Tillgång till personal med formell och reell kompetens är avgörande för en god och säker vård och omsorg.

Många verksamheter rapporterar att det är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens. Hyrpersonal förekommer inom de flesta yrkesområden idag. Omvårdnadspersonal i kommuner har inte alltid kompetens för uppgiften eller tillräckliga språkkunskaper.

Brister finns avseende introduktion. Oklarheter kring ansvarsfördelning inför delegering finns när den specialiserade vården är involverad.

**Konsekvenser:** Brist på personal med rätt kompetens leder till ökad risk för vårdskador och dålig arbetsmiljö för personalen.

## Dokumentation och informationsöverföring

Information i rätt tid på rätt sätt är viktigt för god effektivitet. Aktuell information om patienten saknas ofta.

Informationsöverföring försvaras av ålderdomlig lagstiftning och brister i IT-stöd. Det finns ett behov i vårdens verksamheter av en samlad dokumentation som följer individen och är nåbar när den behövs. 2019 används fortfarande telefon, fax och papper i stor utsträckning.

Särskilt problematiskt är informationsöverföring kring läkemedel. Det är tidskrävande för personalen i hemmet att efterfråga läkemedelsordinationer. Läkemedel skickas inte med som överenskommet vid utskrivning från sjukhus och felaktigheter förekommer.

IT-stöd är inte alltid användarvänliga. Olika dokumentationssystem används i kommuner och landsting. Det finns många system på marknaden. Personalen klarar inte alltid att nyttja systemens fulla potential.

SIP-dokumentation är svårt i praktiken och riskerar att bli för omfattande.

**Konsekvenser:** Bristande information om patienter leder till irritation och konflikter samt ökar risken för vårdskador framför allt kopplade till läkemedel.

## Olika förutsättningar i kommun och region

Olika logik i HSL/SOL bidrar till spänningar och missförstånd. Det är svårt för regionens personal att ha koll på de olika arbetssätt och rutiner som finns i olika kommuner.

Hemsjukvård är en liten artikel i kommunernas helhet och kommer lätt bort.

Ersättningssystemen kan krångla till det och leda till suboptimering och lägre systemeffektivitet.

**Konsekvenser:** Okunskap om varandras världar och förutsättningar leder till konflikter, tillitbrist och bristande systemeffektivitet.

## Styrning och ledning

Politiker och ledande tjänstemän ansvarar för att skapa förutsättningar för vårdpersonalen att kunna bedriva en god och säker vård och omsorg.

Det som inte efterfrågas riskerar att aldrig bli utfört. Otydliga mål och uppdrag, svårigheter att hitta bra mått och uppföljning som ensidigt fokuserar på ekonomi hämmar en positiv utveckling.

Olika politiska mål kan leda till problem med prioriteringar i verksamheterna. Ett exempel från hemtjänsten är de målkonflikter som uppstår när både kontinuitet, tillgänglighet och rätt till heltid ska uppfyllas samtidigt. Aktuell ekonomisk styrmodell brukar då bli avgörande.

**Konsekvenser:** Otydlig styrning utan gemensamma mål skapar osäkerhet i verksamheterna och bidrar till suboptimering och revirtänkande. Konsekvensen blir försämrad systemeffektivitet.

## 5. Framgångsfaktorer

### Ligg steget före

Tidig upptäckt är viktig. När personer ansöker om larm eller hjälpmedel bör man ställa frågan *Vad är behovet?* Inte bara ordinera en lösning.

Gemensamma bedömningsinstrument som Senior alert underlättar helhetsbedömning och ett gemensamt synsätt. Det är viktigt att ha med kost, sömn, fysisk aktivitet och sociala relationer i en helhetsbedömning av personen.

En förebyggande rubrik i SIP som är personens plan gör att perspektivet inte glöms bort.

Genomarbetade öppenvårdsspår bidrar till trygghet för personalen när det är överenskommet vem som ska göra vad och när.

**Vinster:** Vinster av förebyggande arbete är svåra men viktiga att påvisa. Det är viktigt att studier kommer till stånd där detta ingår i designen.

### Samskapa

Kommunalt ansvar för hemsjukvård förutsätter att det finns avtal mellan kommunerna och regionen. Avtalen ser olika ut i olika län och på många håll pågår arbete med revideringar. Riktningen är från gränssnitt mot en mer tillitsbaserad samverkan och ett gemensamt ansvarstagande. *Tröskelprincipen* är på väg att ersättas av bedömningar utifrån det individuella behovet. Västra Götaland tecknade ett nytt avtal 2017 som innehåller en gemensam värdegrund med 8 patientfall som stöd. Enighet finns där om att *”inte jaga skarpa gränser i gråa zoner”*.

Att jobba tillsammans, lita på gruppen och tänka lösning istället för att fastna i problem leder framåt. En god samtalston mellan samverkande parter är en förutsättning. Att lösa problem på detaljnivå genom att strikt hänvisa till lagar löser ofta inte problemet. I Jämtland/Härjedalen har kommuner och region enats om följande *enkla regler* för samarbetet:

- vi har förtroende för varandras kompetens,
- vi litar på att alla gör sitt bästa,
- vi är lojala mot fattade beslut, gällande rutiner och riktlinjer,
- vi pratar respektfullt om varandra,
- vi förfogar över egna resurser, vilket innebär att vi inte lovar insatser hos annan huvudman, samt att
- vi tar ansvar för att informera varandra om upplevda brister/oklarheter i samarbetet.

Många vittnar om att det sker mycket arbete parallellt av olika yrkesgrupper i hemmet. Tillfälliga möten i hemmet är inte teamsamverkan. Teamsamverkan på riktigt handlar om att personal från olika yrkesgrupper tillsammans med patienten arbetar mot ett gemensamt mål. Fasta team är effektivare än tillfälliga. De skapar lugn i verksamheterna och bidrar till bättre arbetsmiljö.

Rätt kompetens för uppgiften ska alltid eftersträvas. Situationen avgör hur sammansättningen av teamet blir effektivast i varje enskild situation.

Nya medarbetare behöver få introduktion i hur det lokala systemet fungerar i praktiken.

Samlokalisering underlättar. Att lokalisera bistånd, sjukvård och hemtjänst i samma byggnad har många lyckats med.

Kroka arm med frivilliga är ett viktigt utvecklingsområde.

**Möjliga vinster:** Tidsvinster kan göras om samverkan fungerar. Arbetsglädje och hög patientnöjdhet är andra viktiga vinster.

## Designa för naturliga mötesplatser

Personal på sjukhus, vårdcentral och i kommun har ofta låg kunskap om varandras arbetssituation och förutsättningar. Det bidrar till onödiga missförstånd och ”grus i maskineriet”. Att skapa mötesplatser där personal får träffas över gränser är viktigt. Värdet av upparbetade relationer kan aldrig underskattas.

Västra Götaland har utvecklat en modell för *Lärande nätverk* där medarbetare från olika organisationer får tillfälle att diskutera konkreta frågor kring gemensamma ämnen. Att arrangera gemensamma *gränsöverskridande utbildningsdagar* är ett annat sätt att mötas. Lämpliga teman är vård i livets slut, vårdprevention och rehabilitering. Att genomföra *studiebesök* hos varandra är bra men svårt att genomföra i praktiken.

Mötesplatser behövs på alla nivåer. Även ledning och styrning behöver fasta mötesplatser för diskussion kring gemensamma frågor. Att enas om gemensamma mål som följs upp gemensamt på systemnivå bidrar till transparens och till att motivera vårdens medarbetare.

En bra dialog är kittet som håller ihop samarbetet. Ärlighet är helt avgörande om man vill samarbeta på riktigt. Ett förtroende tar lång tid att bygga upp men kan raseras över en natt.

Det är ett faktum att regionen är större än de enskilda kommunerna var för sig, något som måste beaktas i all dialog. Regionen vill gärna bestämma och driva igenom sina förslag snabbt, men det fungerar inte att uppträda som storebror och det går inte att komma till kommunerna med färdiga förslag. För att kommunerna inte ska känna sig överkörda behöver viktiga frågor diskuteras gemensamt, något som ofta tar lång tid.

**Möjliga vinster:** Ökad kunskap om varandras världar och de gemensamma vårdprocesserna bidrar till bättre arbetsmiljö och effektivare prioriteringar.

## Gå från organisation till organisering

Att alla arbetade i samma organisation, hade en gemensam ekonomi och delade samma journal är vanliga önskemål vid samtal med medarbetare i vården.

Hur än organisationerna byggs så kommer det alltid att finnas gränser som behöver överbryggas. Det som är optimalt för några kan vara mindre bra i andra sammanhang.. Det handlar istället om att kunna leva med och hantera organisatoriska gränser genom gränsöverskridande organisering. Detta gäller särskilt samarbetet kring personer med komplexa behov.

Några erfarenheter av hur detta kan göras framgångsrikt är:

- *Samlokalisera.* Sitt nära varandra när det är möjligt.
- *Dela upp i mindre lokala system.* Många vittnar om att det är enklare att samarbeta i mindre system där det är lättare att bygga relationer och upparbeta kontaktvägar.
- *Anställ koordinatörer.* När komplexitetsgraden ökar i ett system är koordinatörer som har ett helhetsansvar för personen och systemet en bra investering.
- *Organisera för kontinuitet.* Prioritera kontinuitet i schemaplanering.
- *Använd de system som finns.* Video, NPÖ, IT-stöd för utskrivningsprocessen, SIP med flera verktyg behöver användas på ett ändamålsenligt sätt. Det är viktigt att kunna ta del av ADL-bedömningar och SIP i alla led. Annars finns risk för ”övervård”
- *Segmentera.* Var noga med att rätt person får del av rätt vårdtjänst. Att dela in befolkningen i grupper utifrån beteende och behov kan underlätta för att identifiera målgrupper som passar för olika vårdtjänster.
- *Var tydlig.* Kommunikation är svårt och behöver upprepas. SBAR kan med fördel användas för överrapportering mellan vårdgivare.

**Möjliga vinster:** Effektivare vårdövergångar leder till färre vårdskador och mindre konflikter och därmed till effektivisering.

## Bjud in patient/brukare och närstående att vara en del i teamet

Att ställa frågan *Vad är viktigt för dig?* och att alltid utgå från individens behov och önskemål är avgörande för att vårdens insatser ska vara värdeskapande.

ESTHER är ett samarbete mellan kommunerna, vårdcentralerna och specialistvården i Jönköpings län. I nätverket finns patienter, brukare samt Esthercoacher som ett naturligt stöd i utvecklingsarbetet.

*På vilket sätt kan och vill du bidra?* är en annan nyckelfråga. Närstående bidrar redan med stora vårdinsatser men ibland tenderar vård och omsorg att i all välvilja ta över uppgifter som patienten/brukaren skulle kunna och må bra av att få sköta själv. Med stöd av utbildning, information och tekniska hjälpmedel kan egenvården bidra till självständighet och förbättrad livskvalitet.

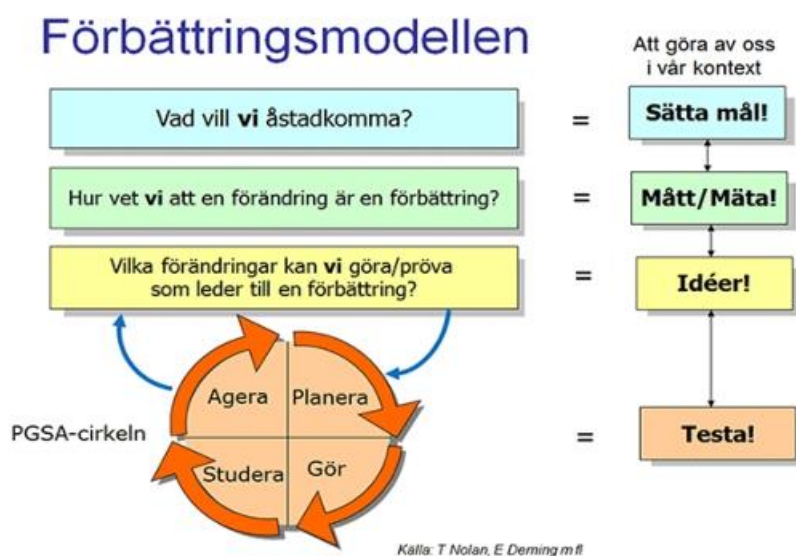
**Möjliga vinster:** Aktiva, informerade patienter, brukare och närstående bidrar till ett tryggt och självständigt liv och ett minskat vård- och omsorgsbehov.

## Följ upp och ha koll på läget

Tät och lärande uppföljning som återförs i verksamheten underlättar införande av nya arbetssätt.

Nolans förbättringsmodell är idag det vanligaste sättet att arbeta med förbättringar på arbetsplatsen.

*Figur 3. Förbättringsmodellen är ett av de grundläggande verktygen i förbättringsarbetet. Här ingår testhjulet PGSA och tre viktiga frågor.*



När nya arbetssätt är utvecklade och testade behövs aktiviteter för spridning till alla berörda verksamheter. Införandet är inte klart förrän de nya sätten att arbeta upplevs som naturliga.

Det är också viktigt att följa upp såväl vårdens resultat som hur patienter, brukare och anhöriga upplever vårdens tjänster. *Webbkollen* är ett digitalt verktyg som på ett enkelt sätt kan användas i dessa sammanhang.

**Möjliga vinster:** Ökad följsamhet till rutiner och riktlinjer. Inspiration till förbättringsarbete som kan leda till effektivisering. Nya arbetssätt tillämpas i vårdagen.

## Engagerade läkare är en nyckelfråga

Tillgång till läkare som vill arbeta i hemsjukvård har stor betydelse för hela verksamhetens resultat. Det finns stora variationer både mellan och inom kommuner. Läkare som jobbar i hemsjukvård kan bli goda förebilder och bidra till att rekrytera andra om de får rätt förutsättningar med avsatt tid för att kunna göra ett gott jobb i teamet.

Geriatriker i hemsjukvården är framgångsrikt både i primärvården och i mer specialiserade mobila team.

Att koncentrera ansvaret för hemsjukvården på **en** läkare per vårdcentral har visat sig vara en framgångsfaktor och förenat med bättre samarbete med kommunens personal.

**Möjliga vinster:** En god läkarmedverkan skapar trygghet för personal, patienter och närstående. Minskat behov av vård på sjukhus.

## Ett tydligt ledarskap

Att leda i komplexitet handlar om att formulera en målbild för arbetet och att följa upp måluppfyllelsen genom dialoger. Själva utförandet (vad och hur) har oftast medarbetarna själva bästa förutsättningarna att ansvara för.

Modellen **RADAR** har vidareutvecklats av forskaren Klara Palmberg Broryd som menar att ledarens fokus ska ligga på RAR – result, assess och refine.

- **Result** – sätta mål: vad vill vi uppnå?
- **Approach** – vad ska vi göra?
- **Deployment** – hur ska vi göra?
- **Assess** – följa upp och utvärdera: hur går det?
- **Refine** – hur förfina mål och uppföljning?

Ledarens uppgift är också att besvara från *varför* en förändring behöver göras. Andra råd är att skapa *enkla regler* och att arbeta med *attraktorer*.

**Möjliga vinster:** Tydliga ledare skapar motivation och trygghet bland medarbetarna.

## **Satsa på kompetens**

Formell och reell kompetens behövs i arbetsgrupperna. Samverkanskunskap och förbättringskunskap är också områden som personalen behöver behärska.

Kommuner har rätt att anställa alla yrkeskategorier utom läkare. Idag finns sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i alla kommuner. Yrkesgrupper som dietister, farmaceuter och tandhygienister är ovanligare men är intressanta i ett framtidsperspektiv.

Subspecialisering till exempel inom rehabilitering, demens och vård i livets slut börjar bli allt vanligare bland omvårdnadspersonal i kommunerna. Det blir också vanligare att omsorgsuppgifter renodlas bland utbildad personal.

Att använda befintliga kvalitetsregister och IBIC på ett klokt sätt är ytterligare ett sätt att stödja de nya strukturerade och personcentrerade arbetssätt som nu införs inom vård och omsorg i hemmet.

**Möjliga vinster:** Färre vårdskador leder till bättre hälsa och minskat behov av vård och omsorg.



## 6. Vi är på väg ...

Runt om i landet pågår just nu ett stort antal initiativ för att förbättra vård och omsorg i hemmet. Nedan redovisas några exempel.

### Förebyggande insatser

#### Förebyggande team i Töreboda

Teamet riktar sig till äldre kommuninnevånare som inte tidigare haft regelbunden kontakt med vård och omsorg. Teamet består av biståndshandläggare från Töreboda kommun, arbetsterapeut från Närhälsan Töreboda rehabmottagning och distriktssköterska/sjuksköterska från Närhälsan. Målet är att minska behovet av vård på sjukhus genom tidig upptäckt av personer med behov av rehabilitering, hjälpmedel och vård- och omsorg. Läkare, fysioterapeut, dietist med flera kompetenser finns att tillgå vid behov.

Det finns 3 vägar in till teamet:

1. Någon bland personalen uppmärksammar ett behov
2. ”En väg in” är ett telefonnummer dit medborgaren kan ringa (det ville befolkningen ha)
3. Ärende från akuten eller ambulansen

En fast tid är avsatt för detta varje vecka och det har varit lagom hittills. Bedömningen sker i personens hem och kan leda till en SIP. Uppföljning sker efter 4-6 veckor. Avslut sker när samordning inte längre behövs.

Hittills har teamet träffat 64 personer. De flesta är mellan 80-90 år men man har även fått kontakt med några 90+ som inte tidigare var kända av kommunen. Alla får en enkät vid avslut. 20 av 29 klarar vardagen bättre och hemtjänstbehovet har minskat.

Intervjuer har gjorts med personal: Problemet är ofta något annat än det personen söker för. Kontaktvägarna har blivit enklare vilket sparar tid. Det underlättar att alla vet planen. Ibland stöter man på personer med stora behov som är okända för vården.

Personalen har under hela projekttiden arbetat inom befintlig verksamhet. Verksamheten är nu permanentad och planer finns för spridning.

## Digitalisering

### Virtuell övervakning vid hjärtsvikt i Borgholm

Det virtuella Hemsjukhuset i Borgholm innebär att upp till 300 svårt sjuka personer får god och nära vård i sitt eget hem. Basen är tillräcklig bemanning och ett väl fungerande samarbete mellan hälsocentral, ambulanssjukvård, hemtjänst och hemsjukvård.

Sexton av de hjärtviktpatienter som vårdas vid hemsjukhuset i Borgholm har deltagit i ett projekt där de under fyra månader använt ett digitalt verktyg för hem-monitorering. Patienterna rapporterade dagligen syrgasmättnad, vikt, kroppstemperatur och svarade på frågor om upplevd hälsa. Mätvärden och mående sammanställdes i en översikt för varje patient som överfördes via internet till hemsjukhusets personal som kunde sätta in åtgärder i ett tidigt skede. Under projekttiden behövde ingen av de patienter som deltog i projektet åka till sjukhus för akutvård. Patienterna upplevde större trygghet och bättre kontakt med vården samtidigt som sjukdomsinsikten ökade.

Film: [Digitalisering av Hemsjukhuset](#)

### Trygg hemgång

Trygg hemgång är ett samlingsnamn för förstärkta insatser i hemmet efter utskrivning från sjukhus. Begreppet används i många kommuner och kan vara uppbyggt på olika sätt. Andra begrepp som utredningshemtjänst och bedömningsteam används också för liknande innehåll.

Gemensamt är att ett rambeslut från biståndshandläggaren ger teamet en större frihet att arbeta mer personcentrerat och flexibelt utifrån individens behov och önsknings. Tjänsten är ett alternativ till korttidsboende.

Trygg hemgång i Stockholm (Järfälla, Södertälje, Haninge, Kungsholmen)

FoU Nordost, Äldrecentrum, FoU.nu och Nestor har genomfört uppföljningar av arbete med Trygg hemgång i Stockholm.

Det är framför allt äldre, ensamstående kvinnor som får del av tjänsten. De uppskattar att det finns mer tid, kontinuitet och bra kunskap hos personalen.

Verksamheten i Södertälje består av 6 undersköterskor som arbetar på beställarkontoret. I Haninge arbetar kommunens undersköterskor i team tillsammans med geriatriken. Verksamheten i Järfälla är framför allt inriktad på att lindra oro vilket man lyckats bra med. Efter 5 dagar är den upplevda hälsan mycket bättre.

Erfarenheter från Stockholm är att tjänsten passar bäst för personer som är otrygga, har stora komplexa behov, är ensamma eller har oklara behov som behöver bedömas ytterligare.

## **Struktur och flexibla modeller för biståndsbedömning**

Flexibla modeller för biståndsbedömning testas i många kommuner.

- Sjuksköterskor kan jourtid fatta beslut om insatser för att patienter ska kunna skrivas ut från sjukhus.
- Arbetsterapeuter som gör bedömningar tillsammans med biståndsbedömare rapporteras som framgångsrikt. En koppling behöver finnas till aktiverande hemtjänst. Fler rehabiliterande insatser leder till ökad självständighet och minskat behov av hemtjänst.
- Det finns en samstämmighet om att korttidsenheter inte ska vara en mellanstation. När det är möjligt är det bättre att patienten skrivs ut till hemmet för att få testa hur det fungerar och få tid att tänka över beslut att flytta till SÄBO.

### **Hemtagningsteam i Östhammar**

Östhammars Kommun har 22 000 invånare och 5 tätorter med egen vårdcentral och ett hemtagningsteam. Samarbete finns sedan länge med Samhall som tar hand om servicesysslor. Undersköterskor kan fokusera på omvårdnad.

I kommunen finns vanliga korttidsplatser och en Närvårdsenhet. Personalen på närvårdsenheten kommer från kommunen och läkaren från regionen. Avtal finns. Det är en uppskattad verksamhet som ofta är ett alternativ till sjukhuset.

Hemtagningsteamet arbetar vardagar utom storhelger då man lägger in extra pass. Man har byggt en ny tydlig struktur för hur utskrivningen från sjukhus ska gå till i praktiken. Alla måste gå in minst två gånger om dagen och läsa i IT-stödet Prator. På morgonen har man telefonmöten med sjukhuset där teamen har fasta tider. Deltar gör biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Den fasta vårdkontakten är ordförande för mötet och alla väl förberedda. Patienten har möjlighet att vara med.

När patienten kommit hem sker sedan SIP-mötet i hemmet för uppföljning och fortsatt planering.

Minskning har skett från 1,3 till 0,8 vårddagar för utskrivningsklara patienter. Man har följt upp sina återinskrivningar. Dessa har inte varit kopplade till utskrivningen utan handlar om nya hälsoproblem.

### **Mobila team**

Mobila team som komplement till den ordinarie hemsjukvården finns idag på många håll. De är mycket uppskattade av patienter och närstående men kostsamma att bedriva. Att inte göra målgruppen för stor är en viktig lärdom.

### **MiNT, mobila närvårdsteamet i Östersund**

Teamet är uppbyggt efter inspiration från Lidköping. I februari 2017 startade ett permanent mobilt team i regionens regi. Det består av 2 specialistsjuksköterskor och 1 läkare. Läkartjänsten delas av en läkare från primärvården och en från medicinkliniken på sjukhuset.

Teamet servar hela länet och är en stödresurs för kommunens hemsjukvård. Vanliga diagnoser bland patienterna i teamet är hjärtsvikt, KOL, njursvikt och Parkinsons sjukdom. Bra samarbete finns med Storsjögläntans palliativa team.

Fyra av följande kriterier ska var uppfyllda för att anslutas:

1. Tre eller fler diagnoser
2. Vårdats på sjukhus tre gånger sista året
3. 6 eller fler läkemedel
4. 75 år eller äldre
5. Hemsjukvård
6. ADL-beroende

Idag finns 22 patienter anslutna till teamet. Kostnad för teamet är 2,5 miljoner kronor per år. Verksamheten är kostnadsfri för patienten.

Verksamheten fungerar bra. Exempel på vad MiNT gör:

- Läkemedelsgenomgångar
- Genomgång av symtom för eventuell åtgärd
- Provtagning
- Vårdplan/SIP
- Kompletterande utredningar

Resultat:

- Ambulanstransporter har minskat
- Besök på akuten har minskat
- Vård dagar på sjukhus har minskat

Värdet har uppskattats till 6 miljoner kronor/år jämfört med traditionell sjukvård.

### **Koordinatorer**

Koordinatorer i olika former är vanliga och uppskattade inom verksamheter med hög komplexitet.

Koordinatorer på akuten med geriatrisk kompetens och goda kontaktvägar till vårdcentraler och kommuner i området beskrivs kunna bidra till att sköra äldre kan återvända till hemmet och slippa bli inskrivna på sjukhus av sociala skäl.

Äldresamordnare på vårdcentralen kan fungera som fast vårdkontakt för sköra äldre och personer som nyss skrivits ut från sjukhus och kan också bidra till att vara en väg in till vårdcentralen för personal på sjukhusen och i kommunerna.

## Planering

### Esther SimLab

Teamet runt patient bildas ofta ”där och då” vilket ställer stora krav på förmåga att kunna arbeta i team. Esther SimLab är en ny modell för att träna vård- och omsorgssituationer. Personal från slutenvården, vårdcentral och kommun tränar tillsammans med patient i en säker miljö. Fokus är på samverkan och samordning.

Patienter till verksamheten lånas från det levande biblioteket. Verksamheten ingår som en del i regionernas KTC=Kliniska träningscentra och ingår idag i sjuksköterskornas introduktionsprogram.

Arbets sättet finns idag i Jönköping, Dalarna och Kronoberg. Det används för att testa och träna nya arbetssätt. Exempel: SIP, Patientkontrakt, Rehabplan.

Erfarenheter:

- Små förändringar och justeringar kan göra stor skillnad.
- När teamarbete är som bäst är det prestigelöst

Frågor att träna på:

- Hur kan jag se hela Esther i varje möte?
- Hur blir jag mitt bästa jag i varje möte?
- Hur blir vi bäst tillsammans?

## Läkarmedverkan

### Hemsjukvårdsläkare på Torsviks vårdcentral, Lidingö

Vårdcentralen har 12 000 listade varav 2 200 är över 65 år. Hemsjukvården sköts av Vårdcentralen. 110 patienter är inskrivna i hemsjukvård.

En läkare på 50% ansvarar för alla hemsjukvårdspatienter tillsammans med 4 sjuksköterskor på 50% som har 25-30 patienter var. I teamen finns också 4 undersköterskor. Tydlig struktur med fasta rondtider och återkommande kvalitetsmöten. 10-12 hembesök av läkare görs per vecka. 100 patienter har fått en SIP. Dialog finns med kommunen. Bra samarbete med ASIH och geriatrik.

Bärbar dator möjliggör att all dokumentation (remitter, anteckningar) görs klart i anslutning till besöket.

Resultat:

- Bättre kontinuitet och tydlig struktur
- Bättre samarbeten i alla riktningar
- Fler hembesök och färre besök på akuten för målgruppen.

## Hemsjukvårdsläkare Borlänge

En hemsjukvårdsläkare på heltid och 3 team ansvarar för hemsjukvården i hela Borlänge Kommun med 54 000 invånare. Omfattningen handlar om 100 allvarligare sjuka och 300 enklare patienter. Inga väntelistor finns.

Läkaren arbetar heltid tillsammans med kommunens personal. Samling för avrapportering kl 08. Vad har hänt under natten? Dagen planeras och läkaren gör ca 3 tillsynsbesök dagligen. Struktur finns för ronder och samtal med närstående. NPÖ finns och används. Alla patienter har en vårdplan. Patienten har en egen pärm i hemmet med olika flikar. Läkaren har egen bil och åker ofta ensam. Kvällar och nätter nås bakjour på telefon.

Värdegrund:

- Alla patienter är våra patienter!
- Vi ska göra allt för den patient vi har framför oss
- Vi löser problemen istället för att skjuta dem ifrån oss

Erfarenheter:

- Viktigt att identifiera otrygga och bräckliga patienter
- Var generös med att ansluta patienter. Det skapar trygghet.
- Första kontakten är viktig liksom tid och kontinuitet och kompetent personal

## Rehabilitering

### Intensiv hemrehabilitering, IHR i Eskilstuna

I Eskilstuna kommun arbetar ett multiprofessionellt team med undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterska, biståndsbedömare och beteendevetare utifrån ett nytt arbetssätt för att rehabilitera äldre personer som efter en tid på sjukhus behöver hemtjänst för första gången.

Målsättningen är att äldre efter avslutad rehabilitering ska ha minskat eller inget behov av hemtjänst och därmed kan bo kvar hemma längre.

Arbetet har genomförts som en vetenskapligt kontrollerad studie.

Intensiv hemrehabilitering har visat sig ge stor effekt vad gäller äldres möjlighet att stärka och bibehålla sin självständighet. Inom målgruppen 65-79 år har behovet av hemtjänst minskat med 87 procent.

**Resultat:** Andel personer som avslutat hemtjänst inom ett år:

*Med IHR:* 57 procent, varav 20 procent har flyttat in i ett särskilt boende.

*Med ordinarie hemtjänst:* 39 procent, varav 40 procent har flyttat in i ett särskilt boende.

IHR kommer att utökas med ytterligare ett team under år 2020. Alla personer som ansöker om omvårdnadsinsatser inom hemtjänsten för första gången ska erbjudas intensiv hemrehabilitering.

### **Rehabteam i Östersund**

Lit är ett glesbygdsområde i Östersunds kommun med stora avstånd. Mycket tid tillbringas i bilen.

Arbetsgruppen består av 49 medarbetare varav 1 fysioterapeut, 1 arbetsterapeut och 3 distriktssköterskor. 80% av omvårdnadspersonalen är undersköterskor. Man har delat upp sig i mindre team för att uppnå kontinuitet och man har ett system med kontaktmannaskap. Personalen sitter tillsammans vilket underlättar samarbetet. Undersköterskor gör riskbedömningar i hemmet.

Tydlig mötesstruktur finns:

- Ärendemöte -varje vecka, gruppchefer leg personal och baspersonal.
- Stort ärendemöte och APT -var 6e vecka all baspersonal, leg personal och samtliga chefer.
- Kontaktmannaträffar - Varannan vecka, leg personal, kontaktpersonal och gruppchef.
- Teamträffar - varannan vecka, leg personal, gruppchefer och enhetschef
- Senioralert träffar - varannan vecka, leg personal, gruppchefer och enhetschef

Verksamheten har fina resultat i nationella brukarundersökningen.

### **Samskapande med ideella verksamheter**

#### **Seniorcenter i Lidköping**

SeniorCenter i Lidköping är en informations- och mötesplats dit alla seniorer i kommunen är välkomna. Där finns möjlighet till gemenskap och att delta i olika aktiviteter. Målet med verksamheten är att arbeta hälsofrämjande och förebyggande för seniorer i Lidköping.

Volontärsamordnare och anhörigsamordnare erbjuder tillsammans med civilsamhället ett brett utbud av aktiviteter. Några exempel: Promenader, balansträning, yoga, boule, minnesträning, studiecirklar, information om tandvårdsstöd, musikcafé, modevisning, våffelcafé, pubkväll och filmvisning.

## 7. Det finns mycket kvar att göra

Vårdens medarbetare har idag olika åsikter om när människor ska vårdas på sjukhus. Enligt regionen som ansvarar för sjukhusvården är det ”*behov av sjukhusets specifika medicinska kompetens och resurser*” som ska utgöra grund för inskrivning och vård på sjukhus. En annan uppfattning som förekommer bland personal är att ”*det är viktigt att patienterna är medicinskt färdigbehandlade och mobiliserade inför hemgång*”. Idag när många lever med en eller flera kroniska sjukdomar är det dags att fasa ut begreppet medicinskt färdigbehandlad när vård och omsorg kommer att behövas livet ut. Kortare perioder av behandling på sjukhus följs av fortsatt vård och omsorg i öppna former och i hemsjukvård.

Det är inte en självklarhet att nya arbetssätt som andra lyckats införa blir framgångsrika i ett annat sammanhang. För att vara säker behövs uppföljningar.

*En förändring innebär inte alltid en förbättring men en förbättring innebär alltid en förändring. – Paul Batalden*

När man frågar medarbetare om hinder och svårigheter inom hemsjukvården kommer det mera sällan upp frågor om bristande medicinsk kontroll och vård i livets slut. Digitalisering ses av många mer som ett hinder än en möjlighet.

Att göra rätt prioriteringar förutsätter bra underlag och analyser på systemnivå. Dagens möjlighet till uppföljning och jämförelser är inte optimal. Det finns behov av att identifiera indikatorer för att kunna arbeta mer målmedvetet.

I denna rapport har data från ett antal olika källor sammanställts. En stor variation mellan kommuner finns i resultat på många områden vilket talar för att det finns potential för att göra effektiviseringar i systemen. Vi kan också konstatera att det är en resa kvar innan de nya arbetssätten blivit vardag och det normala sättet att arbeta. Om införandet av nya rutiner och arbetssätt inte fullföljs finns risk att falla tillbaka i gamla rutiner.

*Om vi fortsätter göra som vi alltid har gjort kommer vi att få de resultat vi alltid har fått. - Henry Ford.*

I denna rapport har ett stort antal svårigheter för dagens vård och omsorg i hemmet beskrivits. Problemen är väl kända sedan länge. Det nya är att det pågår en mängd initiativ runt om i landet för att ställa om vård och omsorg så att tjänsterna bättre matchar mot patienternas/brukarnas behov. Nu finns erfarenheter som är värda att sprida i större skala kring hur nya sätt att arbeta kan leda till en effektivare vård.

Vi är på väg men det finns mycket kvar att göra. Arbetet fortsätter.



# 8. Referenser

## **Datakällor**

[Vården i siffror](#)

[Väntetider i Vården](#)

[Kolada](#)

[Senior alert](#)

[Svenska HALT, Folkhälsomyndigheten](#)

[Svenska Palliativregistret](#)

[Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?](#)

[Socialstyrelsen statistikdatabas](#)

[Befolkningsstatistik](#)

[Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård](#)

[Öppna jämförelser av kommunal hälso- och sjukvård](#)

## **Sveriges kommuner och regioner**

[Samverkan vid utskrivning från sjukhus](#)

[Från fattigvård till valfrihet](#)

[God och Nära vård – SKR](#)

[Personcentrerad vård](#)

[Patientkontrakt](#)

[Nationell kraftsamling för att minska fall hos äldre](#)

[Hälso-och sjukvårdsrapporten 2019](#)

[Nationella patientenkäten](#)

[Bättre liv för sköra äldre](#)

[Nationell stödfunktion för regioners system för kunskapsstyrning.](#)

[SBAR – Kommunera strukturerat i vården](#)

[Beteenden och behov hos personer med kontakt i vården](#)

[Proaktiv vård av sköra äldre](#)

## **Socialstyrelsen**

[Kommunalt finansierad hälso-och sjukvård \(Förstudie\)](#)

[Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2019](#)

[Jämlik hälsa, vård och omsorg](#)

[Äldreguiden](#)

[Agera för säker vård, Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024](#)

[Att förebygga och behandla undernäring](#)

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om förebyggande av och behandling vid undernäring](#)

[Fast vårdkontakt - När, var, hur?](#)

[Fallolyckor](#)

[Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan - Nationell vägledning](#)

[Individens behov i centrum, IBIC](#)

[Blåsdysfunktion hos äldre personer](#)

## **Regeringskansliet**

[Bättre samverkan och snabbare utskrivning från sjukhus](#)

[God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården](#)

[God och nära vård - Vård i samverkan](#)

[Lag \(2017:612\) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård](#)

[Socialtjänstlagen \(2001:453\) kap 2 § 7](#)

[Hälso-och sjukvårdslagen \(2017:30\) kap.16 § 4](#)

## **Myndigheten för Vårdanalys**

[På väg](#)

[Från mottagare till medskapare](#)

[Tre perspektiv på digitala vårdbesök](#)

[Implementering i vården och omsorgen](#)

[Samordnad vård och omsorg](#)

## **Kommuner och Regioner**

[Förebyggande team Töreboda](#)

[Mobila närvårdsteamet Jämtland/Härjedalen – MiNT](#)

[Vårdsamverkan Skaraborg](#)

[Förbättringskunskap](#)

[Esther SimLab](#)

[Esther nätverk](#)

[Hemsjukhuset Borgholm](#)

[15 år med Närvård i Sörmland](#)

[SeniorCenter – en plats för möten och gemenskap](#)

## **Rapporter och överenskommelser**

[Utvärdering av modellen för läkarstödet inom Skånes Hälso- och sjukvårdsavtal](#)

[Utvärdering av slutenvårdsplatser utanför sjukhus – Region Uppsala](#)

[Att samverka med närsjukvårdsteam - Slutrapport](#)

[Att omsätta IBIC från teori till praktik presenteras utvärderingens resultat.](#)

[Att samverka med närsjukvårdsteam – Kartläggning av frågeställningar och praktiska tillämpningar för att utveckla samverkan i Västra Götaland](#)

[Äldrecentrum - Att komma hem från sjukhus och få ett tryggt mottagande](#)

[I välfärdsproduktionens gränsland, Mats Tyrstrup](#)

[H70-studien vid Göteborgs universitet](#)

[Vem är den äldre?](#)

[Kunskapsguiden – För dej som arbetar med hälsa, vård och omsorg](#)

[Teamarbete & Förbättringskunskap två kärnkompetenser för god och säker vård](#)

## **Artiklar**

[Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology.](#)

[Exploring patient safety in Swedish specialised home healthcare: an interview study with multidisciplinary teams and clinical managers](#)

[Development of a trigger tool to identify adverse events and no-harm incidents that affect patients admitted to home healthcare](#)

[Best fit caring skills of an interprofessional team in short-term goal-directed reablement; older adults perceptions](#)

[Older adults' experiences of a reablement process. "To be treated like an adult, and ask for what I want and how I want it"](#)

[Working with short-term goal-directed reablement with older adults: Strengthened by a collaborative approach](#)

[COMPLEX ADAPTIVE SYSTEMS](#)

## **Läs mer**

[Nikola.nu](#)

[SveDem](#)

[BPSD](#)

[RiksSår](#)

[Samordnad individuell plan \(SIP\) - en utvärdering \(2017\)](#)

[Webbkollen](#)

Hemsjukvård - olika perspektiv på trygg och säker vård av Mirjam Ekstedt och Maria Flink.



# Vård och omsorg i hemmet 2019 – svårigheter och framgångsfaktorer

Denna rapport utgör en del av Sveriges Kommuner och Regioners arbete med att stödja utvecklingen av Nära vård. Cirka 600 medarbetare med olika professioner från hela landet har deltagit i workshops och dialogmöten under 2019 för att diskutera problem och framgångsfaktorer för vård och omsorg i hemmet. Deras erfarenheter tillsammans med fakta presenteras i denna rapport. Ansvariga för arbetet på SKR har varit Kristina Malmsten och Maj Rom.

Upplysningar om innehållet  
Kristina Malmsten, [Kristina.Malmsten@skr.se](mailto:Kristina.Malmsten@skr.se)  
Maj Rom, [Maj.Rom@skr.se](mailto:Maj.Rom@skr.se)

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020  
ISBN: 978-91-7585-830-2