



Kommunförbundet Skåne



Vård utanför sjukhus ur ett individperspektiv inom ramen för Hälsa- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och de skånska kommunerna

April 2019

Eva Thoren Todoulos, Region Skåne

Lars Stavenow, Region Skåne

Pia Nilsson, Kommunförbundet Skåne

Stefan Segerman, Kommunförbundet Skåne



Innehåll

1. Bakgrund
2. Metod
3. Individaspekter
4. Patientsäkerhetsaspekter
5. Vårdhygieniska aspekter
6. Arbetsmiljöaspekter
7. Kompetensaspekter
8. Kompetensbehov i relation till hälso- och sjukvårdsavtalets målgrupper
9. Team
10. Läkemedelshantering inom ramen för hälso- och sjukvårdsavtalet
11. Workshops
12. Omvärldsbevakning
13. Diskussion
14. Förslag

1. Bakgrund

Mycket vård bedrivs utanför sjukhus, allt ifrån enklare insatser till relativt avancerad sjukvård som kräver teknisk utrustning och anpassning av boendemiljön som vårdmiljö. Trots det är forskningen på området relativt begränsad och den forskning som finns består ofta av små studier vars resultat inte är generaliserbara. De regelverk som styr vården är ofta framtagna med ett rent öppenvårds- eller slutenvårdsperspektiv och tolknings- och anpassningssituationer uppstår när vården flyttas från den ursprungligen tänkta inramningen. Vårdutvecklingen och inte minst patienternas förväntningar är dynamisk medan regler och definitioner är mer statiska och inte alltid hänger med i den snabba utvecklingen. Detta kan "drabba" patienterna på så sätt att insatser som med god patientsäkerhet skulle kunna utföras utanför sjukhus ändå hänvisas till sjukhusmiljö eftersom de inte passar in i "ramarna".

Uppdraget för denna utredning var att belysa hinder och möjligheter ur ett individperspektiv samt att visa på alternativ för hur hindren kan undanröjas och vilka åtgärder det skulle kräva. Utredningen inriktar sig på hinder för medicinska åtgärder (oavsett om dessa avser den rent medicinska insatsen eller annat). Frågor runt rehabilitering och hjälpmedel är naturligtvis av mycket stor betydelse men de hanteras i en särskild utredning och beaktas därför inte här. En ytterligare begränsning är att utredningen inriktar sig på hälso- och sjukvårdsavtalets målgrupper och inte alla patienter som i någon form vårdas utanför sjukhus.

2. Metod

Vård utanför sjukhuset är ett mycket vitt begrepp även med beaktande av hälso-och sjukvårdsavtalet som ram. I utredningen har vi utgått ifrån den vård som ur ett individperspektiv inte kräver sjukhusets resurser. Detta är också Socialstyrelsens definition av primärvård. Definitionen säger ingenting om vilka medicinska specialiteter som finns företrädda i primärvården, däremot inkluderar den hela den kommunala hälso- och sjukvården. Vad som läggs i begreppet skiljer för övrigt mycket mellan regioner och hela primärvårdsbegreppet är föremål för översyn i flera nationella utredningar.

Vi har i vårt arbete försökt förhålla oss till vad som kan vara av betydelse i det individuella fallet, dvs. vilka faktorer kan påverka beslut om att ge en viss sjukvårdande insats i hemmet eller inom sjukhusvården. Vi har försökt belysa olika perspektiv – patientens samt möjliga insatser från olika professionella aktörer. Vi har sökt information i litteraturen, i uppdragsbeskrivningar, i lagar och föreskrifter från myndigheter, i vårdprogram och riktlinjer samt slutligen från referensgrupper. Referensgrupper bestående av AKO-koordinatorer (allmänmedicinska konsulter), specialister från sjukhusassocierade team samt MAS/MAR-rådet (medicinskt ansvarig sjuksköterska respektive rehab) har diskuterat utifrån en patientberättelse, *Greta*, en 85-90 årig dam med flera kroniska diagnoser som drabbas av olika akuta försämringar. Varje ny situation har diskuterats utifrån att Greta uttryckt att hon vill få sin vård där hon befinner sig (ordinärt eller särskilt boende) under förutsättning att god och säker vård kan erbjudas. Mot bakgrund av denna uttalade vilja har de olika grupperna tagit ställning till vad som krävs för att erbjuda erforderlig vård. Vi har också träffat företrädare för Vårdhygien Skåne och för Strama Skåne

I den avslutande diskussionen analyserar vi vad som skulle krävas för att erbjuda det Greta efterfrågar - god och säker vård där hon bor - samt några tankar om hur man skulle kunna nå dit.

3. Individperspektivet

Var patienten ska vårdas avgörs i det svenska sjukvårdssystemet inte av den enskilda individen, man kan t.ex. inte själv bestämma att man vill kvarstanna på sjukhuset eller att man vill flytta in på ett vård- och omsorgsboende. Vilken kommunala insatser som erbjuds styrs av den enskildes behov och prövas enligt SoL (Socialtjänstlagen) av en biståndshandläggare. Så långt möjligt tas ändå stor hänsyn till patientens önskemål och vården ska vara personcentrerad dvs. utgå ifrån den enskilda individens önskingar och mål. Dessa önskingar och mål skiljer sig givetvis mellan individer. Dock ska betonas att kunskaperna när det gäller vad som bidrar till patientnöjdhet är ytterst begränsade trots att det finns väldigt många studier som försökt närma sig ämnet. Studierna är delvis motsägelsefulla och svårtolkade. En anledning är den rent metodologiska: det finns inget standardiserat, överenskommet sätt att mäta patientnöjdhet. En annan är att patientnöjdhet är en multidimensionell och komplex fråga där väldigt många olika faktorer spelar in. Trots dessa begränsningar finns det på ett övergripande plan beskrivet ett antal faktorer som i stora grupper påverkar upplevelsen av vården positivt.

När det gäller hemsjukvård så är det framför allt studerat inom palliativ vård och den avancerade sjukvården i hemmet (ASIH, LAH, PAH). Kanske beror det på att det i första hand var den patientgruppen som från 80-talet och framåt i allt större utsträckning "flyttade ut" från sjukhusen. Patienterna i denna grupp är genomgående yngre än primärvårdens hemsjukvårdspatienter ("basal hemsjukvård") och har i lägre omfattning kommunala insatser enl. SoL i alla fall i början av vårdförloppet. Flera systematiska litteraturgenomgångar och enskilda studier visar att den starkaste prediktiva faktorn för att patienten ska förbli hemma till livets slut är en *uttrycklig önskan att det ska bli så*.

Förutsättningen är naturligtvis tillgång till palliativ hemsjukvård men även med god tillgång till palliativ hemsjukvård väljer en del patienter hospice om så är möjligt.

För personer med åldersrelaterad multisjuklighet finns i allmänhet inte den valmöjligheten. Det är därför delvis andra faktorer som avgör om personen känner sig nöjd och trygg med att få sjukvården i sitt hem. Även för närstående är situationen annorlunda. Dels är de i allmänhet äldre, kanske har egen sjuklighet och tidshorizonten är mer osäker än inom palliativ vård. Det finns få svenska vetenskapliga studier som beskriver patienters och närståendes upplevelse av hemsjukvård och vilka faktorer som har störst betydelse för upplevd trygghet och nöjdhet. Däremot finns det många enklare undersökningar av typen "är du nöjd med den vård du får"; "skulle du föredra sjukhusvård framför hemsjukvård vid försämring" med ja/nej svar. I dessa undersökningar är patienterna till övervägande delen positiva till den vård de får men det är svårt att utläsa vad som är avgörande trygghetsfaktorer. Ibland är det svårt att särskilja nöjdhet med omsorgen, dvs. insatser enligt SoL, och med sjukvårdande insatser. Den nationella patientenkäten som genomförs inom primärvården liksom den nationella brukarundersökningen i kommunerna särskiljer inte specifikt hemsjukvården och ger därför inget underlag i detta avseende.

Det finns några större metastudier som jämför "ordinarie vård" med "intervention av speciella hemsjukvårdsteam". Där finns en ansats att ringa in det som upplevs som värdeskapande med respektive vårdform. Studierna måste dock ses mot bakgrund av den

specifika kulturella kontexten och slutsatserna kan inte utan vidare appliceras på svenska förhållanden.

Den enskilt viktigaste faktor som studierna pekar på är *patientens delaktighet i den egna vården* både då det gäller nöjdhet, trygghet och undvikbar slutenvård. Andra viktiga faktorer är *tillgänglighet, kontinuitet och tillit till vårdgivarnas kompetens* i den aktuella situationen.

Viktiga individfaktorer:

- *Personens egen önskan om att vårdas hemma*
- *Delaktighet i beslut om vården*
- *Kontinuitet*
- *Tillgänglighet*
- *Tillit till vårdpersonalens kompetens*

4. Patientsäkerhetsaspekter

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. Vårdgivarna ska alltid planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls (Patientsäkerhetslag, 2010:659).

Inom hälso- och sjukvården ska det finnas en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten. Det innebär bland annat att hen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Inom den kommunala hälso- och sjukvården ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. Bestämmelserna om vad en MAS ansvarar för har i och med den nya HSL (Hälso- och sjukvårdslagen) flyttats till hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Där framgår bland annat att en MAS ansvarar för att:

- patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde
- patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om
- journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355)
- beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten
- det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för
 - läkemedelshantering
 - rapportering enligt 6 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
 - att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det

Detsamma gäller i tillämplig omfattning sådana fysioterapeuter och arbetsterapeuter som arbetar i ett verksamhetsområde som i huvudsak omfattar rehabilitering, dvs. MAR fullgör då de uppgifter som i annat fall åligger MAS.

Vård i hemmet ska utföras med samma krav på kvalitet och säkerhet som den som ges på sjukhus. Patientens egen vilja ska som alltid ges stor tyngd. Utgångspunkten är att gällande medicinska riktlinjer, vårdprogram, Stramarekommendationer m.m. ska följas. Den speciella situationen i hemsjukvården och framför allt komplexiteten hos patientgruppen kan dock i vissa fall motivera att avsteg från riktlinjerna behöver göras för att lösa ett problem på ett individanpassat och pragmatiskt sätt. Sådana avsteg måste självfallet också vara förenliga med en god och säker vård och förutsättning är att de föregås av analys och att det sker en

tydlig motivering som också dokumenteras. Den främsta anledningen till att det ibland kan behövas avsteg är att diagnosspecifika vårdprogram sällan är anpassade till multisjuklighet och skörhet. Det kan krävas en betydande individualisering för att undvika problem med överutredning, överbehandling, polyfarmaci eller olämplig dosering.

5. Vårdhygieniska aspekter

Synpunkter har inhämtats vid möte med Vårdhygien Skåne samt genom olika föreskrifter och dokument.

Allt fler patienter med omfattande vårdbehov vårdas i det egna hemmet (som även kan utgöras av ett SÄBO). De vårdhygieniska föreskrifterna skiljer sig i princip inte mellan sjukhusvård och vård utanför sjukhuset utan basala hygienrutiner ska tillämpas i allt vårdarbete. Ur vårdhygienisk synpunkt utgör vård i det egna hemmet inte heller en större utmaning än inom sjukhusvården. Tvärtom kan viss smittspridning minska vid vård i hemmet men det krävs goda kunskaper om hygieniska förhållnings- och arbetsätt.

Utbildningsmaterial för att stärka nödvändiga hygienrutiner i den kommunala verksamheten har tagits fram av Vårdhygien Skåne. Allt material finns webbaserat tillgängligt för båda parter. Därtill genomförs kontinuerliga besök i kommunerna för att hjälpa dessa i deras hygienarbete, en sorts riskbedömning med åtgärdsförslag.

Vårdhygien Skåne betonar vikten av att all personal följer de basala hygienrutinerna. Detta gäller alltså inte bara det arbete som utförs av legitimerad personal utan i lika hög grad rent omsorgsarbete som hjälp med personlig hygien, dusch etc.

Identifierade riskområden:

- *Kommunala korttidsenheter där många personer delar på utrymmen och det inte alltid finns tillgång till enskilda toaletter*
- *Personals egen hälsa och följsamhet till de basala hygienrutinerna*
- *Hygienrutiner utifrån föreskriften SOSFS 2015:19 uppfattas gälla endast hälso- och sjukvårdsinsatser och tillämpas inte fullt ut vid omvårdnads- och omsorgsinsatser.*
- *Förråds- och materialhantering samt förflyttning av detta mellan förråd och patienternas bostäder*

6. Arbetsmiljöaspekter

Arbetsmiljöverkets (AV) författningssamling utgör grunden för granskningar som syftar till att finna faktorer som kan ha betydelse för vård som utförs i den enskildes bostad. Lagar och föreskrifter i detta sammanhang har tydligt fokus på arbetstagarens arbetsmiljö men vid brister i följsamheten till dessa kan det också uppstå patientsäkerhetsrisker ur ett hälso- och sjukvårdslagsperspektiv. Följsamhet till basal vårdhygien är ett sådant område.

Då arbetstagare från olika huvudmän gemensamt genomför vårdinsatser och "sammanstrålar under samma tak" har respektive huvudman ansvar för sin del i arbetsmiljön. I vissa specifika situationer när den ena huvudmannen har "huvudansvaret" (står för lokaler, bilar, utrustning, arbetskläder, material etc.) och den andra huvudmannen endast har personell medverkan kan arbetsmiljöansvaret regleras på samma sätt som t.ex.

på en byggarbetsplats med flera olika entreprenörer. Detta ska då tydliggöras i överenskommelser.

De generella bestämmelser som hänför sig till "arbete i någon annans hem" gäller naturligtvis också för hemsjukvård. Arbetsmiljöverkets broschyr *Omvårdnadsarbete i boendemiljö* kan härvidlag utgöra en bra "checklista".

Exempel på faktorer som finns reglerade i Arbetsmiljöverkets bestämmelser om att "arbeta i någon annans hem":

- *förflyttningen (bil, cykel, gång)*
- *ensamarbete*
- *riskbedömning av hot och våld*
- *ergonomiska aspekter*
- *smittorisk och vårdhygieniska aspekter*

7. Läkare- och sjuksköterskekompetens i hemsjukvården

Läkarkompetens

Det är inte tydligt definierat i hälso- och sjukvårdsavtalet vilken läkarkompetens som ska tillhandahållas av Region Skåne: "Läkarinsatserna ska ha sådan omfattning och kompetens att den enskilde ska kunna vårdas med sådana medicinska behov som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Läkartiden ska anpassas efter den enskildes behov och insatserna kan därmed variera över tid om behoven förändras."

För att fullt ut kunna uppfylla alla intentioner i hälso- och sjukvårdsavtalet kommer det att krävas ett utvidgat utbud av kompetenser utöver specialister i allmänmedicin". *Parternas utvecklingsåtagande (se avsnitt 2 i Del B "Utvecklingsplan")*, innebär att en ny vårdform med teambaserat arbetssätt kommer att införas för de grupper som har ett mer kontinuerligt behov av ett anpassat och fast organiserat vård- och omsorgsomhändertagande samt de mest sjuka som tillfälligt sviktat och är i behov av temporära insatser. För de personer som omfattas av denna vårdform frångås tröskelprincipen* efter inskrivning i vårdformen. För de tidvis sviktande personer som blir föremål för tillfälliga insatser frångås tröskelprincipen tillfälligt efter överenskommelse i det enskilda fallet". Det finns ingen mer ingående diskussion om vilka kompetenser, erfarenheter och vårdprocesser detta kräver.

På flera ställen i avtalet framhålls att läkarmedverkan ska utgå från primärvårdsbegreppet. Som vi inledningsvis betonade har primärvård ingen annan vedertagen definition än "den sjukvård som inte kräver sjukhusets resurser och kompetens". I Region Skånes uppdrag till vårdcentralerna framgår det att läkarens insatser ska utgå ifrån specialistkunskap inom allmänmedicin: "Leverantören ansvarar för att ha ett tillräckligt antal fast anställda specialister i allmänmedicin och övrig personal. Gällande läkarkompetens ska Vårdcentralen i huvudsak bemannas med specialister i allmänmedicin."

*Tröskelprincipen innebär att om patienten själv, eller med hjälp av assistans/ledsagare kan ta sig till av regionen finansierad primärvård har Regionen vårdansvaret.

Den specialistkunskap på läkarsidan som i första hand är aktuell är alltså den i allmänmedicin.

Sedan 2015 finns en ny indelning av medicinska specialiteter. Detta innebär att specialiteterna har beskrivna kompetensmål som svarar mot det som är karaktäristiskt för den enskilda specialiteten.

*Kompetensbeskrivning för **Allmänmedicin***

Specialiteten allmänmedicin karaktäriseras av

- *mötet med patienten*
- *kompetens i bedömning och behandling av patienter i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem, inklusive upplevelser och besvär som inte är orsakade av någon definierbar sjukdom, och*
- *arbete som vanligen utförs på en vårdenhets med mottagningsverksamhet inom primärvården*

I kompetensen ingår att kunna följa en individs olika hälsoproblem över tid och i bedömningen av hälsoproblemen väga in personens hela livssituation.

Inte sällan behöver denna specialistkunskap kompletteras med specialistkunskaper inom internmedicin och geriatrik när patienten ska vårdas utanför sjukhuset för tillstånd som tidigare krävde sjukhusvård. Ur uppdraget till sjukhusförvaltningarna framgår även att sjukhusen ska vara involverade i läkarförsörjningen inom hälso- och sjukvårdsavtalet. "Sjukhusläkare ska fungera som kompetensstöd och delta i bemanningen av den mobila verksamheten. Vid behov av inskrivning på sjukhus ska sköra och multisyka äldre i ökad omfattning få vård direkt på avdelning med särskilda resurser för detta." . Detta kan tolkas som att sjukhusläkarna ska utgöra ett kvalitativt tillskott snarare än ett kvantitativt. Man kan tolka det som att sjukhusläkarna ska tillföra det som behövs för den del av vården som tidigare skedde på sjukhus men som, med hänsyn till den medicinska utvecklingen, inte längre behöver sjukhusets resurser.

I den senaste specialistutbildningen inryms den kompetens som efterfrågas (internmedicin och geriatrik) i *Invärtesmedicinska specialiteter*.

Invärtesmedicinska specialiteter

De invärtesmedicinska specialiteterna är många men de har en gemensam kunskapsbas som ska garantera en viss bredd och generalistkunnande.

Bland specialiteterna finns **Internmedicin** med kompetensbeskrivning enligt nedan:

Specialiteten internmedicin karaktäriseras av

- *ett fokus på systemsjukdomar och sjukdomar i inre organ, det vill säga sjukdomstillstånd som oftast behandlas med icke-invasiva eller minimalinvasiva metoder, främst läkemedel, och*
- *att diagnostiken i hög grad baseras på en analys av patientens sjukdomshistoria och en fysikalisk undersökning med stöd av bild och funktionsmedicinska, klinisk-fysiologiska, endoskopiska och klinisk-kemiska undersökningsresultat.*
- *Patientgrupperna omfattar alla åldrar från de övre tonåren men med tyngdpunkt på äldre individer.*

Till gruppen invärtesmedicinska specialiteter som delar gemensam kunskapsbas hör även

Geriatrisk med kompetensbeskrivning enl. nedan:

- *kompetens inom utredning, diagnostisering, behandling och uppföljning av akuta och kroniska sjukdomar hos äldre,*
- *kunskaper om det normala åldrandet och dess konsekvenser för en*
- *persons funktionsförmåga och sårbarhet,*
- *förmågan att beakta flera samtidiga sjukdomar och funktionsnedsättningar samt att värdera behandlingsvinsten ur ett individuellt perspektiv,*
- *ett fokus på patientens hela situation: den medicinska, funktionella,*
- *psykologiska och sociala, och*
- *ett tvärprofessionellt förhållningssätt där det krävs samordning av insatser mellan olika vårdformer och huvudmän*
- *geriatrisk sjukvård syftar till att minimera de begränsningar i aktivitetsförmåga som uppkommer till följd av sjukdom och åldrande*
- *centralt för kompetensområdet är teamarbete och samordning av insatser mellan olika yrkesgrupper för att tillgodose den åldrande patientens komplexa behov*

Läkarkompetens enligt hälso- och sjukvårdsavtalet behövs framför allt från specialiteterna

- *Allmänmedicin*
- *Internmedicin*
- *Geriatrisk*

Sjuksköterskekompetens

Sjuksköterskan har det övergripande ansvaret för omvårdnadsarbetet och bedömer, genomför och utvärderar patientens vård i samarbete med övriga vårdprofessioner. Att utföra medicinska ordinationer, behandlingar och undersökningar är en del av arbetet. Sjuksköterskan har ett stort planeringsansvar och är i sak medicinsk arbetsledare. Terminologin när det gäller omsorg och omvårdnad skiljer sig i viss mån mellan region och kommun. I kommunen definierar man sjuksköterskan som *medicinskt ansvarig* medan man i regionen talar om *omvårdnadsansvarig*. I kommunen är det alltså icke -legitimerad personal som svarar för både omvårdnad och omsorg. Det finns ingen skarp definition av begreppen omsorg respektive omvårdnad. I Socialstyrelsens termbank finns begreppet Vård och omsorg med som en rekommenderad definition: *åtgärder och insatser till enskilda personer gällande socialtjänst, stöd och service till funktionshindrade samt hälso- och sjukvård enligt gällande lagar*. Definition av ordet omvårdnad saknas.

Den grundutbildade sjuksköterskan ska enligt Högskoleförordningen bl.a. behärska följande:

- *visa förmåga att självständigt och i samverkan med patienten och närstående identifiera vårdbehov, upprätta omvårdnadsplan samt ge vård och behandling*
- *visa förmåga att hantera* läkemedel på ett adekvat sätt samt kunna informera patienten om läkemedlens effekter och biverkningar,*

- visa förmåga att identifiera behov av och genomföra hälsofrämjande och förebyggande arbete, - visa förmåga att initiera metodförbättring och kvalitetssäkring,
- visa förmåga att tillämpa sitt kunnande för att hantera olika situationer, företeelser och frågeställningar utifrån individens och grupperns behov,
- visa förmåga till lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper, och
- visa förmåga att kritiskt granska, bedöma och använda relevant information samt att diskutera nya fakta, företeelser och frågeställningar med olika målgrupper och därmed bidra till utveckling av yrket och verksamheten.

*Med *hantera läkemedel* avses i detta sammanhang att färdigställa, administrera och bedöma eventuella akuta biverkningar av ett läkemedel.

Specialister i den kommunala hälso- och sjukvården

Något lagstadgat krav på specialistutbildning för sjuksköterska inom kommunal vård finns inte. Inte heller hälso- och sjukvårdsavtalet stipulerar några specifika krav på sjuksköterskans utbildning utöver sjuksköterskeexamen. Enskilda kommuner kan ändå sätta upp sådana krav. Det finns i dagsläget 11 specialistutbildningar för sjuksköterskor men specialistutbildningen är föremål för utredning. De som oftast är aktuella inom kommunal vård är:

Distriktssköterska som har fördjupad kunskap inom omvårdnad och folkhälsa med inriktning mot vuxna och äldre inom öppen hälso- och sjukvård samt farmakologi och sjukdomslära med efterföljande förskrivningsrätt av vissa läkemedel. Fokus läggs också vid vårdvetenskaplig teori och metod samt barnhälsovård och elevhälsa.

Äldresjuksköterskan har fördjupade kunskaper i att aktivt och självständigt arbeta och leda utvecklingen av omvårdnaden och därmed höja vårdkvaliteten för de äldre. I utbildningen ingår fördjupade teoretiska och kliniska kunskaper om hälsofrämjande omvårdnad med inriktning mot äldre.

Psykiatrisjuksköterska anställs antingen med konsultativ eller klinisk inriktning.

Andra kompetenser som ofta efterfrågas är fördjupade kunskaper inom **demenssjukvård** och **palliativ vård**.

8. Kompetensbehov utifrån målgrupperna i hälso- och sjukvårdsavtalet

I hälso- och sjukvårdsavtalet beskrivs tre olika målgrupper:

Grupp 1: De mest sjuka med ett omfattande och långvarigt vårdbehov

Denna grupp består av de mest sjuka med behov av kommunal hemsjukvård som har ett omfattande, kontinuerligt och långvarigt vårdbehov.

Grupp 2: Tidvis sviktande med behov av tät samverkan och planerade insatser

Målgruppen är personer som har kommunal insats enligt Hälso- och sjukvårdslagen och tillfälligt sviktar. Denna grupp omfattar personer som har kommunal hemsjukvård och under längre perioder kan klara sig relativt väl med detta och en välordnad omsorg, men som har tillfälligt behov av en högre omhändertagandenivå för att minska undvikbar sjukhusvård. Det tillfälliga behovet kan uppstå vid akut försämring, eller i samband med återhämtning från sjukdom samt vid utskrivning från sjukhus.

Grupp 3: Riskgrupper med behov av proaktiva insatser

En tredje målgrupp för det gemensamma utvecklingsarbetet är personer med hög risk att utveckla allvarligare funktionsnedsättningar och därmed också hamna i ett omfattande och långvarigt vårdbehov. Detta är personer som har symptom och funktionsnedsättningar som bör bemötas förebyggande för att därigenom förhindra att de utvecklar ett omfattande och långvarigt vårdbehov.

Dessa tre grupper kräver sinsemellan olika kompetenser, erfarenhet och arbetssätt för att med fullgod patientsäkerhet kunna erhålla sin vård utanför sjukhuset. Begreppet "undvikbar sjukhusvård" kan handla **antingen** om sådana insatser som kan förebygga att komplikationer av mer vårdkrävande karaktär uppstår **eller** komplikationer som trots god förebyggande vård inträffar till följd av försämring av sjukdomstillståndet. I det senare fallet krävs i allmänhet den kompetens och den tillgång på diagnostik, läkemedel mm som hade krävts i slutenvård även om själva diagnostiken och vårdinsatsen i sig, rent tekniskt, kan utföras i hemmet. Alla tre specialistkunskaperna allmänmedicin, internmedicin och geriatrik behövs i alla tre grupperna.

I grupp 1 som handlar mycket om kontinuitet, förutsägbarhet och planering ligger betoning på specialistkunskap i allmänmedicin. Vid försämring i någon av patientens grundsjukdomar kan det i enstaka fall behövas kompletterande insatser från specialist i internmedicin eller geriatrik med åtföljande tillgång till logistiska lösningar. För sjuksköterskans del är det här av speciell vikt att kunna bedöma och följa patientens samlade vårdbehov och kunna ta initiativ till och samordna adekvata insatser i rätt tid.

I grupp 2 krävs kunskaper och erfarenhet i diagnostik och behandling av akutisering av kroniska sjukdomar (som tidigare krävt sjukhusvård). Här är specialistkunnande och erfarenhet i internmedicin eller geriatrik av särskild betydelse. Det behövs också ofta tillgång till läkemedel och medicinsk utrustning som i normalfallet inte finns lättillgänglig inom primärvården (vårdcentraler och kommunal hemsjukvård). För sjuksköterskans del gäller förmåga att bedöma försämring av kroniska tillstånd hos personer som inte är inskrivna i mobila vårdteam och på ett adekvat sätt kommunicera det till läkare. Dessutom måste sjuksköterskan ha vana att hantera och administrera läkemedel i akuta situationer samt att övervaka fluktuerande akuta förlopp. Snabb tillgång till rehab personal är också av stor betydelse.

I grupp 3 krävs kunskap om begränsningar i funktions- och aktivitetsförmåga som uppkommer till följd av sjukdom och åldrande och, framför allt, hur dessa kan förebyggas på bästa sätt. Här krävs framför allt geriatriskt och allmänmedicinskt och kunnande och arbetssätt. För sjuksköterskans del är förmåga att initiera, genomföra och utvärdera hälsofrämjande och förebyggande insatser viktigt. För detta krävs i allmänhet långvarig erfarenhet eller specialistutbildning som distriktssköterska eller äldresjuksköterska. För denna grupp är ibland insatser av rehab personal i tidigt skede av avgörande betydelse för den framtida hälsan.

9. Team

Team är en speciell form för att "bära" kontinuitet. Trots hälso-och sjukvårdsavtalets intentioner fungerar de mobila teamen inte alltid så. Mycket av modern teamteori utgår från

professor Susan Wheelans forskning. Hon studerade under många år arbetsgruppers utveckling. Hennes forskning har också legat till grund för mycket annan teamforskning och teorierna är allmänt accepterade. Susan Wheelans forskning visar att grupper genomgår olika stadier:

Stadie 1 Tillhörighet och trygghet

Stadie 2 Opposition och konflikt

Stadie 3 Tillit och struktur

Stadie 4 Arbete och produktivitet

Stadie 5 Avslut

I det fjärde stadiet " Arbete och produktivitet" lägger gruppen merparten av sin energi på det uppdrag den har att hantera (dvs. för de mobila vårdteamen att skapa god och säker vård utanför sjukhuset för individen) och det är då man kan tala om högeffektiva team. I dessa team är effekten av arbetet större än summan av de ingående medlemmarnas insatser. I de tidigare stadierna lägger man mer energi på att hantera inbördes relationer, regler, processer, avvikelser från regler, mål, gemensam målbild etc. än på det egentliga slutmålet.

Wheelan har också definierat ett mönster hur gruppen tar sig från ett stadium till nästa och hur länge den är kvar i respektive stadium beroende på omständigheterna. Hela processen är förutsägbar dvs. alla stadier måste passeras, gruppen går inte från stadium 1 till stadium 4 utan att passera de andra stadierna men det kan ta olika lång tid. För att gruppen ska utvecklas till ett team krävs också en ledare som är medveten om gruppdynamiken och på så sätt kan facilitera processen. I alla arbetsgrupper finns en viss rörlighet, personer byts ut och uppdrag och förutsättningar förändras. Under förutsättning att gruppen inte är alltför stor och att inte alltför många byts ut på kort tid så kan gruppen hantera detta. Det kan ske en snabb återgång till ett tidigare stadium men det hämtas snart igen. Om gruppen däremot är så löslig att den inte identifierar sig som en grupp (än mindre ett team) så kommer den aldrig att nå det högpresterande teamets effekter.

10. Läkemedelshantering inom hemsjukvården

Läkemedelshantering inom ramen för hälso- och sjukvårdsavtalet styrs av överenskommelsen beträffande läkemedelstillgång och hantering i hemsjukvården. Läkemedel ska i normalfallet förskrivas på recept eller via Pascal. I kommunen ska finnas kommunala läkemedelsförråd som ska utgöra en buffert för att kunna påbörja en behandling innan läkemedlet kan erhållas från apoteket eller dosapoteket.

I det kommunala läkemedelsförrådet finns välbeprövade läkemedel som specialist i allmänmedicin är van att ordinera och förskriva. Dessa läkemedel räcker många gånger långt även vid försämringar, framför allt om försämringen uppmärksammas i god tid. Vid mer akuta förlopp, som inte heller de är ovanliga, behövs ibland intravenösa antibiotika. Det finns inga intravenösa antibiotika på läkemedelslistan. Om detta skulle bli aktuellt ska det skrivas ut på recept. Endast ett begränsat antal intravenösa antibiotika är vanligtvis tillgängliga på apotek inom ramen för läkemedelsförmånen då dessa i första hand har använts inom verksamheter med sjukhusbaserad vård (inkl. ASIH).

När det gäller läkemedel för palliativ vård i livets slutskede finns en större arsenal av parenterala läkemedel att välja på och på många boenden använder man sig av s.k. "palliativa kit". De innehåller läkemedel som är väl beprövade och med tanke på att palliativ vård i livets slutskede är vanligt förekommande så kan distriktsläkaren och personalen på

boendet oftast skaffa sig en egen erfarenhet av dessa läkemedel. Många läkemedel kan administreras subkutant vilket kan underlätta om det kan vara svårt att sätta perifer venkateter, se Läkemedelsboken.

11. Workshops

Vård utanför sjukhuset inom ramen för hälso- och sjukvårdsavtalet styrs i första hand av:

- Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvård i Skåne
- Vårdcentralernas uppdrag enl. förfrågningsunderlag ("ackrediteringsvillkor")
- Sjukhusens uppdrag

Ur överenskommelsen mellan Region Skåne och de skånska kommunerna framgår att hälso- och sjukvård är en obligatorisk uppgift för landsting och kommuner. Enligt HSL har landstinget det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvård undantaget sådan hälso- och sjukvård som är kommunens ansvar. Lagen reglerar också omfattningen av kommunens ansvar till att avse hälso- och sjukvård till individer som bor i särskilda boenden, till individer i samband med dagverksamhet samt till individer i ordinärt boende. Det sistnämnda regleras i Skåne av den s.k. *tröskelprincipen*. Kommunens ansvar enligt HSL omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Enligt hälso- och sjukvårdsavtalet står regionen för läkarinsatser och kommunen för insatser av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut till patienter som tillhör målgrupper så som den definieras i avtalet.

Workshops genomfördes med berörda grupper utifrån ett fiktivt fall *GRETA*, "Greta är 85 år och bor i egen lägenhet med hiss. Hon har trygghetslarm och hjälp från hemtjänst med dusch och matdistribution. Hon klarar sig i stort sett bra men ibland blir hon lite yr och det finns en viss falltendens, fr.a. i samband med toalettbesök. Det har dock aldrig blivit någon allvarligare skada.

Hon har lindrig kognitiv svikt, hjärtsvikt och KOL och har vårdats 2-3 ggr/år på sjukhus de senaste åren p.g.a. försämring i någon av grundsjukdomarna. Hemsjukvården hjälper till med dosettindelning och omläggning av venöst bensår två gånger i veckan.

Greta har framfört synpunkter att hon är trött på frekventa sjukhusinläggningar och önskar så långt som möjligt få vård i sin ordinarie boendemiljö vid försämringar."

Vid 90 års ålder försämras hon i sin demens och hjärtsvikt och erhåller plats på SÄBO.

Greta drabbas av olika akuta försämringar som ställer krav på intensifierat medicinskt omhändertagande och i de flesta av fallen även ett ökat behov av sociala insatser. Utgångspunkten är att Greta i görligaste mån vill ha sin vård i sitt aktuella boende. I situationerna står valet mellan att försöka tillmötesgå Gretas önskan med de utökade insatser som då kan behövas eller att hänvisa Greta till sjukhus.

Workshop med AKO koordinatörer (allmänmedicinska konsulter)

Fallet Greta beskriver sju olika situationer (se bilaga). Man var i gruppen överens om att i några av situationerna så krävdes ingen läkartillgång utöver det som är vårdcentralsläkarens uppdrag men förutsättningen var att Greta var inskriven i ett mobilt vårdteam så att kontakter till kommunen fanns etablerade. I några av fallen förordade gruppen, mot bakgrund av hur vården är organiserad idag, direktinläggning på sjukhuskliniken. I ytterligare några ansåg man att situationen ur medicinsk synpunkt borde kunna tas omhand i hemmet men att det då krävdes en annan typ av vana än den som den genomsnittliga specialisten i allmänmedicin har.

Gruppen betonade också behovet av uppföljning, övervakning och tillfällig upptrappning av sociala insatser – något som många gånger utgjorde ett större hinder än de medicinska insatserna för Gretas möjligheter att bli kvar där hon var.

Workshop med medicinskt ansvariga från sjukhusassocierade team

Utöver det som finns beskrivet i primärvårdens uppdrag har vi identifierat ett antal "sjukhusassocierade" team, dvs. läkare och i vissa fall även sjuksköterska som utgår från eller har nära operativt samband med sjukhusen och som i stor utsträckning riktar sig mot hälso- och sjukvårdsavtalets målgrupper kanske f.f.a de tidvis sviktande. Om det saknas etablerade mobila vårdteam utgående från vårdcentral så kan de sjukhusassocierade teamen även riktas mot "patienter i pyramidens topp" dvs. de som normalt sett borde vara inskrivna.

Dessa team har uppstått på olika sätt och utifrån olika tolkningar av sjukhusens uppdrag att medverka i mobila team. "Sjukhusläkare ska fungera som kompetensstöd och delta i bemanningen av den mobila verksamheten." Ibland har det skett i dialog med primärvård och kommun inom ramen för de samverkansorgan som är etablerade. Ibland har sjukhusen bildat helt egna mobila team. Identifieringen av de "sjukhusassocierade teamen" skedde genom att "medicinskt ansvariga för mobila team med anknytning till sjukhusen" bjöds in till möte via respektive förvaltningschef eller sjukhuschef. Följande bild av verksamheten framträdde på mötet:

Ängelholm – Hälso- och sjukvård. Koncept finns utarbetat sedan tidigare. Ett team från sjukhuset åker snabbt ut till hemmet eller boendet och gör bedömningen på plats. Teamet består av läkare och sjuksköterskor från internmedicin och geriatrik men har inga primärvårds- eller kommunala företrädare i teamet men däremot sker ett nära samarbete. Bra samarbete med kommunala sköterskor i alla berörda kommuner. Ingen direkt koppling till HS-avtalet.

Helsingborg – Ett forskningsprojekt med ett mobilt geriatriskt team är knutet till den geriatriska avdelningen. Det riktar sig till patienter som är över 77 år och som besökt akutmottagningen flera gånger under ett år. Läkare och sköterska från geriatriska kliniken. Ingen koppling till HS-avtalet eller kommunal verksamhet.

Projektet är avslutat som projekt men som en fortsättning på detta bidrar teamet, förstärkt med läkare från internmedicin och även från ASIH, med möjlighet för vårdcentraler i Helsingborg att avropa hjälp med bedömning (och behandling) av inskrivna patienter dagtid om patienten är *inskriven i ett mobilt vårdteam*. Avrop sker från kommunens sköterska via vårdcentralen.

Landskrona – Sjukhusbaserat mobilt team är under uppbyggnad. Vid tiden för workshoppen oklart hur teamets arbete skulle utformas.

Lund och kommunerna i Mellersta Skåne: Sjukhusassocierat så till vida att läkarna rekryteras från internmedicin (och geriatrik) men den organisatoriska tillhörigheten och finansieringen sker via Hälsovalet och hälso- och sjukvårdsavtalet och verksamheten lyder organisatoriskt under vårdcentralen Getingen. Läkare (och v.b. sköterska) åker efter avrop från kommunens sköterska (via kontakt med vårdcentral där patienten är listad) till patienter med *tillfälliga behov av förstärkta insatser*. Kommunens sköterska *möter alltid upp*. Läkaren kan tillhandahålla läkemedel och ev. utrustning som normalt inte finns tillgängligt inom den primära vården.

Malmö – samma upplägg som Lund men två kommunala sköterskor arbetar permanent i teamet. I övrigt samma avrop och kriterier. Något längre tillgänglighet genom att en läkarbil

(från primärvården) finns tillgänglig för uppföljning av ärenden fram till 22 och på helger. Under denna tid sker samarbete med tjänstgörande sköterska i kommunen.

Trelleborg – Team med läkare, sköterska och rehab personal utgår från sjukhuset (internmedicinare eller akutläkare). Ingen koppling till hälso- och sjukvårdsavtalet i arbetssätt eller i finansiering. Inriktning även på att följa upp patienter efter utskrivning.

Hässleholm: Hässleholms Mobila Sjukhusteam består av en läkare och en sjuksköterska från sjukhuset. Målet med bilen är att förhindra onödiga inläggningar och förkorta vårdtider då teamet kan göra uppföljningar i hemmet. Uppdraget kommer antingen från sjukhuskliniken eller från primärvården. Kommunsköterskor skall egentligen gå igenom primärvården men det händer att de tar direktkontakt då patienten är känd. Även ambulansen ber om hjälp ibland. Ett projekt att hjälpa primärvården i Osby med de patienter som är *inskrivna* i det mobila vårdteamet och bor i enskilt boende startar under våren 2019.

Ystad och Kristianstad uppger att de inte har några sjukhusassocierade team

Denna grupp ansåg inte att Greta behövde komma till sjukhus i något av de beskrivna fallen men betonade vikten av att snabbt kunna skala upp sociala insatser för att möjliggöra en fortsatt trygg och säker vistelse i det aktuella boendet. Man betonade också behovet av snabb tillgång till diagnostik (oftast provtagning) och adekvata läkemedel. Det ansågs osannolikt att man i den akuta situationen skulle kunna använda sig av recept för att få fram rätt läkemedel eller att de kommunala basförråden skulle kunna utvidgas så att det optimala läkemedlet (utifrån rekommendationer och provsvar) skulle finnas tillgängligt. Däremot skulle ett samarbete med ASIH i vissa fall kunna öka möjligheten att få fram rätt läkemedel i de fall avståndet till närmaste sjukhus var en begränsning.

Workshop med MAS/MAR rådet

Denna grupp består av medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehab från ett urval av de skånska kommunerna. Gruppen träffas regelbundet. Även i denna grupp var fallet Greta utgångspunkt för diskussionen. Gruppen bedömde inget av fallen som så komplicerat att det ur sjuksköterske- eller rehabpersonalsynpunkt skulle vara omöjligt att ordna. Däremot var man mer tveksam till om hemtjänsten kunde mobiliseras i tillräcklig grad och tillräckligt snabbt. En förutsättning var också att läkare med rätt kompetens fanns tillgänglig för att leda det medicinska arbetet. Det skulle också behövas kompetenshöjande insatser för att man skulle kunna garantera att ordinationerna *alltid* skulle kunna utföras. Inte minst gällde detta vana att övervaka akuta förlopp med snabba fluktuationer i vitala parametrar.

Logistiken då det gäller t.ex. provtagning (tillgång till provtagningsmaterial, blododlingsflaskor, kyltransport etc.) finns inte heller idag och man såg det som problematiskt att sprida det på alltför många händer.

Gruppen lyfter också upp möjligheten till tillfällig inläggning på korttidsboende som en möjlighet för att omhänderta det utökade sociala omsorgsbehovet, något som i stort sett inte alls används idag.

Workshop med Strama Skåne

Mötet med Strama begränsade sig till diskussioner runt antibiotikahantering i de olika situationerna. Stramagruppen var allmänt positiv till att mer av vården sker utanför sjukhuset eftersom smittspridning inom sjukhus kan vara ett bekymmer. Viktigast är dock att inte göra avkall på diagnostiken, att använda så smalt antibiotikum som möjligt samt att

noga följa effekt av insatt behandling. Olika diagnoser kan kräva olika grad av stringens med hänsyn till hur snabb resistensutvecklingen är inom diagnosområdet. Strama har tagit fram riktlinjer för öppenvård samt för slutenvård. Denna patientkategori hamnar i många fall emellan dvs. traditionella slutenvårdspatienter men som nu, med nya diagnostiska- och behandlingsmöjligheter, inte längre kräver sjukhusets resurser. Viktigt att hanteringen av diagnostik, behandling och uppföljning inte sprids på alltför många händer då det krävs att man förvärvar en egen erfarenhet och att man har möjlighet att hålla sig uppdaterad inom området.

Strama Skåne erbjöd sig att ta fram en enkel algoritm för de patientkategorier som i första hand kan bli aktuella och hur man kan tänka runt dessa

Sammanfattning av workshops

Samtliga referensgrupper var överens om en sak: med rätt förutsättningar så **skulle Greta inte i något av fallen behöva åka till sjukhus vilket ju också var hennes uttryckliga önskan**. Så långt rådde enighet men sedan fanns det olika synpunkter på vad som måste tillföras för att vården skulle bli trygg och säker i det egna boendet.

Som bas för samtliga situationer var man överens om att Greta måste vara inskriven i ett mobilt vårdteam med en läkare och en sjuksköterska som känner till hennes situation och hennes önskemål väl och att detta fanns dokumenterat och tillgängligt. Också viktigt att kunna nå det teamet relativt snabbt vid förändringar i hälsotillståndet, därmed inte sagt att det alltid behövdes hembesök. I de flesta av de beskrivna situationerna fanns ytterligare krav, framför allt om de inträffade på icke kontorstid:

- *Tillgång till och förtrogenhet med Gretas situation och önskemål t.ex. genom en SIP eller en vårdplan*
- *Helhetssyn på vårdsituationen dvs. snabb tillgång till utökade SoL insatser var i vissa lägen lika angeläget som tillgång till adekvata HSL insatser*
- *Tillgång till läkare och sjuksköterskor med erforderlig praktisk och teoretisk kunskap om och erfarenhet av att bedöma, behandla och följa upp akutiserade tillstånd av kroniska sjukdomar hos sköra äldre samt vana av att göra detta i en miljö utanför sjukvårdsinstitution*
- *Tillgång till erforderlig diagnostik*
- *Tillgång till adekvata läkemedel och annan utrustning*
- *Tillgång till övervakningsmöjligheter (tät tillsyn) och tydliga instruktioner om*

12. Omvärldsbevakning

En omvärldsbevakning gjordes genom att välja ut sex regioner som arbetar med mobila team; Västra Götaland, Stockholm, Örebro, Uppsala, Östergötland och Kronoberg. Informationsmaterial och dokument studerades och kompletterande information erhöles genom direktkontakter med nyckelpersoner inom respektive region. Bevakningen fokuserades på teamens organisatoriska tillhörighet, hur teamen var sammansatta kompetensmässigt samt hur de hanterat arbetet i gränssnittet mellan basal

hemsjukvårdsnivå och specialiserad hemsjukvård. De övergripande observationerna sammanfattas nedan. Varje region beskrivs i mer detalj i bilaga.

Den viktigaste gemensamma observationen var att samtliga regioner hade definierat ett behov ("glapp") som ligger mellan hemsjukvård på sedvanlig basal nivå och avancerad (specialiserad) hemsjukvård. Här uppvisar patienterna behov där den basala hemsjukvården av olika skäl har svårt att räkna till. För att möta behovet har, i många fall oberoende av varandra, olika lösningar vuxit fram där regionerna har anpassat det mobila utbudet för att överbrygga detta glapp. Denna "förstärkta hemsjukvård" kräver ett nära samarbete med sjukhusspecialister, framför allt från internmedicin och geriatrik. Dessa kompetenser är en avgörande faktor för att hemsjukvården på ett bra och patientsäkert sätt ska kunna utföra den lite mer avancerade individinriktade vård och omsorg i hemmet ("sjukhusvård i hemmet") som patienten är i behov av och önskar. Dock handlar det fortfarande formellt om insatser på primärvårdsnivå dvs. som inte kräver sjukhusets resurser.

I många fall har teamen organisatoriskt och praktiskt samarbete med sjukhusen, framför allt kring bemanning. I andra fall svarar teamen själva för rekrytering av lämpliga kompetenser men i båda fallen har teamen tillförts "sjukhuskompetens" i varierande omfattning. I Stockholm svarar primärvårdens läkare och sjuksköterskor för hemsjukvårdsinsatserna men med ett utvecklat samarbete med ASIH när det kommer till mer avancerade insatser. Vikten av en gemensam ledning mellan primärvård, kommun och sjukhus lyfts fram av Västra Götaland.

Flera landsting påpekar stora fördelar avseende arbetssätt, tillgänglighet och kontinuitet med att ha fasta läkare i teamen som inte samtidigt har konkurrerande uppgifter. Flera aktörer framför att förutom formell kompetens så är vana vid arbete utanför sjukhus av stor vikt. Organisatorisk och fysisk närhet till sjukhusvården, fr.a. internmedicin, påtalas av flera som en framgångsfaktor.

Hur sjuksköterskor medverkar och rekryteras varierar. I Kronoberg har sjuksköterskan i den kommunala organisationen en nyckelroll som teamledare och ansvarig för patientrekrytering. Hemsjukvården i Stockholm (SÄBO) och delar av Östergötland bygger också på den kommunala sjuksköterskans medverkan. Övriga regioner rekryterar i regel separata sjuksköterskor till de mobila teamen. I Örebroregionen är detta en kommunsjuksköterska som växelvis (4-6 månader) arbetar i team med sjukhusläkare i ordinarie kommunal vård. På detta sätt får samtliga sjuksköterskor så småningom en vana vid mer "akuta" tillstånd.

Samarbete med sjukhusen kring direktinläggningar tillämpas allmänt men i varierande omfattning, tydligast beskrivet i Örebro och Uppsala. I Örebro finns också möjlighet till akut inläggning på korttidsplats eller daggeriatrik verksamhet.

I de fall verksamheten med mobila team enligt ovan beskrivna modeller har utvärderats ses en minskning av såväl tid på sjukhus som antal besök på akutmottagning. Kommunala sjuksköterskor påtalar en förbättrad tillgänglighet, kontinuitet, trygghet och kvalitet i vården (fr.a. Kronoberg).

13. Diskussion

Inledningsvis kan vi konstatera att de i hälso- och sjukvårdsavtalet beskrivna målgrupperna får vård från fler olika instanser:

- Ordinär primärvård utgående från vårdcentraler (Äldrevårdcentraler)
- Inom kommunens hälso- och sjukvårdsinsatser
- I mobila team enligt hälso- och sjukvårdsavtalets intentioner
- I sjukhusassocierade team med eller utan knytning till hälso- och sjukvårdsavtalet
- Inom sjukhusvården
- Av Falckbilarna, ambulans och tillgång till RLB (Regional läkare i beredskap)

För närvarande saknas koordinering av insatserna. I bästa fall finns en SIP som någorlunda kan ange en röd tråd men den "sömlösa" vård som är målet ligger fortfarande en bit i framtiden. Desto viktigare blir det då att alltid hålla fast vid individperspektivet – vad som är värdeskapande för patienten just i den aktuella situationen.

Vidare kan vi efter alla möten och diskussioner konstatera att det från samtliga parter finns en mycket positiv inställning till att skapa utökade vårdmöjligheter utanför den traditionella sjukhusmiljön. Det finns värden både för patient, närstående och vårdprofessionella men de uppstår inte av sig själva. Det finns relativt god kunskap om vad som krävs för att erbjuda en trygg och säker vård utanför sjukhuset men vårdutbudet idag är väldigt splittrat. Även inom ramen för samma uppdrag levereras olika vårdinsatser. Eftersom vården utgår ifrån det aktuella uppdraget och möjligheterna att fullfölja det och inte från den individuella patientens behov så blir slutprodukten att man erbjuder patienten "det som finns att tillgå". Framväxten av en brokig skara "sjukhusassocierade team" visar på att vården identifierat och försökt åtgärda ett upplevt "glapp" i vårdutbudet.

Vi kan också konstatera att när det gäller t.ex. regelverk runt vårdhygien, arbetsmiljö, patientsäkerhet etc. så är det inte dessa som utgör hinder för att erbjuda god och säker vård utanför sjukhus. Regelverk, checklistor och annan vägledning finns att tillgå.

Nedan diskuterar vi de områden som vi, utifrån ett individperspektiv, identifierat som betydelsefulla för att kunna erbjuda en god och säker vård utanför sjukhuset:

Värdeskapande faktorer ur ett individperspektiv

Personens egen önskan om att vårdas hemma har i flera välgjorda studier visat sig vara den starkaste prediktiva faktorn för om vården verkligen kommer till stånd hemma. Långt färre patienter än de som vill får möjlighet att vårdas hemma vid akutisering av kronisk sjukdom eller i livets slutskede. Några studier som belyser hur många patienter i denna målgrupp som "tvingas" gå hem från sjukhus tidigare än de skulle önska är svåra att hitta och frågan är alltid vad de erbjuds då de lämnar sjukhuset. Många studier är gjorda mot bakgrunden att samma vård kan erbjudas hemma eller på sjukhus och då föredrar en majoritet (men inte alla) att vårdas hemma.

Delaktighet i beslut om den egna vården har visat sig vara av stor betydelse för känslan av trygghet och välbefinnande och för att uppnå goda medicinska resultat. Delaktighet skapar en känsla av sammanhang som gör att det blir lättare att hantera oförutsedda händelser. Ökad användning av SIP kan utgöra en grund för större delaktighet. Här krävs träning i att

lyssna, samtala och konkludera på ett sätt så att det blir begripligt och hanterligt för alla. Samtalet och den gemensamma målformuleringen i planen måste sedan utgöra grunden och vara det som dokumenteras.

Kontinuitet framkommer i flera studier som en faktor av betydelse både för patientens upplevelse av trygghet och god vård och för möjligheten att fatta rätt beslut vid varje enskild tidpunkt. Kontinuitet kan bäras av enskilda personer eller av en grupp personer som vårdtagaren upplever som en enhet: ”i det här teamet är alla insatta i min situation och jag känner och har förtroende för alla”. Däremot kan kontinuitet inte alltid bäras av dokumentationen eftersom det runt dessa sköra patienter krävs att teamet (inkl. patient och ev. närstående) tillsammans reflekterat över det som sedan finns dokumenterat. Kontinuitet kan bäras av ett team. I hälso- och sjukvårdsavtalet talas om ”team” utan att den mest grundläggande förutsättningen för teamarbete är uppfylld, nämligen att det finns vårdprofessionella runt patienten som ser sig själv som grupp. Den bakomliggande konceptuella tanken är att teamet består av funktioner (som bemannas med personer) och uppstår i det ögonblick det behövs. Sådana team kan fungera väl i akuta situationer (akutrummet, olycksplatsen etc.) men vid mer långvariga relationer som bygger på att bygga upp tillit går detta förlorat med ständiga byten av teammedlemmar.

När det gäller hälso- och sjukvårdsavtalets mobila team är det undantagsvis så är antalet inblandade läkare och sköterskor är så litet och kontinuiteten så god (t.ex. på en liten ort) att ett ”teamlignande” arbetssätt ändå kan uppstå. *I praktiken visar sig bristen på teamarbete på det sättet att det efter två år fortfarande i första hand diskuteras processer, rutiner och regelverk (i vad mån de följs eller inte) istället för hur vårdens innehåll kan utvecklas. De team som är mer fast sammansatta har hunnit mycket längre.*

Noteras bör att alla kompetenser som behövs runt en patient inte behöver ingå i teamet. Teamet kan vara en liten kärna med god omvärldskännet och väl upparbetade kontakter som koordinerar t.ex. andra specialister, kontakt vid direktinläggning, konsultstöd etc. Hälso- och sjukvårdsavtalet innebär en extra utmaning eftersom de som förväntas bilda ”team” kommer från två olika huvudmän och ingår i en rad olika grupper med olika värderingar, mål, spelregler osv. Det är nog en utopi att förvänta sig att dessa team ska kunna uppnå det ”fjärde stadiet” i teamteorin men det är möjligt att komma längre med fokus på det som skapar effektiva team.

Tillgänglighet: Det finns flera olika aspekter av tillgänglighet. Den kanske viktigaste är patientens egen upplevelse av vårdens tillgänglighet. En av tankarna bakom hälso- och sjukvårdsavtalet var att teamen i större utsträckning än vad som blivit fallet skulle koordinera vården, vara tydliga och lättillgängliga för den som var inskriven. Vid utvärdering av patientnöjdhet inom avancerad hemsjukvård i Sverige har direktnummer visat sig vara en av de mest trygghetsskapande faktorerna. ASIHpatienter och patienter som tillhör något av de sjukhusassocierade teamen i Skåne har i allmänhet detta medan de personer som är inskrivna i alla de mobila team som utgår från kommunsjuksköterska och distriktsläkare oftast inte har det.

Men det finns fler väsentliga aspekter av tillgänglighet. Här ska kort diskuteras aspekter som handlar om diagnostik, läkemedel, övervakning och monitorering samt möjligheter till snabb förstärkning av insatser enligt SoL för att kunna hantera en akut situation i hemmet.

Diagnostik

Många gånger räcker den enkla diagnostik som distriktsläkaren har tillgång till via sin vårdcentral och de prover som kan tas av kommunens sjuksköterska. Men för insatser utöver det mest basala behövs ibland ytterligare utrustning för diagnostik t.ex. CRP-mätning

och övriga labprover, bladderscanner, möjlighet till blododling m.m. Detta är inte ändamålsenligt att sprida på alla befintliga team knutna till respektive vårdcentral.

Läkemedel administreras ur kommunernas basförråd alternativt skrivs på recept. Det räcker långt. Idag finns ingen direkt dialog mellan Läkemedelsrådet (speciellt terapigrupp äldre) och de som övergripande arbetar med hälso- och sjukvårdsavtalets utveckling. Ibland behövs läkemedel som inte ingår i basförrådet. Kommunens sjuksköterskor och läkare på vårdcentralerna har i regel inte ingående kännedom eller vana att hantera sådana akuta läkemedel som tidigare huvudsakligen använts på sjukhus. I de fall det blir aktuellt att använda sådana läkemedel i hemmet tillhandahålls de idag huvudsakligen av sjukhusassocierade mobila team.

Övervakning och monitorering

Om ett svårare akut tillstånd efter diagnostik och inledande av behandling ska kunna vårdas och behandlas med god säkerhet i hemmet måste man kunna erbjuda god uppföljning, övervakning och monitorering. Detta kräver säkra övergångar och informationsöverföring och en tydlighet i vad som ska följas upp, hur och när och vad som ska göras vid avvikelser från förväntat förlopp. Särskilt viktigt är snabb tillgänglighet till läkare som är insatt i patientens tillstånd. God säkerhet i monitoreringsprocessen kräver att ansvaret åvilar ett fåtal personer såväl inom den kommunala organisationen som på läkarsidan.

Förstärkning av insatser enligt SoL

Som regel hanteras en akut försämring genom en ny/förstärkt insats enligt HSL. Samtidigt blir patientens ordinarie SoL-insatser inte tillräckliga i relation till den akuta svikten. Ofta behövs exempelvis tätare hjälp/tillsyn under den akuta fasen vilket är av avgörande betydelse för att kunna fortsätta vårda patienten i hemmet. Om sådan förstärkning enligt SoL inte kan komma till stånd blir ofta resultatet att patienten måste åka till sjukhus.

En annan viktig aspekt av tillgänglighet är de olika vårdgivarnas möjlighet att ta del av varandras dokumentation.

Tillit till vårdpersonalens kompetens är en faktor som ofta kommer fram men som är svårt att mäta. Det man brukar fokusera på är vårdtagarens upplevelse av att utföraren är trygg och säker i sitt handhavande och på att vården följer vårdprogram och riktlinjer. För den enskilde manifesterar det sig i att medicinska och omvårdnadsmissiga beslut går att förklara och att man får samma information vem man än frågar i teamet. Flera studier visar också på att upplevelsen av de vårdprofessionellas vana och säkerhet i den aktuella situationen är en av de allra väsentligaste faktorerna för patientnöjdhet.

För att fullt ut kunna uppfylla alla intentioner i hälso- och sjukvårdsavtalet kommer det att krävas ett delvis förändrat utbud av kompetenser. Vi har definierat ett behov ("glapp") som ligger mellan hemsjukvård på basal nivå och den vård som tidigare har krävt sjukhusvård eller insatser från ASIH men som nu i många fall kan erbjudas utanför sjukhuset. Detta glapp har man också definierat i de sex regioner som ingått i vår omvärldsbevakning. Här uppvisar patienterna behov där den basala hemsjukvården av olika skäl ibland har svårt att räkna till. Man talar ofta om att det behövs en "förstärkt hemsjukvård" för att fylla detta glapp. Glappet omfattar patienter där det ofta är ändamålsenligt att erbjuda vård i hemmet, för att

patienten själv vill och att det bedöms vara en önskvärd och lämplig lösning av medicinska skäl.

Förslag

I hela denna utredning har vi utgått ifrån att den vård som inte ur ett individperspektiv kräver sjukhusets resurser ska erbjudas utanför sjukhuset.

Hälso- och sjukvårdsavtalet är härvidlag på god väg och i många fall kan individen erbjudas en värdeskapande, god och säker vård hemma i många av de situationer som tidigare krävt sjukhusvård.

Hälso- och sjukvårdsavtalet är ett utvecklingsavtal. Vi förslår en utveckling, med tillhörande kompetensförsörjning, enligt nedan:

1. Grunden är att kommunens sjuksköterska tillsammans med läkare från vårdcentral formerar teamet som ska tillgodose patientens samlade behov.
2. Utöver detta finns det ovan beskriva glappet. En del insatser i detta "glapp" kan mycket väl utföras av ordinarie sjuksköterska i hemsjukvården tillsammans med specialist i allmänmedicin under förutsättning att samtliga relevanta parter i teamet *genom dialog bedömer att förutsättningar finns att vården kan erbjudas på ett säkert sätt*. Inom "glappet" finns också patienter som är svårare akut sjuka och som tidigare hade krävt sjukhusets resurser. Även för denna grupp kan vård i hemmet ibland vara ett alternativ men högre krav ställs då på läkarens och sjuksköterskans vana att bedöma, behandla och monitorera tillståndet och att hantera de läkemedel som kan bli aktuella, varav en del kan behöva ges intravenöst. Denna grupp av patienter bedömer vi bäst handläggs av sjukhusassocierade mobila team som då också föreslås medföra relevanta läkemedel och ha vana att använda dessa i akuta situationer. Sjuksköterskan som ska utföra insatsen kan komma från region eller kommun.
3. De tillstånd som bedöms vara av sådan karaktär att hemsjukvård inte är lämplig ska vårdas på sjukhus alternativt i tillämpliga fall erhålla insatser av ASIH i hemmet.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår vi följande:

- Hemsjukvården måste kompetensförstärkas för att fler individer ska kunna erbjudas vård i hemmet.
- Alla distriktsläkare måste känna till och vara vana vid att ordinera samtliga läkemedel i de kommunala läkemedelsförråden.
- Alla kommunala sköterskor måste kunna hantera och administrera läkemedel ur det kommunala läkemedelsförrådet
- Dialogen med LäkeMedelsrådet och framförallt terapigrupp äldre måste förstärkas så att det kommunala läkemedelsförrådet återspeglar de behov som finns hos Hälso- och sjukvårdsavtalets mobila team. Dessa behov kan förändras över tid.

- Sjukhusassocierade mobila team föreslås överbrygga det kompetensglapp som beskrivits ovan ("förstärkt hemsjukvård") och därmed utgöra en utveckling inom hälso- och sjukvårdsavtalet.
- De sjukhusassocierade teamen behöver ett tydligt uppdrag med koppling till hälso- och sjukvårdsavtalet för en jämlik vård ur ett skåneperspektiv. Teamens uppbyggnad och arbetssätt måste utformas i dialog med primärvård (inkl. ASIH) och kommun inom ramen för samverkansstrukturen och med hänsyn tagen till lokala förutsättningar.
- På läkarsidan föreslås läkare från specialiteterna internmedicin och geriatrik stå för huvuddelen av denna kompetensförstärkning. De bör som regel ha fullt patientansvar i teamen under den tid teamet ansvarar för patienten.
- På sjuksköterskesidan är det framför allt angeläget med en kompetensförstärkning inom området bedömning och monitorering av akuta tillstånd samt i vissa fall hantering av läkemedel utöver de som finns i de kommunala läkemedelsförråden.
- I de fall sjukhusassocierade mobila team blir involverade ska dessa medföra relevant utrustning för diagnostik och behandling samt relevanta akuta läkemedel som de själv ska administrera. Vid mer komplicerade akuta tillstånd måste adekvat uppföljning och monitorering beslutas och säkras och koncentreras till ett mindre antal personer som är väl insatta i patientens tillstånd.
- Av största betydelse är möjligheter för snabb förstärkning av insats enligt SoL i samband med akuta medicinska tillstånd. Kommunerna behöver skapa rutiner för detta.
- För starkare teambildning behöver antalet personer runt varje individ begränsas så långt möjligt och arbetssättet bör präglas av en strävan att arbeta som "äka" team.
- Fokus på målet måste stärkas. Regler, rutiner och processer ska utgöra ett stöd men får inte ta energi från huvuduppgiften.

Referensmaterial

Kapitel 1: Bakgrund

Effektiv vård, Statens Offentliga Utredningar, SOU 2016:2

Nytt hälso- och sjukvårdsavtal, Beslutsförslag, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2014-06-23

Kapitel 3: Individaspekter

Determinants of patient satisfaction: a systematic review

Enkhjargal Batbaatar, Javkhlanbayar Dorjdagva, Ariunbat Luvsannyammore...

First Published March 22, 2016; Perspectives in public health, Review Article

<https://doi.org/10.1177/1757913916634136>

Homebound Patient and Caregiver Perceptions of Quality of Care in Home-Based Primary Care: A Qualitative Study

Adi Shafir, MD,* Sarah K. Garrigues, BA,† Yael Schenker, MD, MAS,‡ Bruce Leff, MD,§

Jessica Neil, MD, and Christine Ritchie, MD, MSPH ; Journal of the American Geriatric society, AUGUST 2016–VOL. 64, NO.

Kapitel 4: Patientsäkerhetsaspekter

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Patientsäkerhetslag (2010:659)

Patientlag (2014:821)

Kapitel 5: Vårdhygieniska aspekter

Vårdhygien Skåne

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/vardhygien/?highlight=v%c3%a5rdhygiens+hemsida>

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/vardhygien/dokument-och-lankar/vardhygienisk-checklista-externa-vardgivare.pdf>

Kapitel 6: Arbetsmiljöaspekter

Systematiskt arbetsmiljöarbete

<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/systematiskt-arbetsmiljoarbete-afs-20011-foreskrifter/>

Belastningsergonomi

<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/belastningsergonomi-afs-20122-foreskrifter/>

Ensamarbete

<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/ensamarbete-afs-19823-foreskrifter/>

Våld och hot i arbetsmiljön



<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/vald-och-hot-i-arbetsmiljon-afs-19932-foreskrifter/>

Arbetsplatsens utformning

<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/arbetsplatsens-utformning-afs-20092-foreskrifter/>

Mikrobiologiska arbetsmiljöriser

<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/mikrobiologiska-arbetsmiljorisker-smitta-toxinpaverkan-overkanslighet-afs-20051-foreskrifter/>

Användning av arbetsutrustning

<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/anvandning-av-arbetsutrustning-afs-20064-foreskrifter/>

Smittrisker

https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/smittrisker-afs-20184/? t id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d& t q=smittrisker& t tags=language%3asv%2csi teid%3ae309af0f-0167-4bd4-b12b-961c55393fb9& t ip=195.58.99.19& t hit.id=AV_Web_Models_Pages_PublicationPage/ 72ebcb46-9d55-46f7-9163-8441e4f359aa sv& t hit.pos=3&hl=smittrisker

Kapitel 7: Kompetensaspekter

Indelning av medicinska specialiteter

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19796/2015-4-5.pdf>

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackreditering---fillistning/forfragningsunderlag-vc-2019.pdf>

Högskoleförordningen (1993:100)

<https://www.vardforbundet.se/rad-och-stod/karriar-och-utveckling/karriarvagor/vidareutbildning-till-sjukskoterska/>

Kapitel 8: Kompetensbehov utifrån målgruppen

HS 2017-00210-25 Protokollsutdrag från hälso- och sjukvårdsstyrelsens sammanträde den 8 maj 2018 1811150_1_1

Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvård i Skåne

<https://kfsk.se/socialtjanst/wp-content/uploads/sites/4/2015/04/Avtal-om-ansvarsfo%CC%88rdelning-och-utveckling-avseende-ha%CC%88so-och-sjukva%CC%8Arden-i-Ska%CC%8Ane.pdf>

Vårdcentralernas uppdrag enl. förfrågningsunderlag ("ackrediteringsvillkor")

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/lov-lol-lof/ackreditering---fillistning/forfragningsunderlag-vc-180528.pdf>

Sjukhusens uppdrag

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/4.-uppdrag-och-avtal/uppdrag/2018/hs-uppdrag-2018.pdf>



Kapitel 9: Team

Att skapa effektiva team: en handledning för ledning och medlemmar
av Susan A. Wheelan häftad, 2017, Svenska, ISBN 9789144119199

Kapitel 10: Läkemedelshantering

Strama Skåne

<https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/strama/?highlight=STRAMA>

Tillgängliga läkemedel i kommunens läkemedelsförråd

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/lakemedelsforrad>

Kapitel 11: Workshop

Bilaga "Greta"

Kapitel 12: Omvärldsbevakning

Bilaga "Omvärldsbevakning"