

Konsekvensbeskrivning – Primärvårdens samverkande hälso- och sjukvård i hemmet

Medicinsk samverkan och läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

Nationella Primärvårdsrådet

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård**

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Datum	Version/beskrivning av förändring

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1. Om konsekvensbeskrivningen	4
2. Konsekvenser	5
2.1 Omfattning	5
2.2 Nyttan eller risker för person/patient	6
2.3 Etiska aspekter	6
2.4 Kostnadseffektivitet	7
2.5 Verksamhet och organisation	7
2.6 Kostnader	8
2.7 Kompetensförsörjning.....	8
2.8 Påverkan på andra kunskapsstöd.....	8
2.9 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården	9
2.10 Uppföljning.....	9
2.11 Övriga konsekvenser	9
Referenser	9

Sammanfattning

Pandemin synliggjorde brister avseende hälso- och sjukvård i hemmet. Dessa brister har sedan länge uppmärksammats i utredningar och av professionsföreträdare. Behovet av hälso- och sjukvård i hemmet förväntas öka under överskådlig tid, till exempel beräknas antal personer 80 år och äldre att öka med 50 % mellan 2020 och 2030. Det ställer stora krav på både kompetens och nya arbetssätt inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Åtta förbättringsområden identifierades 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.

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. Inga risker är identifierade för patienter. Patienter och närstående förväntas uppleva att de är mer delaktiga och trygga. Kunskapsstödet rekommendationer innebär ökad följsamhet till befintlig lagstiftning och eventuellt kommande äldreomsorgslag.

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, följa upp att den samverkande hälso- och sjukvård i hemmet fungerar enligt rekommendationerna. Samtliga rekommendationer, förutom gemensam dokumentation, är möjliga att genomföra i samverkan mellan verksamhetschefer med ansvar för samverkande hälso- och sjukvård i hemmet.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Nationella Primärvårdsrådet ansvarar för konsekvensbeskrivningens innehåll. Den nationella arbetsgruppen (NAG) för Medicinsk samverkan och läkarmedverkan har utarbetat konsekvensbeskrivningen som en del av arbetet med att ta fram kunskapsstödet. Arbetsgruppen bestod av företrädare med olika professioner och geografisk spridning från primärvård inom region och kommun, från specialiserad vård och seniorrepresentanter från pensionärsorganisationerna PRO och SPF. Den nationella stödfunktionen vid Sveriges kommuner och Regioner (SKR) har bistått med synpunkter. Konsekvensbeskrivningen är färdigställd under våren 2023.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

I Sverige beräknas 8 procent av befolkningen vara 80 år eller äldre år 2040, jämfört med 5 procent 2020. Ökningen beror dels på att dödligheten minskar, men också att personer födda på 1940-talet passerar 80 års ålder de närmaste åren¹. Med åldern blir det vanligare att man drabbats av en eller flera kroniska sjukdomar. Samsjuklighet hos äldre personer varierar från 55 till 98 %, sannolikheten ökar med stigande ålder. Vårdbehoven varierar, både hos olika personer men även hos enskilda personer kan behoven variera över tid. Det är vanligt förekommande att personer med kommunal hälso- och sjukvård har en eller flera kroniska sjukdomar samtidigt. Sjukdomsbilden är ofta komplex med livslånga tillstånd. Många behöver även vård i livets slutskede. Stora konsekvenser är funktionshinder och funktionsnedsättning, dålig livskvalitet och höga vård- och omsorgskostnader.

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 (1). 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(1).

Behovet av hälso- och sjukvård i hemmet förväntas öka under överskådlig tid, till exempel beräknas antal personer 80 år och äldre att öka med 50 % mellan 2020 och 2030. Den kommunala hemsjukvården omfattar allt fler personer med komplexa vårdbehov och alltmer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser(1). Det ställer stora krav på både kompetens och nya arbetssätt inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst(2, 3). Under flera år har utredningar visat på behov av förbättrad samordning mellan insatser och aktörer (4-6).

2.1.2 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 hälso- och 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. Rekommendationerna är dock användbara även

¹ [Statistiska centralbyrån, Sveriges framtida befolkning 2022-2070](#)

vid vård i hemmet av dessa målgrupper. Kunskapsstödet omfattar inte de insatser i hemmet som är specialistvårdens ansvar, till exempel specialiserad palliativ vård. Dessa samverkansområden kan behöva ta fram separata kunskapsstöd.

2.2 Nyttan eller risker för person/patient

Insatserna i kunskapsstödet bidrar till att personer kommer att få personcentrerad, teambaserad och tillgänglig vård och omsorg med hög relationskontinuitet vilket ökar kvaliteten och säkerheten i vården. En av målsättningarna är att person och anhöriga ska uppleva att de är mer delaktiga och trygga i mötet med vård och omsorg.

Det bedöms inte finnas några risker för personer/patienter om man tillämpar de arbetssätt som rekommenderas i kunskapsstödet. Det finns dock risker för otillräcklig kvalitet och säkerhet, för personer med Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet som kunskapsstödet inte kan påverka. Till exempel att dokumentationssystemen även fortsättningsvis inte görs tillgängliga för de olika vårdgivarnas medarbetare, att regionerna respektive kommunerna, på grund av personalbrist, inte kan tillgodose behovet av fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, teambaserade arbetssätt och kontinuitet.

Det saknas systematiskt framtagna kunskapsunderlag för området Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet/samverkande hemsjukvård(7). Många organisationsförändringar har under de senaste decennierna genomförts 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(7).

Det finns evidens för de identifierade områdena som omfattas. Rekommendationerna i kunskapsstödet bygger på lagstiftning, statliga och andra satsningar, rapporter och utredningar samt väl beprövad erfarenhet. Om ny systematiskt framtagna kunskap blir tillgänglig kan kunskapsstödet komma att behöva revideras.

Personens delaktighet förväntas öka genom att personcentrerat förhållningssätt används vid Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet. Samordnad individuell plan (SIP) och Patientkontrakt bidrar till ökad delaktighet.

2.3 Etiska aspekter

Autonomi och integritet kommer att öka om kunskapsstödet rekommendationer om arbetssätt tillämpas. Erfarenheten från olika verksamheter är att personcentrerat, teambaserat arbetssätt med hög relationskontinuitet är effektivt och införandet av rekommendationerna i kunskapsstödet kommer därmed inte att skapa några undanträngningseffekter för andra patientgrupper.

Förbättrad samverkande hälso- och sjukvård i hemmet är till för personer med stora vårdbehov. Människovärdesprincipen tillämpas i kunskapsstöden, liksom behovs- och solidaritetsprincipen som föreskriver att vårdens resurser ska satsas på de patienter som har störst behov. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom Patientkontrakt, en överenskommelse som vården och patienten utformar tillsammans, och de individuella planer som är en del av kunskapsstödet. Delaktigheten blir tydlig, konkret och genomgående i vårdprocessen.

2.4 Kostnadseffektivitet

De förändrade arbetssätten som rekommenderas i kunskapsstödet är kostnadseffektiva och flera utredningar har under åren pekat på att målgruppen med komplexa eller sammansatta behov konsumerar vård baserat på hur nuvarande system är utformat(6, 8). Att arbeta mer proaktivt och förebygga att vissa situationer uppstår minskar behov av akuta insatser och undvikbara sjukhusvistelser(9).

Syftet med kunskapsstödet är att förbättra jämlikheten så att det är personens behov som styr tillgång till hälso- och sjukvård i hemmet oavsett kön, ålder, geografi, funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet, födelseland, religion, sexuell läggning eller könsöverskridande identitet eller uttryck.

Kunskapsstödet omfattar vuxna personer i behov av samverkande hälso- och sjukvård i hemmet oavsett om man bor i ordinärt eller särskilt boende och oavsett vilken huvudman som ansvarar för vården i hemmet. Rekommendationerna i kunskapsstödet är användbara avsett på vilken nivå man skatteväxlat ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet. Regionernas och kommunernas vård av barn och unga i hemmet ingår inte heller i kunskapsstödet utan kan behöva särskilt kunskapsstöd.

Arbetssätten som rekommenderas bedöms inte bidra till onödig eller omotiverad vård utan i stället minska onödiga undersökningar, behandlingar och slutenvård.

2.5 Verksamhet och organisation

Primärvårdens (regionens och kommunens) uppdrag har vuxit i takt med att allt mer vård kan utföras utanför en vårdinrättning. Den pågående omställningen till en nära vård kräver nya, personcentrerade och proaktiva arbetssätt. Läkarinsatser för patienter med behov av hälso- och sjukvård i hemmet ingår sedan länge i uppdraget för regionernas primärvård och innebär därmed inte behov av övergripande verksamhetsförändringar och organisatoriska förändringar. Följsamhet till kunskapsstödet kan innebära verksamhetsförändringar på den enskilda hälso-/vårdcentralen, eftersom införande av nya arbetssätt kan medföra behov av prioritering/omfördelning av resurser internt. Organiseringen behöver säkerställa arbetssätt som stärker relationskontinuiteten mellan läkare och patient. Det kan också behövas ökad satsning på lokal vårdssamverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård för att införa nya arbetssätt.

Införande av kunskapsstödet innebär inte koncentration eller decentralisering av verksamhet.

Digitalisering kommer att vara ett viktigt verktyg för samverkande hälso- och sjukvård i hemmet men omfattas inte av kunskapsstödet.

Nuvarande vårdpraxis innebär att Hälso- och sjukvårdslagens paragrafer om samverkan och att hälso- och sjukvårdsavtal bara delvis efterlevs. Kunskapsstödet rekommendationer innebär ökad följsamhet till lagstiftning och avtalsintentioner.

2.6 Kostnader

Den demografiska utvecklingen medför att de totala kostnaderna för vård och omsorg av målgruppen kommer att öka(6, 8). Den ökningen förväntas bli större om nuvarande arbetssätt bibehålls än om rekommendationer i kunskapsstödet implementeras.

Det har inte funnits möjlighet att göra en omfattande analys av kostnader kopplat till följsamhet till rekommendationerna i detta kunskapsstöd, men bristande samverkan ökar kostnaderna för hälso- och sjukvård(7, 10, 11). Kostnaderna bedöms kunna öka initialt, under en övergångsperiod, för utbildning i nya arbetssätt och under första fasen av tillämpning av rekommendationerna. Kostnaderna bedöms sedan, efter en övergångsperiod, minska per patient med samverkande hälso- och sjukvård eftersom arbetssätten är effektivare.

Utbildning kan behövas inom vård av äldre, teambaserade arbetssätt, palliativ vård och digitala verktyg. Ökade övergångskostnader kan hanteras med befintliga satsningar på nära vård och på äldreomsorg.

I nuläget bedöms tillgång personalresurser som den största risken för genomförandet av nya arbetssätt och inte kostnader(10).

2.7 Kompetensförsörjning

Det kommer att behövas kompetens inom teambaserade arbetssätt, vård av äldre, palliativ vård och digitala verktyg för befintlig personal och kontinuerligt för nyrekryterad personal. Verksamheterna kommer inte behöva anställa personer med nya kompetenser för dessa uppdrag men kanske för att utföra andra uppdrag och därmed skapa möjlighet för denna målgrupp att få utrymme.

2.8 Påverkan på andra kunskapsstöd

Kunskapsstödet överlappar något med Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för Palliativ vård, och rekommendationerna är likvärdiga. Det kommer med stor sannolikhet finnas överlappning med kommande kunskapsstöd om Sköra äldre. Socialstyrelsens kunskapsstöd Hälso- och sjukvård i hemmet – personcentrerad vård och rehabilitering (12) syftar till att inspirera i omställningen till en nära vård ger exempel på arbetssätt och modeller som kan bidra till ett bra omhändertagande av de patienter som får hälso- och sjukvård i hemmet och samspelar med detta kunskapsstöd, men innehåller inga rekommendationer.

2.9 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet är en viktig del av omställningen till Nära vård. Kunskapsstödet arbetssätt innebär att personer med samverkande hälso- och sjukvård ska kunna få god tillgång till teambaserad god vård i hemmet med hög kvalitet i den nära vården i stället för att upprepade slutenvårdstillfällen och osammanhängande vård.

2.10 Uppföljning

För närvarande saknas i de flesta dokumentationssystem i primärvården tillförlitlig systematisk kodning av personer med samverkande hälso- och sjukvård i hemmet vilket innebär svårigheter att följa upp målgruppen annat än på lokal nivå. De indikatorer som Socialstyrelsen har föreslagit för uppföljning av Nära vård är inte användbara för uppföljning av följsamhet till kunskapsstödet, eftersom dessa indikatorer är avsedda för uppföljning av hela befolkningen.

Primärvårdskvalitet har lämpliga indikatorer för uppföljning av följsamhet till kunskapsstödet, men så länge inte särskild kodning finns i dokumentationssystemet som kan särskilja målgruppen är inte Primärvårdskvalitet användbar.

Socialstyrelsen har också tagit fram indikatorer för uppföljning av äldreomsorg som används för uppföljning för personer i särskilt boende. Patienter med hälso- och sjukvård i ordinärt boende ingår inte i Socialstyrelsens nuvarande uppföljning av äldreomsorg. Det innebär att enbart delar av målgruppen för kunskapsstödet ingår i Socialstyrelsens uppföljning.

I nuläget finns således inga möjligheter till systematisk uppföljning av följsamhet till kunskapsstödet på nationell nivå för hela målgruppen. På regional nivå kan det vara möjligt med uppföljning. En förutsättning är att regionen har ett dokumentationssystem där primärvården med tillförlitlighet genomför kodning av målgruppen.

2.11 Övriga konsekvenser

Kunskapsstödet rekommendationer bör tas med i utvecklingen av IT-stöd och nya vårdinformationssystem.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre Lägesrapport 2021 Stockholm: Socialstyrelsen; 2021 [cited 2023 30 mars]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7249.pdf>.
2. Socialstyrelsen. Meddelandeblad nr 9/2020 Kommunal Hälso- och sjukvård. Stockholm2020.
3. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre Lägesrapport 2022, Socialstyrelsen; 2022.
4. Nergårdh A, Andersson L, Eriksson J, Lundberg M, Nordström K, Lindevall M. God och nära vård—En primärvårdsreform. Stockholm, Sweden: Socialdepartementet2018.
5. Gurner U. Dirigent saknas i vård och omsorg: Natur & Kultur; 2010.

6. Stiernstedt G, Zetterberg D, Ingmanson A. Effektiv vård. Statens Offentliga Utredningar. Stockholm 2016.
7. Paula Blomqvist UW. Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning Stockholm: SNS; 2023 [cited 2023 2 maj]. Available from: <https://sns.se/cdn.triggerfish.cloud/uploads/2023/04/samverkan-kring-multisjuka-aldre--lardomar-fran-praktik-och-forskning.pdf>.
8. Nergårdh A. God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) Stockholm: Socialdepartementet; 2020 [cited 2022 6 december]. Available from: http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2017/08/SOU_2020_19_webb.pdf.
9. 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.
10. Vård och omsorgsanalys. Ordnat för omställning? (Rapport 2023:2) Stockholm: Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2023 [cited 2023 28 januari]. Available from: <https://www.vardanalys.se/rapporter/ordnat-for-omstallning/>.
11. Norén D. Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård – från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet. Sveriges Kommuner och Regioner SKR; 2020.
12. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård i hemmet Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering Stockholm: Socialstyrelsen; 2023 [cited 2023 20 april]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-3-8458.pdf>.