

**Läkarmedverkan i kommunal
hemsjukvård – från hemsjukvård
till hälso- och sjukvård i hemmet**



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Förord

Äldre människor ska trots sjukdom och nedsatt funktionsförmåga ha möjlighet att leva ett tryggt och självständigt liv utan att i onödan behöva vistas på sjukhus.

Ny lagstiftning kring samverkan vid utskrivning från sjukhus trädde ikraft 2018.

Sedan dess har en kraftsamling genomförts i hela landet. Dagarna som människor med fortsatt behov av vård och omsorg behöver vänta på att kunna skrivas ut från sjukhus har minskat kraftigt i hela landet. Efter att utskrivningsprocessen förbättrats har nu fokus för utvecklingsarbetet flyttats till den fortsatta vården och omsorgen i hemmet.

I dialog med medarbetare från hela landet tog SKR 2019 fram rapporten Vård och omsorg i hemmet 2019 – svårigheter och framgångsfaktorer. I denna lyfts bristande läkarmedverkan i hemsjukvården som det enskilt viktigaste förbättringsområdet. Det finns öar där det fungerar väl, men stora variationer finns vilket leder till ojämlik vård.

Dag Norén, verksamhetskonsult med lång erfarenhet av utveckling av samordnad vård och omsorg riktad till mer komplicerade patient- och brukargrupper har på uppdrag av SKR tagit fram denna rapport om läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård. Han ansvarar själv för innehållet.

Ansvariga på SKR har varit Greger Bengtsson, Kristina Malmsten och Maj Rom. Huvuddelen av rapporten har tagits fram strax innan Sverige drabbades av coronaepidemin som ytterligare satt frågan om läkarmedverkan i kommunal äldreomsorg på agendan.

Vi hoppas att rapporten ska bli ett värdefullt diskussionsunderlag för att kunna göra kloka vägval i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Stockholm i september 2020

Fredrik Lennartsson

Direktör avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

Sammanfattning	5
Bakgrund	9
Angreppsätt för studien	11
Varför är läkarmedverkan till kommunal hemsjukvård en bestående utmaning?	13
Resurssättning och arbetssätt.....	13
Otydliga uppdrag med bristande styrning och uppföljning	14
Begränsade möjligheter att lägga grund för samverkan	15
Otillräckliga arenor eller forum för samverkansfrågor	15
Olika grunder för patientansvar	16
Vilket stöd ges av avtalsramverken kring läkarstöd till hemsjukvården? .	17
En bild av verkningsslösa avtal	17
Kan avtalsramverken få mer effekt?	19
En förbättrad läkarmedverkan till kommunal sjukvård – observationer om möjligheter	21
Pågående strategier för förbättrad läkarmedverkan	22
Utveckling av särskilda mobila enheter – exempel från Malmö och Uppsala....	23
Utveckling av vårdcentralers uppdrag – exemplen Borgholm och Södra Älvsborg	27
Utveckling av digifysiska lösningar och samlokaliseringar – exemplen Övertorneå och Glesbygdsmedicin	30
Utveckling genom att bilda gemensam huvudman – exemplen Norrtälje Tiohundra och Eksote, södra Karelen i Finland	34
Hur kan läkarstödet till hemsjukvården förbättras? En analyserande diskussion	40
Hemsjukvård är i grunden en egen vårdlogik	41
Hemsjukvård – en specialitet med särskilda behovsdiscipliner och förmedlingssätt	42
Befintliga ramar och avtalsverk för hemsjukvården – stödjer eller stödjer inte utvecklingen?	43
Finns det ett behov av att tänka om hemsjukvården?	45
Slutsatser – från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet	46
Behovet av ett nytt beskrivningssystem för hälso- och sjukvård i hemmet.....	47
Ramar och avtalsramverk som stödjer samarbetsmodellen	48
En styrning som främjar samverkan och spridning – hård och mjuk styrning....	48
Intervjurespondenter	51
Källförteckning	52

Sammanfattning

Denna studie granskar frågan om varför läkarmedverkan till kommunal hemsjukvård är en utmaning att få till på ett välfungerande sätt – och varför denna utmaning ser ut att bestå över åren. Det finns dock sedan länge många olika goda exempel på bra samverkan mellan läkarstödet från vårdcentraler till olika lokala hemsjukvårdsenheter och några exempel beskrivs i denna studie. Utmaningen ligger dock främst i att goda exempel är svåra att breddinföra och sprida. Studien har bedrivits under samma period som Corona-pandemin utvecklades initialt i Sverige (mars till juni 2020). Det finns därför intressanta parallella observationer att göra mellan studiens analyser och de utmaningar som blivit än tydligare i offentligheten, särskilt kring vården i äldres boenden, under pandemins extraordinära tid.

Som utvecklingen ser ut nu kan det komma att utvecklas stora skillnader i hur väl läkarstödet fungerar till den kommunalt drivna hemsjukvården – även inom en och samma region och till och med även lokalt inom samma kommun. Samtidigt är det viktigt att betona att bra samarbetsmodeller inom hemsjukvården måste byggas på lokala förutsättningar och tillgängliga resurser. Väl fungerande samarbetsmodeller för hemsjukvård, inom exempelvis glesbygd, behöver därför hitta andra lösningar än de samarbetsmodeller som är aktuella i tätorter. De idag ofta förekommande ramavtalen för läkarmedverkan från primärvården till den kommunala hemsjukvården följer dock i mångt och mycket samma standardupplägg över hela landet, oavsett skiftande förutsättningar. Ramavtalen och andra överenskommelser om samverkan anses ofta av utförarverksamheterna, oavsett om de ingår i regionen eller kommunen, som otydliga och godtyckliga. Trots att det anges att avtalen ska följas upp med återkommande intervall sker detta sällan. En anledning kan vara att bristen på mer konkreta målsättningar och önskade resultat gör att det också är svårt att få fram en bild av hur avtalen stödjer behovet av läkarinsatser i hemsjukvården.

Den konstruktion som i stort sett är etablerad över landet, för läkarstöd till kommunal hemsjukvård, kan beskrivas som en till största delen form av avropsmodell för denna kritiskt viktiga resurs. Ansvariga sjuksköterskor inom hemsjukvården begär läkarstöd när detta anses behövas eller utifrån hur eventuella vårdplaner beskriver detta. Läkarstödet tillhandahålls vanligen från ansvariga vårdcentraler utifrån hur patienterna är listade. I de flesta fall är läkarresurserna även engagerade i många andra uppgifter; framför allt den dominerande mottagningsverksamheten på vårdcentralerna med besök från varierande patientgrupper. För en lokalt baserad hemsjukvårdsenhet som verkar inom en tätort kan detta innebära en involvering av många olika läkare, dessutom från flera olika vårdcentraler. Sammantaget blir avropsformen tungrodd för hemsjukvården och med stora svårigheter att nå den kontinuitet i läkarstödet som är viktig för de vanligen komplexa och vårdtunga patienterna som har tilldelats hemsjukvård av just dessa skäl. Blir problemen för stora är ambulans till sjukhusets akutmottagning den enklare lösningen för hemsjukvården.

De avgörande bristerna i sammanhanget skapas av det organisatoriska mellanrum som finns mellan läkarstödet från vårdcentralerna inom regionens primärvård – och den primärvård som hemsjukvården utgör och som kommunerna driver. Möjligheterna att uppnå det nära teamsamarbete kring patienterna som är avgörande försvåras väsentligt. Det finns i de flesta fall påtagliga brister i resursplanering, brist på ledningssystem och samverkansformer samt otillräckliga mötesplatser för främst utvecklings- och förbättringsarbete. Dessa brister ser ofta båda parterna som ett problem. Det finns också, inte sällan, en samsyn om att förutsättningar måste tillkomma för en bättre integration – en samarbetsmodell som kan överlappa det organisatoriska mellanrummet. Vad som dock kan skilja är hur långt denna integration ska gå – till exempel om en särskild grupp av läkare ska skiljas ut och ta en dedikerad roll som ”hemsjukvårdsläkare” till kommunen, eller att vårdcentralerna ska bättre tillgängliggöra läkarna för hemsjukvården samtidigt som dessa är verksamma med patientmottagning på vårdcentralen. Här finns olika synsätt inom främst vårdcentralerna.

Det framstår dock som tydligt i denna studies kartläggning, med respondenter från region- och kommunsidan över olika delar av landet, att ett nytt angreppssätt behövs. De flesta av intervjupersonerna anser också att dagens ramverk och avtalskonstruktioner inte underlättar för att komma framåt. Ett bättre angreppssätt vore att utveckla de nya samarbetsmodeller som behövs – och sedan anpassa ramverk, resurser och avtalskonstruktioner efter samarbetsmodellen – och att dessa lösningar kommer att behöva se mer olika ut än dagens relativt sett konformistiska och enhetliga mall för samarbetet.

En fördjupande del av studien har granskat olika angreppssätt som kan eller skulle kunna bidra till att komma framåt i utvecklingen med bättre läkarstöd till hemsjukvården. Därefter har ett försök till kategorisering av dessa genomförts, utifrån olika möjliga strategival, för att visa på möjliga alternativa inriktningar. Strategin med att lösa problematiken med läkarstödet till hemsjukvården genom att tillsätta särskilda funktioner för detta – mobila läkare eller läkarledda team som ofta inte utgår från vårdcentraler – är den idag mest förekommande strategin och den som ser ut att spridas snabbast. En stor och outnyttjad potential ser ut att vara den möjlighet som finns att bättre rigga vårdcentraler att samverka med hemsjukvårdsenheter vilket kan ses som en fördel utifrån hur lokala sammanhang kan sporra till tätare relationer och teamsamverkan. Endast ett fåtal exempel är tydliga på detta i landet. Andra strategier ser ut att vara svåra att komma framåt i för närvarande. För hemsjukvård i glesbygd är digitalt läkarstöd en självklar potential att utnyttja men denna utveckling går, trots en allt mer ökande kunskapsuppbyggnad, ganska trögt. Strategin som ser som allra svårast att komma framåt med är den ofta framlyfta lösningen att bilda en gemensam huvudman för verksamheterna. De exempel som finns sedan länge ger inga klara besked om att detta är en särskilt framkomlig väg.

Den samhällsutveckling vi är inne i, med exempelvis allt fler äldre som en del av befolkningen, en accelererande utveckling av digitalisering som förändrar rumsliga begränsningar, värdeskapande och kommunikation, samt behoven av

att bedriva hälso- och sjukvården betydligt mer effektivt med de resurser som finns att tillgå, talar till alla delar för att hemsjukvården måste förbättras och utvecklas på betydande sätt utifrån dagens förhållanden. Till detta tillkommer potentialerna av den höga vårdkvalitet som kan ges inom en välfungerande hemsjuk-vård, med betydligt högre patientsäkerhet, när kontinuitet i vården kan etableras till patienterna inom boendet – istället för att patienterna skickas mellan akut-mottagningar och sjukhuskliniker med ständiga ansvarsskiften och omplaneringar.

För att en önskvärd utveckling ska komma igång inom en rimlig tid behövs en ny beskrivning av hemsjukvården och en förändrad bild av att hemsjukvården är en kommunalt driven bassjukvård upp till sjuksköterskenivå, som avropar läkartjänster efter behov. Observationerna inom denna studie lyfter att hemsjukvården är en egen vårdlogik som bygger på att kontinuitet kan ges i vården till de ofta svårt sjuka och instabila patienterna, och hållas i samverkansrelationerna mellan professionerna som involveras i denna vård. Uppfyllandet av denna vård- och förmedlingslogik optimerar vårdinsatserna och minimerar behoven av sjukhusinläggningar och därmed utnyttjar resurser betydligt mer effektivt. Organiseringen, avtalsformerna, arbetssätten och även verksamhetskulturerna gynnar inte denna potential på ett uthålligt sätt idag – trots att det finns en övergripande samsyn om att kontinuiteten i hemsjukvården är en avgörande framgångsfaktor.

Förslag har förts fram i andra sammanhang att hemsjukvården bör definieras om till en ”hälso- och sjukvård i hemmet” som är ett delat ansvar för primärvården inom regionerna och primärvården inom kommunerna. För att denna förnyade samverkan ska komma igång behövs tydligare beskrivningar av de nya samarbetsmodeller som integrerar läkarstödet med den kommunala delen av hemsjukvården. Slutsatsen och rekommendationen i denna studie är att man inom regionerna i samverkan med kommunerna, inkluderande aktuella utförarverksamheter, behöver definiera dessa nya samarbetsmodeller utifrån olika lokala förutsättningar.

Ett andra steg, och en rekommendation i studien är att, utifrån nya samarbetsmodeller, utveckla en ny uppsättning rammar och avtalsverk som är designade för att stödja de nya samarbetsmodellerna. Samarbetsmodellen utgör då utgångspunkten för samverkansavtalen – istället för tvärtom, som idag, vilket hämmar möjligheterna att ta initiativ till nya samarbetsmodeller.

I ett tredje steg av slutsats och rekommendation framförs betydelsen av att bygga upp en styrning för en hälso- och sjukvård i hemmet, som tydligare gynnar en samverkan som bygger på kommunikation och kunskapsutbyte för att nå kontinuitet. En god samarbetsmodell med tydliga ledningssystem och former för förbättringsarbete kommer att utgöra en kraftfull form av styrning i sig. Detta kommer att förenkla den styrning som används idag i form av många olika rapporteringsindikatorer och samverkansformalia att fylla i utifrån mål om samverkan.

Det som ovan kan kallas för ”hård styrning” behöver också kompletteras med införandet av en mer raffinerad ”mjuk styrning”. Med detta menas en styrning som ofta underskattats i sammanhang när gränsöverskridande samverkan ska utformas och etableras. Att gå från kommunalt driven hemsjukvård med läkarstödet separerat, till en ny och integrerad hälso- och sjukvård i hemmet är en omställning som kommer att utmana existerande arbetssätt och verksamhetskulturer. För att lyckas är det viktigt att satsa på en form av införande- och utvecklingsstöd som består långt efter att ramverk och avtal sätts. Detta består av samverkansforum för kunskaps- och kompetensutveckling, arenor för förbättringsarbete regionövergripande och lokalt samt löpande utvärderings- och rådgivningsstöd i verksamheterna. I den mjuka styrningen behöver samtliga nyckelgrupper involveras; politikergrupperingar, tjänstemannaledning, patienter och närstående samt förstås utförarverksamheterna.

I grunden finns det goda möjligheter och ömsesidiga nyttor av att komma framåt i frågan – men det behövs nu ett ”utifrån-in-perspektiv” på frågan där patient-ideala förhållanden i hemsjukvården är utgångspunkten för en ny design. Ett fortsatt ”inifrån-ut-perspektiv” på frågan är en återvändsgränd eller ett läge som kommer att kraftigt försena utvecklingen av en viktig och välfungerande hälso- och sjukvård i hemmet.

Bakgrund

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, har i uppdrag att utföra kartläggningar av olika goda exempel och sprida kunskaper om hur samverkan kan förbättras mellan kommunal hälso- och sjukvård samt omsorg och regionernas hälso- och sjukvård. Av flera viktiga förutsättningar för god samverkan är läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården av särskilt intresse. Detta då det anses som en nyckelfaktor för att få samverkan att fungera kring gemensamma patienter inom framför allt den kommunalt drivna hemsjukvården – som är i fokus i denna studie.

Problemen med att få läkarstödet från regionernas primärvård och specialistvård att samverka väl med den kommunala hälso- och sjukvården är en utmaning som gäller över hela landet¹. Trycket på att få detta att fungera bättre ökar när demografin förändras till allt fler äldre och att andelen kroniskt sjuka ökar. Hemsjukvården utvecklas hela tiden vilket gör att denna vård kommer att bli ännu viktigare framöver. Parallellt ökar kraven på att kunna erbjuda en mer personcentrerad vård vilket också sätter press på bättre samverkan mellan läkarstödet från främst vårdcentralerna och det ansvar för hemsjukvården som kommunerna har.

Bristen på läkarstöd i hemsjukvården leder ofta till ständiga ansvarsväxlingar där patienter skickas fram och tillbaka mellan sjukhusens akutmottagningar, kliniker och andra mottagningar och hemmet. Det är en i grunden opassande och ineffektiv vård jämfört med vad direktsamverkan utanför sjukhusen skulle kunna åstadkomma. Centralt i detta är vårdcentralernas och övriga regionala primärvårdens möjligheter att medverka i den kommunalt drivna hemsjukvården - men även läkarstöd inom vissa andra medicinska specialiteter, som finns baserade på sjukhusen, kan vara aktuella i denna samverkan inom hemsjukvården. Läkarmedverkan i direkt samverkan med hemsjukvården är därför ett utvecklingsområde som behöver förbättras omgående och som är högaktuell genom bland annat införandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Vidare har dessa behov av förbättrad samverkan kommit i dager ännu mer på grund av den unika situationen av den svåra pandemin till följd av covid-19 eller corona-viruset som drabbat främst målgrupper inom kommunernas särskilda boenden men även hemsjukvården.

¹ Samtliga regionala huvudmän inom hälso- och sjukvård har gjort överenskommelser med kommunerna som lett till att dessa har tagit över hemsjukvården, med undantag av Region Stockholm som fortfarande har ansvar för hemsjukvården och som har möjligheter att utveckla delvis andra lösningar för läkarstödet än de som granskas inom denna studie.

Denna studie avser att särskilt fånga in erfarenheter och kunskaper om hur läkarstödet till kommunal hemsjukvård kan förbättras; alltså den vård som bedrivs i patienternas ordinära boenden. För kommunernas särskilda boende är situationen oftast annorlunda med möjligheter till mer tydliga överenskommelser om läkarstöd även om det finns brister även i dessa sammanhang när det gäller läkarmedverkan. Hemsjukvård (i ordinärt boende) har dock under en längre tid ökat betydligt som vårdform i förhållande till särskilt boende – och förväntas fortsätta i minst samma takt eller högre utifrån att allt fler äldre ingår i befolkningen. Det finns därför särskilda behov av att lyfta frågan än mer hur samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen, och då särskilt det viktiga läkarstödet, kan förbättras i denna utveckling med alltfler patienter med hemsjukvård.

Studien inleddes med en mer grundläggande kartläggning av utmaningarna och möjligheterna i att förbättra läkarstödet till kommunernas hemsjukvård. I detta avsnitt berörs många olika aspekter som bland annat verksamhetskulturer, resurser, styrningsmodeller och strukturella frågor. Därefter granskas viktiga förutsättningar som nu vanligt förekommande ramverk för samverkan som exempelvis ramavtal mellan regioner och kommuner om läkarmedverkan till hemsjukvården, övergripande hälso- och sjukvårdsavtal mellan huvudmännen samt andra förekommande överenskommelser.

I ett andra avsnitt beskrivs kartläggningar av olika utvecklingsinitiativ – vilka benämns som alternativa ”strategier” - för att förbättra läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård. Möjligheter och utmaningar med dessa strategier beskrivs liksom förutsättningar för att få dessa lösningar att spridas. En samlad utvärdering görs av de angreppssätt som nu provas eller diskuteras övergripande inom svensk hälso- och sjukvård. Vissa utblickar görs även till närliggande länder som Finland.

I ett tredje avsnitt beskrivs resultatet av ett analysarbete utifrån intervjuer, research och sammanställningar av observationer inom denna studie. Syftet med analysavsnittet är att förstå mer om vad som kan vara ”nycklarna” till att nå mer bestående resultat och framgång i ett viktigt förnyelse- och förbättringsarbete kring läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård.

Ett fjärde och avslutande avsnitt summerar lärdomar från studien i ett antal slutsatser om en stegvis förändring för att förbättra läkarstödet till patienter som vårdas i hemmet. I samband med detta lämnas några rekommendationer, som kan ses ur såväl strategisk som operativ nivå, för att komma framåt i det viktiga utvecklingsarbetet med att skapa en för målgrupperna bättre hemsjukvård som i grunden bemöter de viktiga och ökande behoven genom förbättrad samverkan – en ny form av hälso- och sjukvård i hemmet.

Angreppssätt för studien

Studien har genomförts under perioden mars till juni 2020 varefter denna slutrapport har arbetats fram. Studien har inte haft för avsikt att granska och bedöma reglerande frågor i sammanhanget; som exempelvis inom vilken huvudman som läkare med uppgifter inom hemsjukvården bör var anställda i eller exempelvis behov av förändringar i hälso- och sjukvårdslagen som kan förbättra samverkan i hemsjukvården. I fokus har varit nu gällande förhållanden och initiativ för att förbättra läkarstödet till hemsjukvården med ett angreppssätt och metoder som beskrivs nedan.

En inledande *kartläggningsfas* genomfördes med stöd av en bred faktainsamling och research inklusive ett tiotal intervjuer med personer från regional och kommunal hälso- och sjukvård, i olika delar av landet, som bedöms ha särskilt god inblick i studiens huvudfråga och vilka problematiseringar samt utvecklingsmöjligheter som är viktiga att granska vidare. Därutöver även vilka exempel i Sverige som kan vara intressanta att fördjupa kunskaperna kring utifrån att man har prövat att utveckla nya samarbetsmodeller för att förbättra läkarmedverkan till hemsjukvården. Särskild research har genomförts för att kartlägga de så kallade ramverk som styr läkarmedverkan till främst den kommunala hemsjukvården; exempelvis ramavtal, övergripande hälso- och sjukvårdsavtal samt andra överenskommelser mellan sjukvårdshuvudmännen.

Den efterföljande *fördjupningsfasen* genomfördes utifrån fallstudier av regionala eller lokala exempel som har för avsikt att kunna förbättra läkarmedverkan till hemsjukvården. För detta arbete har eftersökts en spridning av olika förutsättningar utifrån befolkning, resurser och angreppssätt. Syftet har varit att fånga en bild av de olika strategier eller vägval som kan ses inom Sverige för att förbättra läkarmedverkan till hemsjukvården; en form av exempelsamling som strukturerats utifrån olika gemensamma mönster. Detta arbete har genomförts med stöd av granskningar av projektrapporter och liknande underlag, utvärderingar samt kontakter med ytterligare ett femtontal intervjurespondenter inom regioner och kommuner. Denna arbetsfas har även syftat till att försöka värdera de olika strategiernas framgångsfaktorer, utmaningar samt vilka angreppssätt som ser ut att ha mer framgång än andra.

Utifrån resultatet av ovanstående arbetsfaser har en *analysfas* tillträtt med ett angreppssätt som syftar till att utveckla mer förklarande kunskaper kring framgångsfaktorer liksom barriärer för att nå önskade resultat. Med de analyserade observationerna som grund har ett antal slutsatser och rekommendationer utvecklats i den sista delen av denna studie.

För att säkerställa nytta av studien och värdera de löpande framkomna resultaten har en arbetsgrupp bildats tillsammans med representanter från Sveriges Kommuner och Regioner. Arbetsgruppen har under studien genomfört fyra avstämningar utifrån studiens arbetsplan och stegvisa resultat.

En särskild omständighet är att studien har genomförts parallellt med den exceptionella period som utvecklingen av Corona-epidemin har utgjort under våren 2020 och som har varit särskilt svår när det gäller vården och omvårdnaden till personer i kommunernas särskilda boenden men även för hemsjukvården. Med detta finns det många viktiga paralleller i denna svåra utveckling med de frågor och observationer som granskas i denna studie – även om denna studie har slutförts innan pandemins effekter har kunnat granskats särskilt i detta sammanhang.

Varför är läkarmedverkan till kommunal hemsjukvård en bestående utmaning?

I alla sammanhang och från alla parter påpekas att läkarmedverkan är mycket viktig för att hemsjukvården ska fungera väl och för att patienterna ska kunna få den vård som behövs utifrån sina förutsättningar. Hemsjukvård tilldelas ju i alla de flesta fall patienter som av olika hälso- och funktionsskäl har svårt att ta sig till mottagningar där läkarhjälp annars finns. Ändå fortsätter läkarstödet till hemsjukvården att vara ett problem år efter år – inte i alla sammanhang men på många håll är det ett problem som är i stort sett detsamma över hela landet. Varför är det så? Nedan sammanfattas ett antal observationer från denna studies inledande kartläggning, som kompletteras med ett mindre urval av illustrerande citat från de anonymiserade intervjuerna. Många av de orsaker som beskrivs nedan är inte på några sätt okända men utgör en viktig bas kring den analys och sökande efter nya lösningar som är viktiga i sammanhanget.

Resurssättning och arbetssätt

Den etablerade samverkansformen mellan läkarstödet från vårdcentralerna under dagtid och hemsjukvården bygger till största delen på en form av avropsmodell². Enligt avtalen ska läkarstödet tillhandahållas utifrån särskilda kriterier och kunna avropas av ansvarig sjuksköterska (eller övrig legitimerad personal i vissa fall) inom hemsjukvården. Därutöver ska fasta läkarkonsultationer och läkemedelskontroller av patienterna genomföras utifrån avtalade intervall. Vanligen beskriver avtalen också att rådgivning, stöd och annan utbildning ingår i vårdcentralernas uppdrag till hemsjukvården.

Bilden av ansvar och åtagande till hemsjukvården förefaller som ett stort uppdrag för vårdcentralerna – särskilt som patienterna inom hemsjukvården ofta är de mest sjuka patienterna och med hälsotillstånd som ofta förändras och inte sällan övergår till akuta vårdbehov. Samtidigt är läkarresurserna på vårdcentralerna nästan alltid engagerade fullt ut i mottagningsverksamheten med många olika patientgrupper att hantera samt andra uppgifter. Resurstillsättningen för att täcka upp behoven av läkarstöd inom hemsjukvården, utifrån de arbetssätt som finns, är i de flesta fall uppenbart begränsade från början – något som också vårdcentralerna framför ofta. Att arbeta inom de relativt komplexa förhållanden som råder inom hemsjukvården och med tillräcklig kapacitet har därför inte sällan ett dåligt utgångsläge.

² Under övrig tid (kvällar och helger) finns ofta jourläkarbilar tillgängliga för avrop utifrån separata avtal. Detta stöd är dock ofta en begränsad resurs att tillgå för den kommunala hemsjukvården.

”Den reguljära primärvården har inte möjligheten att primärt stötta sjuksköterskor i hemsjukvården – fokus på vårdcentralerna är de många mottagningsbesöken”

Många av patienterna inom hemsjukvården är komplicerade och periodvis sviktande. En mindre grupp är mycket sjuka och komplexa i sin multisjuklighet och är kontinuerligt sviktande. För att kunna arbeta väl med dessa patienter är kontinuitet i samverkan och i patientinvolveringen något som ofta framförs som avgörande³. För att uppnå kontinuitet är ett teambaserat samspel mellan en begränsad grupp personer oftast viktigt för att kunna föra över kunskaper och lägesbilder mellan varandra kring patienters tillstånd och för att kunna agera snabbt och på ett insatt sätt i olika situationer. Dessa arbetssätt är dock vanligen svåra att uppnå utifrån den typ av avropsmodell som råder idag. Läkarstödet för dagen avgörs ofta av det samlade arbetsläget vid vårdcentralen och vilka läkare som kan vara tillgängliga för hembesök vid varje situation.

”När man blir sämre bryts läkarkontakten, när läkarna i huvudsak arbetar inom mottagningsverksamheten”

En enhet inom den kommunala hemsjukvården kan ha många vårdcentraler att arbeta med utifrån hur patienter är listade (mer om detta nedan). Antalet läkar-kontakter kan bli svårt att hantera och kontaktvägarna och de varierande rutinerna för detta kan vara svårt att få grepp om. Brister i att hantera kontinuitet uppstår också inte sällan även för kommunernas hemsjukvårdenheter. Schemaläggningar och personalbemanning hanteras inte, eller kan inte hanteras utifrån problem med personalförsörjningen, för att stödja kontinuitet i vårdkontakter till patienter och läkarinsatser.

Otydliga uppdrag med bristande styrning och uppföljning

Uppdragsformuleringarna för läkarstödet till hemsjukvården finns främst beskrivna i de ramavtal som oftast förekommer mellan regionerna och kommunerna samt i ackrediteringsvillkoren för vårdcentralernas uppfyllande av bestämmelser inom vårdvalet. Då läkarstödet till kommunernas särskilda boenden ofta kan definieras i volymer av timmar per månad eller vecka är det betydligt svårare att definiera dessa volymmått av läkartid för hemsjukvården i ordinärt boende. Detta då det till skillnad från boenden, som har ett antal givna boendeplatser, är svårt att få grepp om behoven för mer mångskiftande patienter och deras behov av läkarstöd inom hemsjukvården. Sällan beskrivs mer tydligt i avtal och villkor vilka kvalitetsmål och krav som bör uppfyllas för att samverkan och läkarstödet genom detta ska kunna säkras utan detta lämnas att uttolka och organisera på egen hand.

³ Utredningarna Effektiv vård, kap. 13, SOU 2016:2, Digifysiskt vårdval, kap. 6.4, SOU 2019:42, God och nära vård, kap. 4, SOU 2020:19.

”Uppdragen till hemsjukvården klargör inte vad som behövs, hur det ska ske och vad som förväntas – vi måste utgå tydligare från individperspektivet”

Utförarverksamheterna upplever ofta själva avtal och villkor kring läkarstödet till hemsjukvården som otydliga. Då särskilda målsättningar och villkor ofta inte är angivna är det också svårt att följa upp och utvärdera hur samverkan fungerar⁴. Otydligheten i genomförande och resultat fortsätter ofta att bestå år efter och år vilket bidrar till att förbättringsbehoven inte lyfts fram särskilt väl.

Begränsade möjligheter att lägga grund för samverkan

En relativt komplex verksamhet, kring många gånger svårt sjuka patienter och med stora variationer, ska hanteras i en samverkan mellan vårdcentraler och kommunala hemsjukvårdsenheter som har olika huvudmän som uppdragsgivare, ofta skilda journal- och dokumentationssystem samt olika finansieringskällor. I en sådan verksamhetsmiljö bör behoven öka vad gäller kontakter och planering för bedömning av patientvolym, hur en effektiv samverkan kring patienterna bäst kan främjas och vårdplaneringen övergripande kring olika målgrupper som finns inskrivna i hemsjukvården.

”Alla vet att kontinuitet är avgörande i dessa sammanhang, som förutsätter en nära samverkan – vi har helt missat att säkra upp detta”

Dessa viktiga inslag är dock mycket svåra att få till; särskilt inom de mer omfattande verksamheterna. Det finns en form av så kallat organisatoriskt mellanrum mellan vårdcentraler och hemsjukvårdsenheter som ofta förblir ohanterat inom den nu gällande ”avropsmodellen” som beskrivits ovan. En mer tydlig samplanering saknas och kommer ofta inte till i verksamheterna när man ser resursläget som ansträngt dag för dag. Viktiga planeringsfrågor och samverkanstrategier förblir då ”hängande i luften”.

”Man borde satsa mer på en ’inre struktur’ för hemsjukvården – jämför exempelvis med BVC”

Otillräckliga arenor eller forum för samverkansfrågor

Uppföljningar av resultat och löpande förbättringsarbete är viktiga inslag i verksamheter och särskilt när förutsättningarna är mer komplexa och svårplanerade. Dessa förhållanden råder för den samverkan som ska utföras inom hemsjukvården. Uppdelningen av ansvars- och insatsroller på olika organisationer gör dock att det är svårt att få till ett väl fungerande förbättringsarbete. Avvikelsesrapportering är en rutin som ofta finns inom hälso- och sjukvårdens huvudmän men som utförs i mån av tid. För att dessa registreringar ska bli meningsfulla behöver de också bearbetas på ett adekvat sätt så att förbättringar

⁴ I det följande kapitlet beskrivs mer fördjupat olika observationer om de ramavtalsvillkor och överenskommelser som reglerar läkarstödet till kommunal hemsjukvård.

kan slå igenom. De arenor eller mötesforum som finns är dock oftast otillräckliga för att driva ett sådant arbete.

”Samverkansavtal och rutiner för avvikelserapportering betyder ingenting – ordna istället att man sitter ihop och har gemensamt patientfokus”

I de flesta sammanhang genomförs samverkansmöten med jämna mellanrum men mötesformerna leder sällan till att metoder och arbetssätt används systematiskt som främjar förbättringsarbete och kvalitetsutveckling. Dessa arbetssätt underlättas heller inte av att vissa hemsjukvårdsenheter kan behöva samarbeta med många olika vårdcentraler som försvårar möjligheterna att få till gemensamma möten.

Olika grunder för patientansvar

En faktor som väsentligt försvårar för främst den kommunala hemsjukvårdsenheten att samverka väl med läkarstödet är de olika grunder som finns för patientansvar mellan parterna. Hemsjukvårdsenheten inom kommunen arbetar utifrån olika uppdelningar i geografiska distrikt där patienterna har sitt boende. Vårdcentralerna ansvarar för patienterna utifrån deras listning på vårdcentralen – alltså med ett ansvar som inte primärt utgår från ett geografiskt område. Hemsjukvårdspatienter som bor i en stadsdel i en större tätort kan då vara fördelade på olika vårdcentraler utifrån det vårdval som gjorts. Resultatet blir vanligen att en hemsjukvårdsenhet inom ett och samma område kan behöva hantera läkarkontakter inom många olika vårdcentraler som också arbetar på fristående sätt och med helt olika rutiner i förhållande till hemsjukvårdsenheter. När vårdcentralerna dessutom har olika läkare som alternerar i tjänstgöringen för att utföra besök inom hemsjukvården kan komplexiteten i kontakter och mängden av involverade personer att hantera bli oöverstiglig och ett definitivt hinder att försöka arbeta mer i en gemensam kontinuitet i vårdkontaktorna till patienterna.

”I vårt hemsjukvårdsdistrikt behöver vi ha kontakt med omkring 30 kontaktsjuksköterskor och samarbeta med 40 till 50 läkare – och vårdcentralerna har olika kontaktrutiner och en del är mycket svåra att få kontakt med alls – det är extremt tungrovt och tidskrävande”

Hemsjukvården får i dessa situationer lägga ner mycket tid på kontakter med olika vårdcentraler och reda ut hur läkarstödet ska kunna säkras i olika situationer. När svårigheterna blir för stora och tiden är begränsad är den enklaste lösningen att ringa på ambulans.

Vilket stöd ges av avtalsramverken kring läkarstöd till hemsjukvården?

Denna studie har studerat ett urval av avtalsramverk kring läkarstödet till hemsjukvården. Dessa består vanligen av ramavtal slutna mellan regionen och kommunerna inom denna region, övergripande hälso- och sjukvårdsavtal mellan sjukvårdshuvudmännen i en region (där även läkarstödet till kommunerna berörs) samt i vissa fall andra särskilda överenskommelser. Formerna för avtalen följer principer och mallar som ser i stort sett lika ut över regionerna i Sverige.

En bild av verkningslösa avtal

Ramavtalen för regionens läkarstöd till kommunerna är de avtal som mer direkt reglerar frågan. Här är likheterna stora mellan de olika avtalen i Sveriges regioner. En vanlig konstruktion är att ett övergripande avtal sluts mellan regionen och samtliga kommuner och som uppmanar till ökad tydlighet i avtalet genom att involverade utförarorganisationer sluter lokala avtal; det vill säga aktuella vårdcentraler och hemsjukvården i kommunen.

§5 Tillgänglighet⁵

”Ansvarig sjuk/distriktssköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut ska kunna nå aktuell hälsocentral för kontakt med ansvarig läkare och vid akuta situationer. På motsvarande sätt ska ansvarig läkare dygnet runt ha tillgång till direktnummer till den kommunala hälso- och sjukvården. Särskilda lokala rutiner ska upprättas för att tillgodose behovet av tillgänglighet”.

De lokala avtalen eller överenskommelserna ska kunna bidra till mer specificeringar kring åtagande och volymer av insatser. Om detta lokala ”slutsteg” i avtalen påbjuds så är det dock långt ifrån säkert att det slutförs. Avtalen som gäller läkarstöd till hemsjukvården är därför mycket övergripande och anger sällan några kvantiteter av arbetstider för läkarstödet eller andra målsättningar som kan utvärderas mer konkret och därmed följas upp⁶. Att tydligare specificeringar av åtagandet inte görs kan hänga samman med att det samtidigt är svårt

⁵ Exempel på vanligt förekommande paragraf om ”Tillgänglighet” inom ramavtalen för läkarmedverkan till patienter inom ordinärt boende i hemsjukvården (från nu gällande ”Avtal om läkarmedverkan inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende – Samverkansavtal mellan Kommunförbundet Norrbotten och Landstinget Norrbotten”, 2012-10-26).

⁶ Som nämnts tidigare så är dock förhållanden för avtal om läkarstöd till särskilt boende annorlunda där antalet boendeplatser är givet och målgruppen mer tydlig än i ordinärt boende. För dessa avtal anges ofta kvantiteter av läkarstöd per månad eller vecka. Dock ses inte ofta andra målsättningar i dessa avtal som kan mätas och följas upp mer tydligt.

att på förhand bedöma vad som är rimliga insatser för läkarstödet då behoven av hemsjukvård inom ordinärt boende är svårbedömbara. Målgruppen är relativt bred i sina olika behov och varierande i antal. Kommunerna har också sällan gjort egna behovsinventeringar inom i hemsjukvården inskrivna patienter.

I ramavtalen mellan sjukvårdshuvudmännen anges vanligen att de ska följas upp och utvärderas årligen men när detta undersöks framgår det att uppföljningar sällan har utförts. Utan mer specifika målsättningar av kvalitet och kvantitet är det också svårt att utföra vettiga uppföljningar och använda utvärderingen som ett instrument för påverkan till förbättringar. Vanligen beskriver ramavtalen också en sanktionsmöjlighet vid uteblivet läkarstöd. Kommunerna har då rätt att på eget bevåg anlita läkare och debitera regionen denna kostnad. Denna klausul anses dock svår att utnyttja i praktiken. För det första är det oklart vad som definierar ”uteblivet läkarstöd” och för det andra kan klausulen tillämpas först efter en ganska lång svarstid och med möjlighet till korrigerande från regionens sida. För kommunerna blir då denna möjlighet inte särskilt praktisk och även riskabel ur kostnadssynpunkt. Det finns inga uppgifter om att någon kommun ännu använt sig av denna sanktionsmöjlighet⁷.

Generellt anses ramavtalen för läkarstöd till hemsjukvården inte särskilt effektfulla. Omdömen som förekommer är att avtalskonstruktionerna är exempelvis ”otydliga”, ”verkningslösa”, ”godtyckliga” och ”omoderna”. Att uppföljningar sällan görs, trots att det föreskrivs i avtalen, bidrar till att förändringar eller justeringar inte görs.

Andra avtal som berör läkarmedverkan till hemsjukvården är de mer övergripande och omfattande hälso- och sjukvårdsavtalen mellan sjukvårdshuvudmännen inom en region. Dessa avtal reglerar exempelvis principen om när patienterna övergår till den kommunala hemsjukvårdens ansvar. För denna gränsdragning används oftast ”tröskelprincipen” som betyder att när patienterna inte utan större externa åtaganden kan ta sig till sjukvårdens olika mottagningar så ska kommunal hemsjukvård tilldelas dessa patienter. Inom dessa hälso- och sjukvårdsavtal kan finnas olika ambitioner kring hur läkarstödet ska utvecklas och förbättras till den kommunala hälso- och sjukvården. Exempelvis finns inom hälso- och sjukvårdsavtalet i Skåne en särskild utvecklingsdel som beskriver hur mobila läkarinsatser från vårdcentralerna ska stödja särskilda målgrupper i samverkan med kommunernas hemsjukvård⁸. Utvärderingar har dock påvisat att dessa avtal med fokus på utvecklingsambitioner och övergripande mål för detta är svåra att realisera⁹. Oftast underskattas behoven av att avtal som avser att förändra och förbättra verksamheter också behöver ett aktivt och mer raffinerat införandestöd även efter att avtalen har etablerats. Sådana införandestöd kan behöva fokusera på att stödja ett lärande och strategisk

⁷ Att denna sanktionsklausul förmodligen aldrig använts refereras också till i utredningen God och nära vård, kapitel 4 (SOU 2020:19)

⁸ ”Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne”, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-01-19

⁹ ”Utvärdering av modellen för läkarstödet inom Skånes Hälso- och sjukvårdsavtal”, D. Norén/A. Rånlund, 2019-04-01

påverkan – genom bland annat löpande uppföljningar, kommunikation och lärande möten – för att få effekt i komplexa verksamhetssystem med exempelvis fristående vårdcentraler och ett flertal olika sjukvårdshuvudmän involverade. Olika kartläggningar har påpekat att många avtal mer fungerar som passiva ”papperskonstruktioner” snarare än som en effektiv styrning av verksamheter¹⁰.

Kan avtalsramverken få mer effekt?

Att de nuvarande, ofta förekommande, avtalsramverken kring läkarstödet till hemsjukvården måste förändras för att generera förbättringar i samverkan framstår som uppenbart i en kartläggning. Det ska samtidigt sägas att på olika håll pågår en samverkan utifrån läkarstödet som fungerar bra, med eller utan avtalen, men är då ofta beroende av intresse, ambitioner och drivande individer. Dessa förhållanden kan dock förändras snabbt; exempelvis om nyckelpersoner byter tjänster. Det kan också medföra att väsentligen olika förhållanden råder för vården inom en region eller till och med inom en och samma kommun. Att lägga grund för så lika förutsättningar som möjligt är viktigt och för detta har avtalsramverken en viktig roll att fylla.

En grundläggande faktor för mer effektfulla avtal är att de också kan följas upp inom hemsjukvården. Detta genom att lägga mer fokus på uppföljningsbara mål och att resurser också avsätts för att uppföljningen även utförs. Det är viktigt att i detta sammanhang se uppföljningen som ett i första hand verktyg för att förbättra verksamheter och skapa ett lärande mellan olika verksamheter som arbetar i hemsjukvården.

En annan viktig faktor är att till avtalen planera för ett aktivt införandestöd. Detta är en sällsynt företeelse idag. Då samverkan kring läkarstöd i kommunal hemsjukvård inte ingår i en gemensam linjeorganisation behövs oftast ett stöd som hjälper till att arbeta in rutiner och framgångsrika arbetssätt. Detta är särskilt viktigt till avtal som betonar utvecklingsarbete kring exempelvis gränsöverskridande teamsamverkan inom hemsjukvården.

Den allra viktigaste faktorn för att få avtalsramverken att fungera, och ge det önskade resultat som eftersöks, är förmodligen att avtalen på ett tydligare sätt utgår från uppfyllandet av en önskvärd samverkansmodell istället för att (som i fallet med ramavtalen om läkarmedverkan i hemsjukvården) utgå från en form av avropsavtal. Detta förutsätter att en samverkansmodell beskrivs övergripande och till vilken man kopplar olika uppföljningsmått som exempelvis löpande teamkontakter, tydliga rutiner för kontaktvägar, antalet läkarbesök inklusive konsultationstid, minskade sjukhusinläggningar och/eller besök på akutmottagning samt patient- och medarbetarenkäter som kan visa på mer kvalitativa resultat.

¹⁰ ”Samordnad vård och omsorg”, Vårdanalys rapport 2016:1

För att en samverkansmodell ska kunna vara basen på detta sätt visar kartläggningen inom denna studie att många av respondenterna anser att delar av läkarstödet på en vårdcentral kan behöva riktas mer tydligt mot att arbeta inom hemsjukvårdens arbetssätt; alltså ett läkarstöd som i någon lämplig form avskiljs från det läkarstöd som arbetar inom vårdcentralernas löpande mottagningsverksamhet. Skälen till detta är flera men det viktigaste anges som att kunna bibehålla en kontinuitet i läkarrollen till patienter och kommunens medarbetare i hemsjukvården och helst kunna klara av även akuta besök med önskvärd kontinuitet på detta sätt. Dessa skäl har också visat sig avgörande i olika utvärderingar för att nå framgång i en roll som "hemsjukvårdsläkare"¹¹. Detta innebär att även ackrediteringsvillkoren inom vårdvalet kan behöva ses över för att vårdcentraler, enskilt eller i samverkan, ska kunna erbjuda dessa arbetssätt som en del av vårdcentralernas samlade ansvar och uppgifter.

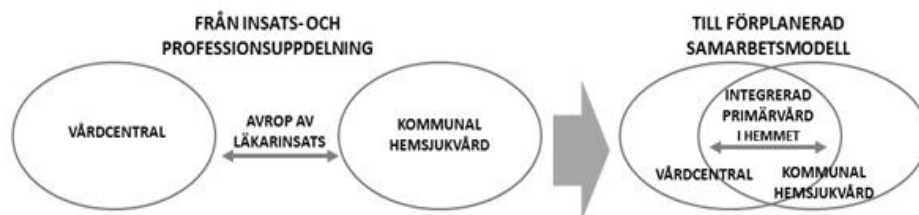
¹¹ "Mobil närvård Västra Götaland – Följeutvärderingen, Slutrapport april 2019, D. Norén/A. Segerberg, "Utvärdering av modellen för läkarstödet inom Skånes Hälso- och sjukvårdsavtal", D. Norén/A. Rånlund, 2019-04-01

En förbättrad läkarmedverkan till kommunal sjukvård – observationer om möjligheter

Nedan summeras några av de mest intressanta möjligheterna som pekats ut under denna studies kartläggningsfas. Ett tydligt ökat fokus på nära vård anses kunna bidra till att mer fokus sätts på att binda ihop samverkan bättre. En annan möjlighet som nämns av vissa är genomförandet av kostnadsomfördelningar för att möjliggöra nya och mer resurskrävande arbetssätt inom primärvården – som kan reducera dyrare vård som idag bedrivs inom sjukhusvården.

Ofta återkommer en diskussion om möjligheterna som kan uppstå om hemsjukvården kan ses på ett nytt sätt; till exempel om man kunde organisera från början utifrån hemsjukvårdspatienternas behov – med att säkra kontinuitet bättre genom att formulera uppdrag som stödjer detta och skapa en organisering som binder ihop arbetet utifrån ett mer patientcentrerat arbetssätt. Utifrån studiens huvudfråga bör detta innebära att läkaruppdraget inom hemsjukvården förmodligen behöver skiljas ut från andra läkaruppdrag; som exempelvis mottagningsverksamhet. Rollen som ”hemsjukvårdsläkare” är då en särskild specialitet vid sidan av andra särskilda uppgifter som läkarrollen kan inneha.

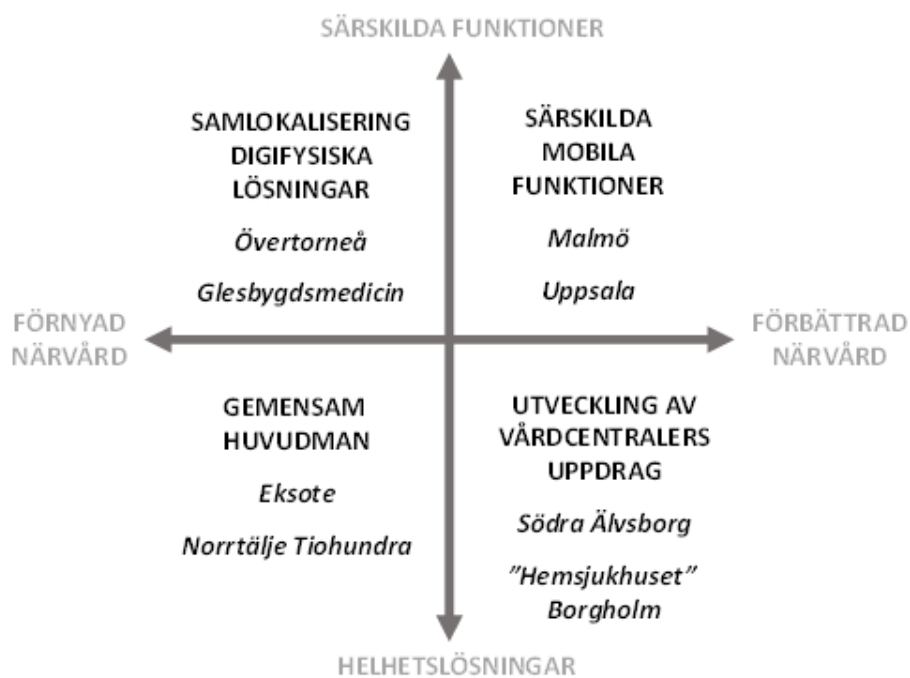
För att komma framåt i utvecklingen anges i flertalet samtal inom denna studie att basen för denna mer integrerade hemsjukvård behöver utgå från ett från början tänkt teamsamarbete mellan läkare, sjuksköterskor och andra professionsgrupper inom hemsjukvården.; en förplanerad samverkansmodell med dedikerade resurser.



Avtalsramverk och styrning utifrån ersättningsmodeller och annat utgår då från denna *samverkansmodell* istället för att som idag utgå från ett *insats- och professionsuppdelat tänkande* som till stora delar avropas efter behov. För detta kan hemsjukvården behöva definieras på ett nytt sätt så att det inte som idag ses som i huvudsak ett kommunalt ansvar. Hemsjukvården är då istället en del av primärvården, som snabbt ökar i betydelse, som ansvaras för av båda huvudmännen; det vill säga regionens primärvård och den primärvård som även kommunerna ansvarar för.

Pågående strategier för förbättrad läkarmedverkan

I Sverige pågår en rad olika utvecklingsarbeten, inom området nära vård, för att förbättra samverkan överlag och där läkarmedverkan till den kommunala hälso- och sjukvården är en viktig del. Det finns ett antal olika ”utvecklingshorisonter” eller strategier som kan ses, som delvis går ihop i sina angreppssätt, men som visar på en uppsättning av gryende alternativa eller komplementära möjligheter. Nedan görs ett försök till att beskriva dessa olika strategier med fokus på förbättrad läkarmedverkan till hemsjukvården.



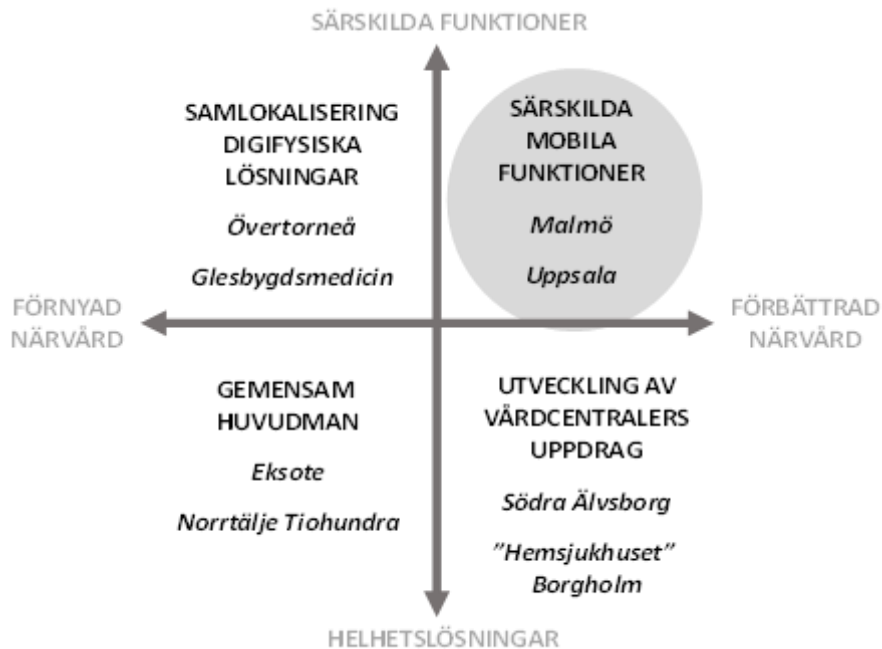
För att få överblick är de olika strategierna uppdelade utifrån två olika utvecklingsdimensioner. Den *horisontella dimensionen* skiljer mellan strategier som avser att med olika insatser förbättra formerna för läkarmedverkan – och insatser som avser att helt förnya formerna för läkarmedverkan. Exempel på strategier för *förbättringar* (i bildens högra sida) är initiativ med att föra in arbetssätt som kan förstärka eller utgöra komplettering till aktiviteter som inte räcker till inom dagens verksamhetssystem. Exempel på strategier för förnyelse (i bildens vänstra sida) är initiativ som avser att ersätta brister med helt nya upplägg för hur läkarmedverkan kan bistå.

Den *vertikala dimensionen* skiljer mellan strategier som bygger på att införa vissa funktioner för att nå en bättre läkarmedverkan – och insatser som avser att ta ett helhetsgrepp; ett mer systemiskt angreppssätt på frågan. Exempel på särskilda funktioner kan vara såväl särskilda mobila team som avser att förbättra samspelet mellan läkarstöd och hemsjukvård som helt nya lösningar med digitala eller digifysiska funktioner som har samma syfte men bygger mer på innovation och helt nya arbetssätt. Exempel på helhetslösningar kan vara helt nya upplägg av huvudmannskapet (en form av organisatorisk innovation) som exemplet Norrtälje Tiohundra där ansvaret för regional och kommunal hälso- och sjukvård är sammanslaget eller, utifrån mer etablerade förhållanden, utveckla vårdcentralens uppgift som en ”primus motor” för att bedriva primärvården, inkluderande ett aktivt och stabilt läkarstöd till hemsjukvården som i exemplet ”Hemsjukhuset” i Borgholm.

Som nämnts ovan, och som bör förtydligas ytterligare, så är dessa olika inriktningar eller strategier inte så skilda åt i verkligheten. Exempelvis kan olika former av förbättrad läkarmedverkan i teambaserade former med hemsjukvården kombineras med nytänkande digitala lösningar för exempelvis stöd och konsultationer liksom diagnostisering – något som det redan finns flera exempel på. Syftet med denna uppställning är i första hand att försöka erbjuda en strukturerad överblick av olika strategier som kan vara behjälpliga i ett fortsatt planerings- och utvecklingsarbete kring förbättrad läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård. I det följande beskrivs ett antal olika exempel som har placerats inom respektive kvadrant i den ovanstående fyrfältaren.

Utveckling av särskilda mobila enheter – exempel från Malmö och Uppsala

Mobila enheter eller roller, som utgör särskilda funktioner för läkarstöd till hemsjukvård och ofta i teamsamverkan med kommunal hemsjukvård, är den strategi som ses mest tydligt i Sverige när det gäller försök att förbättra denna samverkan. Det finns många initiativ som utgår från individuella vårdcentraler, och i en del fall även från sjukhuskliniker, runt om i Sverige. Två större städer visar dock intressanta exempel på något som övergått till ett systemtänk i frågan – Malmö och Uppsala.



Mobila teamen i Malmö

I Malmö finns sedan många år en verksamhetskultur kring samverkan mellan Malmö stad och Region Skånes sjukhus i Malmö med mobila enheter. Gradvis har den verksamhetskulturen också kommit att involvera primärvården. Flera uppmärksammade exempel på nytänkande verksamheter har kommit under åren med såväl teamsamverkan i hemsjukvården och akuta mobila team som bedömer och behandlar patienterna i hemmet. Numera är den mobila verksamheten i Malmö (som även inkluderar mellersta Skåne) en del av organisationen för primärvården i Region Skåne. Verksamheten täcker idag hela Malmö stad med sju läkarbilar som är uppdelade på tre geografiska distrikt i staden och har som målgrupp patienter i hemsjukvård och korttidsboenden. Läkarna utgörs av specialister i allmänmedicin och geriatriker som bemannar dessa tjänster i tvåveckorsperioder. Även ST-läkare tjänstgör i denna verksamhet som en del av utbildningen. På detta sätt menar man att kunskaper om dessa arbetssätt sprids på ett bra sätt. Samtliga mobila enheter bygger på att man samverkar i team med den kommunala hemsjukvårdens personal¹².

¹² Fakta och bedömningar kring de mobila teamen i Malmö bygger på intervjuer med verksamhetschef Mobila teamen, Marie Olsson, Primärvården, Region Skåne (2018-11-12 samt 2020-04-06) samt Pia Nilsson, Enhetschef FoU kvalitet och utbildning, Malmö stad (2018-12-18 samt 2020-03-24).

I verksamheten finns även en särskild akutbil som bemannas av en internmedicinare tillsammans med två så kallade spetsjuksköterskor från kommunen. På detta sätt vill man säkerställa att mer planerade hembesök kan hållas genom att skilja ut de mer akuta behoven. Vidare finns inom den mobila verksamheten även en anställd person i rollen som koordinator och som utgör en gemensam kontaktpunkt för vad man kallar en-väg-in för samtliga sjuksköterskor inom hemsjukvården. Koordinatorrollen innebär vidare att ansvara för planeringen av de uppdrag som de mobila teamen utför. Denna mobila teamverksamhet drivs vardagar under dagtid. För kvällstid och helger finns ett särskilt avtal med jourläkarbilar som drivs av en privat aktör. Denna verksamhet är dock inte lika inriktad på teamarbete med kommunerna utan mer som ett stöd för läkarinsatser under jourtid.

Nästan samtliga vårdcentraler inom Malmö stad har lämnat över hembesöksuppgiften till de mobila enheterna men läkarna på vårdcentralerna fortsätter att inneha rollen som patients ansvarig läkare. Vårdcentralerna behåller hela tiden listnings- och ACG-ersättningen för patienterna men ersätter de mobila enheterna med 30 procent av en särskild ”råd- och stödersättning” som dessa erhåller för att erbjuda konsultativ tid och utbildningar till den kommunala hemsjukvården.

De mobila verksamheterna, som utgör en särskild enhet inom primärvården, är idag etablerad som en form av vårdcentralernas ”förlängda arm”; en funktion som möjliggör för vårdcentralerna att klara andra hembesök till patienter som inte är i hemsjukvården samt uppgiften till de särskilda boendena som kvarstår för vårdcentralerna. Ett nästa utvecklingssteg som anges är skapandet av så kallade virtuella vårdplatser; vårdplatser i hemmet (istället för sjukhusinläggningar) som ombesörjs av de mobila teamen i samverkan med hemsjukvårdens personal. Man ska med detta även försöka få till en bättre samverkan med biståndsbedömningen och hemtjänstens insatser så att en förbättrad kontinuitet kan utvecklas i samverkan kring de mest sjuka patienterna.

Mobila närvårdsteam och Äldrevårdsenheten i Uppsala

I Uppsala finns tidiga erfarenheter från mobila verksamheter som underlättar läkarstödet till patienter som har svårt att ta sig till mottagningar. I Uppsala arbetade under en tid en ”hemsjukvårdsläkare” som med bil besökte patienter i hemmet och som var intresserad av dessa arbetssätt. Med den nationella satsningen Bättre liv för sjuka äldre, som drevs av Sveriges Kommuner och Landsting, utvecklades verksamheten till ett mer teambaserat arbetssätt som först benämndes Mobila hembesöksteamet och sedan Mobila äldreakuten. Idag finns Mobila närvårdsteam som betjänar hela regionen och som bemannas av fem läkare. Till varje mobilt team finns en läkare, en sjuksköterska och en medicinsk sekreterare och teamen utgår från Uppsala. Därutöver finns även ett mobilt hembesöksteam som benämns Äldrevårdsenheten som främst inriktar sig på de mest sjuka patienterna och arbetar i nära samverkan med den kommunala hemsjukvården – dock ännu bara inom Uppsala kommun. Samtliga mobila

verksamheter ingår i förvaltningen Nära vård som är en sammanslagning av de tidigare skilda förvaltningarna Primärvård och Hälsa och Habilitering.

Utvecklingen av de mobila enheterna i Uppsala var en respons på att hemsjukvården inte ansåg sig få det läkarstöd som behövdes från vårdcentralerna och att man från regionsidan såg att det var svårt för vårdcentralerna att ta hand om de mest sjuka patienterna med den kontinuitet som behövdes i vården till dessa. De mobila verksamheterna har etablerats steg för steg men inledningsvis inte utan motsättningar från vårdcentralerna. Alla mobila enheter är anslagsfinansierade och ska på detta sätt inte påverka vårdcentralernas ekonomi.

De mobila närvårdsteamerna utför akuta insatser och kan kontaktas med direktnummer av sjukvårdsupplysningen 1177, kommunala hemsjukvården, vårdcentraler och ambulansverksamheten. Vid behov kan de mobila närvårdsteamerna även direktinlägga patienter på sjukhusen. Merparten av uppdragen kommer från 1177 och hemsjukvården och 80 procent gäller patienter inom Uppsala kommun¹³. Att färre uppdrag gäller patienter i andra kommuner anses bero på att vårdcentralerna där har mer kapacitet att ta hand om patienterna och har närmre relationer till hemsjukvården samt möjligtvis att man på vissa håll inte har vant sig vid att detta stöd finns. Intresset för att arbeta som mobil läkare har ökat under senare år och, precis som i Malmö, uppmuntrar man ST-läkare att randa sig i de mobila närvårdsenheterna. Att verksamheten uppskattas ser man alltmer från vårdcentralerna och särskilt från hemsjukvården som är mycket positiva till utvecklingen.

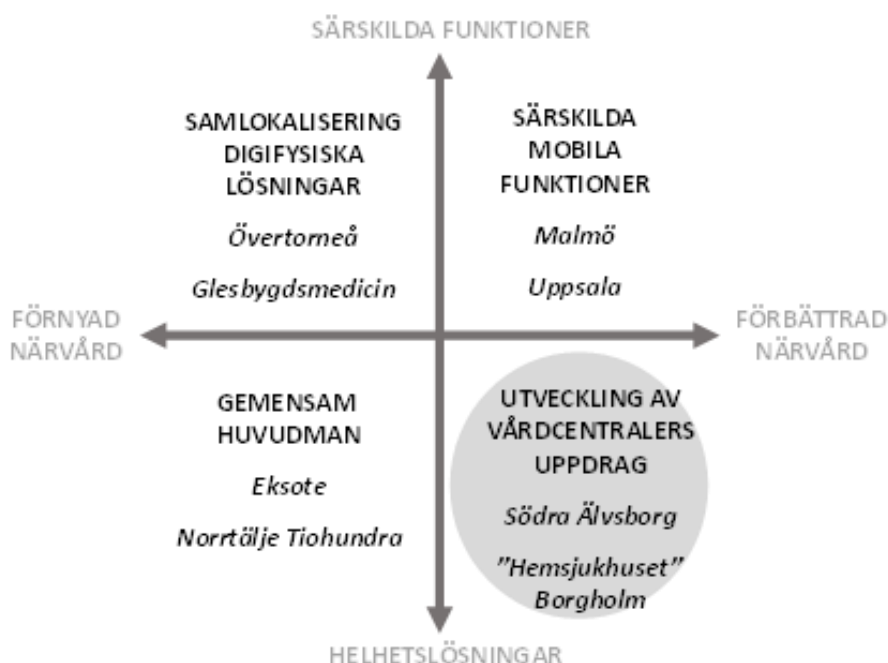
Äldrevårdsenheten är en särskild mobil enhet som hanterar de allra mest sjuka patienterna som är kontinuerligt sviktande. Syftet med denna enhet är att bättre omhänderta krävande patienter som primärvården vanligtvis har svårt att hinna med och som också förutsätter en särskild och tät samverkan med hemsjukvårdens personal som sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Fyra läkare arbetar inom äldrevårdsenheten tillsammans med dietister, farmaceuter och logopedier. I äldrevårdsenheten finns även en samordningssjuksköterska som är anställd i kommunen. Patienter aktuella för äldrevårdsenheten bedöms utifrån remisser och skrivs in i denna enhet. Med detta skiftar läkaransvaret till den ansvarige läkaren inom denna enhet.

De mobila enheterna har under åren av utveckling lyckats med att stödja hemsjukvården med läkarstöd på ett bättre sätt men är fortsatt i en utvecklingsroll i förhållande till vårdcentralernas uppdrag.

¹³ Fakta och bedömningar kring mobila närvårdsteam och äldrevårdsenheten bygger på intervjuer med Christina Mörk, läkare i Mobilt närvårdsteam (2020-04-02) samt Mattias Taflin, verksamhetschef Mobila närvårdsteam och Äldrevårdsenheten (2018-11-08 och 2020-05-05), samt rapporten ”Mobilt närvårdsteam – Borta bra men hemma bäst”, Mattias Taflin, Nära vård och Hälsa, Region Uppsala.

Utveckling av vårdcentralers uppdrag – exemplen Borgholm och Södra Älvsborg

Att förbättra läkarstödet till hemsjukvården med utgångspunkt från förändrade arbetssätt inom vårdcentraler kan ha stora fördelar. Fördelen av att samverka utifrån ett gemensamt lokalt område underlättar ofta för att utveckla och underhålla relationer – på samma sätt som äldre tiders distriktsläkare arbetade där lokalkännedomen om invånarna, levnadssätten och andra lokala förutsättningar var till fördel för att arbeta med hälso- och sjukvårdsfrågor.



Runt om i landet finns vårdcentraler som mer systematiskt försöker att utveckla och anpassa sina verksamhetssystem för att bättre kunna bemöta hemsjukvårdens behov. Dock är denna utveckling ännu inte lika tydlig som de särskilda mobila enheter som beskrivits ovan. Några exempel är dock särskilt intressanta; det så kallade "hemsjukhuset" i Borgholm som visar hur en enskild vårdcentral kan förbättra möjligheterna att arbeta med läkarstödet till hemsjukvården, samt samverkansområdet Södra Älvsborg där man försöker få till ett verksamhetssystem där vårdcentralerna har en viktig roll i att erbjuda hemsjukvårdsläkare i samspel med såväl kommuner som sjukhus.

"Hemsjukhuset" i Borgholm

Hälsocentralen i Borgholm, som verkar inom en glesbygdskommun på Öland med drygt 10 000 invånare, ingår i primärvården inom Region Kalmar län. Sedan en tid har man drivit verksamhetsidén om vårdcentralen som ett nav i ett "lokalt hemsjukhus". I detta verksamhetssystem har man utvecklat ett nära samarbete med hemsjukvården och ambulanssjukvården. Hemsjukvårdstanken

anspelar på ett skifte där primärvården tar över rollen från sjukhuset som den aktör som utgör verklig trygghet och möjlighet till rätt läkarkontakt och vård. När de mest sjuka patienterna tidigare delade sin vård i huvudsak mellan insatser från hemsjukvården och insatser från sjukhuset är modellen med hemsjukhuset att de mest sjuka patienterna ska kunna få den vård och trygghet de behöver genom ett aktivt engagemang från vårdcentralen i sin hemsjukvård – och inte behöva förflyttas mellan hemmet och sjukhuset på sätt som inte passar denna målgrupp¹⁴.

Med en planering från 2016 och start från 2017 är ambitionen från vårdcentralen att de två till tre procent som är de mest sjuka ska ha en och samma fasta läkarkontakt inom vårdcentralen och på detta sätt få en mycket bättre kontinuitet i vårdinsatserna. Detta innebar också att samverkan med den kommunala hemsjukvården är central för att uppnå detta. Ett samverkanssystem började byggas upp genom att bjuda in vårdgrannarna inom hemsjukvården och ambulanssjukvården till hur man bäst kan uppnå de målsättningar som söktes. För nå de viktiga målen om kontinuitet och stabilitet för vården till patienterna utvecklade man i samspel med samverkansparterna en mer tydlig modell för en god tillgänglighet till läkarstödet. Denna bestod i att alla specialistläkare ska vara tillgängliga för akuta hembesök mellan klockan 11.00 till 12.00 dagligen. Denna tid får bokas av hemsjukvårdens sjuksköterskor fram till klockan 08.30 samma dag och löpande av ambulanssjuksköterskorna. Vidare bevakar läkarna sina patienter och kontrollerar varje morgon om någon av dennes patienter har lagts in på sjukhus. På detta sätt säkras att läkarstödet finns aktivt runt patienten och i löpande kontakter med hemsjukvården. Med arbetssättet har en närmare integration påbörjats med hemsjukvården och med resultat som visar på att sjukhusinläggningar minskar kraftigt. Hälsocentralens ledare betonar gärna att dessa arbetssätt inte är begränsade till ett glesbygdssammanhang utan kan genomföras i alla typer av verksamhetsmiljöer.

Ett nästa utvecklingssteg i Borgholmsmodellen är att man vill utveckla digitala lösningar som ytterligare förstärker läkarmedverkan i patienternas hem. Exempelvis är hemmonitorering inom olika patientgrupper något som man ser en stor utvecklingspotential i och som underlättar vårdarbetet inom hemsjukvården.

Hemsjukvårdsläkare och närsjukvårdsläkare i södra Älvsborg

Med grunderna i det omfattande breddinförandet av mobil närvård i Västra Götaland har hemsjukvården i de fem kommunerna inom samverkansområdet Södra Älvsborg utvecklat ett nära samarbete med hemsjukvårdsläkare från många av vårdcentralerna inom samverkansområdet samt med tre stödjande närsjukvårdsteam med utgångspunkt från kliniken Nära vård på Södra Älvsborgs sjukhus i Borås. Sammantaget utgör de olika läkarrollerna, från

¹⁴ Fakta och bedömningar kring ”Hemsjukhuset” i Borgholm bygger på intervju med verksamhetschef Åke Åkesson, Borgholms hälsocentral, Region Kalmar län (2020-06-01), publikationen ”Nära vård i Borgholm, Sveriges Kommuner och Landsting, juni 2018, ” Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård”, Läkartidningen.se, 2018-01-17.

vårdcentraler och från sjukhus, ett verksamhetssystem av läkarstöd för att bättre stödja patienter och kommunernas medarbetare inom hemsjukvården.

Satsningen på mobil närvård startade 2015 och utvecklades stegvis inom Västra Götalandsregionen utifrån grundtankar och arbetssätt som ursprungligen stammar från västra Skaraborg. Med begreppet ”hemsjukvårdsläkare” syftas på en särskild roll och uppgift som utgår från vårdcentralerna. Denna läkarroll är tänkt att vara dedikerad för att samverka mer teambaserat med hemsjukvårdens sjuksköterskor och på detta sätt skapa kontinuitet i läkarkontakten men också genom löpande kontakter underlätta för hemsjukvården att arbeta bättre med vården till patienterna. För att arbeta på dessa sätt, och överbrygga ett samverkansgap, erhåller vårdcentralerna en särskild ersättning för teambaserat arbete när det utförs och inte enbart för läkarens hembesök och konsultativa insatser.

Med hemsjukvårdsläkare ska också vårdcentralen kunna få fördelar med att vissa läkare fokuserar på de mer komplexa och tidskrävande patienterna i deras hem, i en gynnsam samverkan med hemsjukvården som underlättar vårdarbetet för alla parter. Med detta underlättas vanligen också vårdcentralens ”inre arbete” – framför allt med den mer omfattande mottagningsverksamheten som då kan drivas och bemannas utan avbrott för läkarna med att ta hand om brådskande hembesök. Därutöver att även den relativt omfattande kommunikationen och planeringen med hemsjukvården nu lyfts ut ur vårdcentralens dagliga arbete och hanteras av hemsjukvårdsläkarna i direktkontakter med ansvariga sjuksköterskor inom hemsjukvården. På detta sätt bör också ersättningarna för god täckningsgrad öka för vårdcentralerna och att fler patienter är möjliga att lista. Angreppssättet visar på möjligheterna att skilja ut läkarstödet efter olika ”förmedlingslogiker”; hemsjukvård ses då som en särskild specialitet för ett läkarstöd som arbetar med denna typ av vård som också är mer teambaserad.

Utvecklingsarbetet har visat att vårdcentralerna väljer att sköta uppgiften ”hemsjukvårdsläkare” på lite olika sätt. Vissa väljer att se det som en särskild tjänst som man anlitar en eller ett fåtal läkare till. Detta kan även innebära att dessa läkartjänster placeras med bas i kommunala hemsjukvårdens lokaler för att ytterligare underlätta samarbetet. Andra vårdcentraler har valt att låta anställda läkare rotera i tjänsten som hemsjukvårdsläkare och ibland även i löpande växelvis tjänstgöringstid mellan hembesök och mottagning som mer påminner om det som kan beskrivas som det traditionella arbetssättet. Utvärderingar av dessa arbetssätt har visat på att möjligheterna till att nå bäst resultat i den tänkta uppgiften är att låta en mindre grupp av läkare specialisera sig i hemsjukvårdsläkaruppgiften. Detta underlättar kontinuitet i patientrelationen liksom i samverkansrelationerna med sjuksköterskorna i hemsjukvården.

För att stödja behoven av läkarstöd i hemsjukvården finns även så kallade när-sjukvårdsteam som utgår från kliniken Nära vård på Södra Älvsborgs sjukhus i Borås. Klinikens huvuduppgift är att utveckla nya former av förmedling av sjukhusets specialistkompetenser genom mobila insatser; i grunden att driva en ny utveckling för hur den slutna sjukvården kan arbeta på nya sätt – samverkande och utanför sjukhusets väggar. För närvarande satsar man på

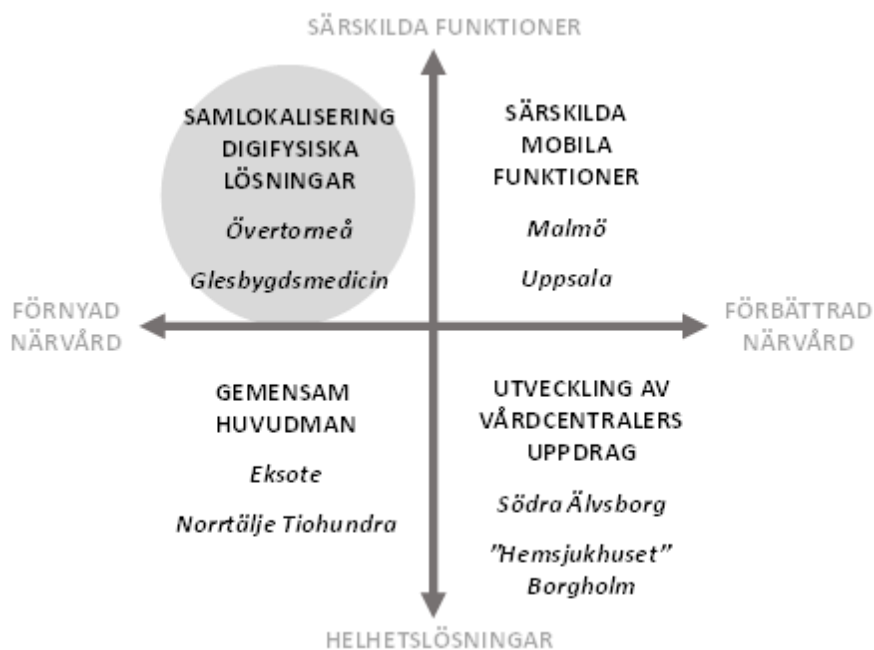
sjukhusets mer omfattande patientgrupp; de mest sjuka äldre. I dagsläget finns tre närsjukvårdsteam där varje team utgörs av en läkare (ofta från geriatrik eller internmedicin) och två specialistsjuksköterskor. För att ytterligare täcka behoven är man också på gång med att starta ett nytt akutteam som ska underlätta för löpande kontinuitet i arbetet för de övriga teamen som har fokus på planerade besök och samverkanskontakter.

Kombinationen av läkarstöd från sjukhuset och läkarstöd från primärvården, utifrån olika ansvarsuppdelningar och patientkriterier, har skapat ett i stort sett heltäckande system av läkarstöd till hemsjukvården som kommunernas medarbetare uppskattar stort, liksom patienter och anhöriga¹⁵. Till en början fanns otydligheter, olika åsikter och även juridiska oklarheter om att även blanda in läkarstöd från sjukhuset i uppgifter som främst anses ska hanteras på primärvårdsnivå inom hemsjukvården. Behoven av geriatriska insatser och även andra specialistinsatser som sjukhusen förfogar över behövs dock för de mest sjuka i hemsjukvården. En annan och mycket viktig fördel är dock att ett tillgängligt läkarstöd från ”sjukhusläkare” inom hemsjukvården, för de allra mest sjuka och komplexa patienterna, möjliggör för hemsjukvårdsläkarna från vårdcentralerna att hinna med andra patienter i hemsjukvården som annars hade kommit i andra hand – alltså en fråga om att kunna hantera kapacitet genom ett mer heltäckande läkarstöd till hemsjukvården.

Utveckling av digifysiska lösningar och samlokaliseringar – exemplet Övertorneå och Glesbygdsmedicin

För de många kommuner som bedriver hemsjukvård i glesbygdsområden är situationen med läkarstöd särskilt utmanande – och på andra sätt än i mer tätbefolkade regioner och tätorter. De förhållanden som råder i glesbygden visar att frågan om läkarstöd behöver bemötas på olika sätt i Sverige och att det inte finns en modell för läkarstödet som är nationell och enhetlig för landet. I glesbygdskommunerna finns alltså en betydande övervikt av äldre i befolkningen och trycket på hemsjukvård och äldreomsorg är problematiskt utifrån resurser och kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården och omsorgen i dessa regioner. Särskilt när det gäller tillgången till läkarstöd. Trots att utmaningarna uppmärksammats allt mer på senare tid återstår mycket förnyelsearbete för att läkarstödet ska kunna bli bättre. Den digitala utvecklingen är lovande för att hitta nya funktioner och arbetssätt för ett förbättrat stöd med läkarinsatser – men mycket återstår att utveckla vidare för att behålla en jämlik vård i Sverige – vilket nedanstående fallstudier visar.

¹⁵ Underlagen för fakta och omdömen om läkarstödet inom Södra Älvsborg är hämtade från kartläggningsrapporten inklusive intervjuer med verksamhetschefer och professionsgrupper ”Att samverka med närsjukvårdsteam – Kartläggningar av frågeställningar och praktiska tillämpningar för att utveckla samverkan”, D. Norén, 20 dec. 2019.



Att behöva samskapa lösningar utanför mallen – Övertorneå

Övertorneå är en kommun med cirka 4 500 invånare och har en andel äldre i befolkningen som ligger i topp i Sverige. Avstånden mellan byarna är stora. Det finns en hälsocentral i Övertorneå med tre fasta läkare och tre ST-läkare. I koppling till hälsocentralen finns även en akutavdelning med fem vårdplatser och ambulanstjänst. Hemsjukvården är samlokaliserad med hälsocentralen i de lokaler som tidigare utgjordes av sjukhuset. Även rehabilitering och biståndsbedömning i kommunen finns i dessa lokaler. Att vara samlokaliserade på detta sätt är en nödvändighet för att hantera resursknapphet, behov av nära samverkan dagligen samt för att underlätta för tjänsteköp mellan regionens och kommunens hälso- och sjukvård som ofta behöver komma till¹⁶. Samarbetet över gränsen till Finland är inte heller ovanligt. För att klara vissa lägen inköps till exempel ambulansservice från den finska huvudmannen på andra sidan gränsen.

¹⁶ Fakta och bedömningar kring arbetssätt och behoven av läkarstöd i Övertorneå bygger på intervjuer med verksamhetschef Elisabeth Eero, Övertorneå hälsocentral (2020-03-30), Eva Ersson, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Övertorneå kommun (2020-04-07) samt Nära vårdpodden 10 februari 2020, diskussion mellan Elisabeth Eero, Kaisu Eero, enhetschef Hälso- och sjukvårdsenheten Älvstranden samt Lisbeth Löpare Johansson, samordnare Nära vård, SKR.

Samskapandet i vårdlösningar mellan huvudmännen är en modell för att klara personalförsörjningen; framför allt när det gäller sjuksköterskemedverkan. De skarpa, lagstadgade och avtalade gränserna mellan sjukvårdshuvudmännen är en utmaning att hantera i Övertorneå. Ofta behövs pragmatiska och snabba samsverkanslösningar för stunden som innebär att man ”naggar i kanten” på vad som egentligen är tillåtet. I grunden, påpekar man, så har man inte det stöd, både i resurser och förutsättningar, som är nödvändigt för ett verksamhetsområde som Övertorneå utgör.

Läkarresurserna är knappa och mycket av verksamheten leds av sjuksköterskor i samverkan från såväl hälsocentralen som från hemsjukvården; exempelvis de bedömningsbilar som införts för att söka upp patienterna i hemmen (som samtidigt utifrån resursläget behöver bedöma behov av sociala insatser). Med dessa bedömningsbilar behöver man utveckla arbetssätt som möjliggör konsultativt och digitalt läkarstöd – något som man eftersöker mer förståelse och stöd för från regionens sida. För hemsjukvården har man 1,5 läkartjänst tilldelad för att involvera efter behov och man är mycket beroende av kapacitet och intresse att bistå från andra specialistläkare med placering i Kalix. För att försöka hitta arbetssätt med stöd av digitalt läkarstöd är sjuksköterskorna i hemsjukvården utrustade med Ipads genom ett utvecklingsprojekt som pågått sedan 2017. De främsta utmaningarna att komma vidare i ett utvecklingsarbete med förbättrat läkarstöd i hemsjukvården, och med digitalt stöd, anges vara svårigheterna att förändra professionernas arbetssätt, och då särskilt läkarna. Vidare pekas på att avtal inte stödjer förutsättningarna att bedriva ett utvecklingsarbete med utökat digitalt läkarstöd som kan stödja hemsjukvården.

De slutsatser som kan dras från Övertorneå, som är i en situation som många andra glesbygdsområden i Sverige också är i, är att det saknas ett anpassat läkarstöd utifrån de förutsättningar som finns i dessa områden. ”Modellen för läkarstödet”, genom inarbetade arbetssätt och avtal, är i grunden densamma som gäller för andra områden där förutsättningarna är helt annorlunda – och lättare att hantera. Resultatet av detta blir att hitta nödlösningar för stunden och tänka ”utifrån-och-in” för att hitta resurser genom ett samskapande som balanserar mot vad som är tillåtet.

I Övertorneå, som ett exempel i detta fall som gäller många andra områden, eftersöker man en form av innovation för läkarstödet. Att denna måste vara av digifysisk art är tydligt och mer realistiskt utifrån förutsättningarna; alltså ett läkarstöd som kan kombinera mer kraftfulla digitala arbetssätt med (fysiska) hembesök som också måste kunna göras i hemsjukvården. Begynnande exempel för detta kan ses i vissa områden i Finland med liknande befolkningsstrukturer. Ett av de största privata hälso- och sjukvårdsföretagen i Finland, Pihlajalinna, har utvecklat ett erbjudande för distansläkartjänst; en tjänst som är anpassad för att ge läkarstöd till glesbygdsområden där det råder brist på läkarbemanning; exempelvis på uppdrag av hälso- och sjukvårdshuvudmannen i Jarvu, Österbotten¹⁷. Distansläkaren är en kontrakterad person med uppgift att stödja den lokala sjukvården med de bedömningar och konsultationer som kan göras på distans. Tjänsten innebär att läkartjänster på detta sätt ska kunna ges med kontinuitet kring patienter som därmed underlättar för att arbeta på detta digitala sätt. Uppdraget skulle kunna kombineras med att den kontrakterade läkaren även vid vissa tillfällen besöker ”sina” patienter på plats som bidrar till ökad personkännedom och kontinuitet.

Angreppssättet visar på potentialen att mer fokuserat utveckla denna typ av funktion eller tjänst som kan göra stor skillnad i situationer av bristande läkartillgång i främst glesbygdsområden men även till andra områden inom mer specialiserade tjänster som exempelvis bedömningar av röntgenbilder, laboratoriesvar och särskilda diagnoser. Tjänsten kan förstås drivas såväl offentligt som privat och utgöra basen för ramavtal kring läkarstöd och även vara en del av ackrediteringsvillkoren inom primärvårdens vårdval.

Läkarstöd genom distansteknologi och digitala gränssnitt – Glesbygdsmedicin

Initiativet Svensk förening för glesbygdsmedicin, som bedriver kunskapsutveckling om ett nytt arbetssätt för vård och läkarstöd anpassat för glesbygdsorter med stora avstånd, startade i Storuman i Västerbottens inland. Angreppssättet bygger på en utveckling där betydligt mer av läkarinsatserna ska kunna utföras med stöd av distansteknologi och digitala gränssnitt och har rötter i ”Rural medicine”, en sedan länge praktisk gren inom medicin i andra länder med vildmark och stora avstånd mellan befolkade områden som exempelvis Australien, Kanada och Alaska.

Inom glesbygdsmedicin ses en outnyttjad potential i att digitalisera läkarstödet inom vissa områden och använda digifysiska angreppssätt som bidrar till att läkarinsatser, genom fysiska besök och mottagningar, inte behöver utföras lika frekvent som idag. Angreppssättet bygger på samma grunder som i andra särskilt ”utsatta” glesbygdsområden med samlokaliseringen och sjuksköterske-

¹⁷ Pihlajalinna erbjuder två former av tjänster som i kombination kan vara en inspiration för en särskild digifysisk tjänst för att förbättra kontinuitet i läkarstödet till patienter i glesbygdsområden; distansläkartjänster och ansvarsläkare (<https://www.pihlajalinna.fi/om-oss/tjanster-for-den-offentliga-sektorn/distanslakartjansterna-ger-stod-i-resursbristen-vi-intervjuar-overlakare-eeva-bjorkstedt>)

driven vård med löpande digitalt konsultationsstöd från främst specialistläkare inom sjukhusvården. Ett antal modellområden har etablerats i samverkan mellan regionerna Västerbotten, Norrbotten och Jämtland-Härjedalen.

Sjukstugemodellen är det mest kända angreppssättet som bygger på lösningar inom glesbygdsmedicin och ska ses som en ambition att upprätthålla en form av minisjukhus där patienter kan läggas in akut och med stöd av allmänläkare, distansläkare, sjuksköterskor, ambulanspersonal och andra professionsgrupper. I faciliteterna ska även finnas laboratorie- och röntgenutrustning samt kritiskt viktig telemedicinsk utrustning. Samlokaliseringar ska underlätta för samverkan med kommunal hemsjukvård och sociala omsorgsinsatser; särskilt äldreomsorg.

Andra exempel är virtuella hälsorum som i perioder är obemannade lokaler dit lokala invånare kan utföra provtagningar, beroende på vad med eller utan personal på plats, samt med digitala stöd få råd och stöd för olika hälso- och vårdfrågor samt även göra bildöverföringar för bedömning av läkare på distans.

Kunskapsutvecklingen inom glesbygdsmedicin sprids alltmer, även mellan de nordiska länderna, och har genom upparbetade angreppssätt en potential i att förnya formerna för hur läkarstöd till hemsjukvården kan utvecklas på nya sätt med stöd av distansteknologi och digifysiska arbetsätt.

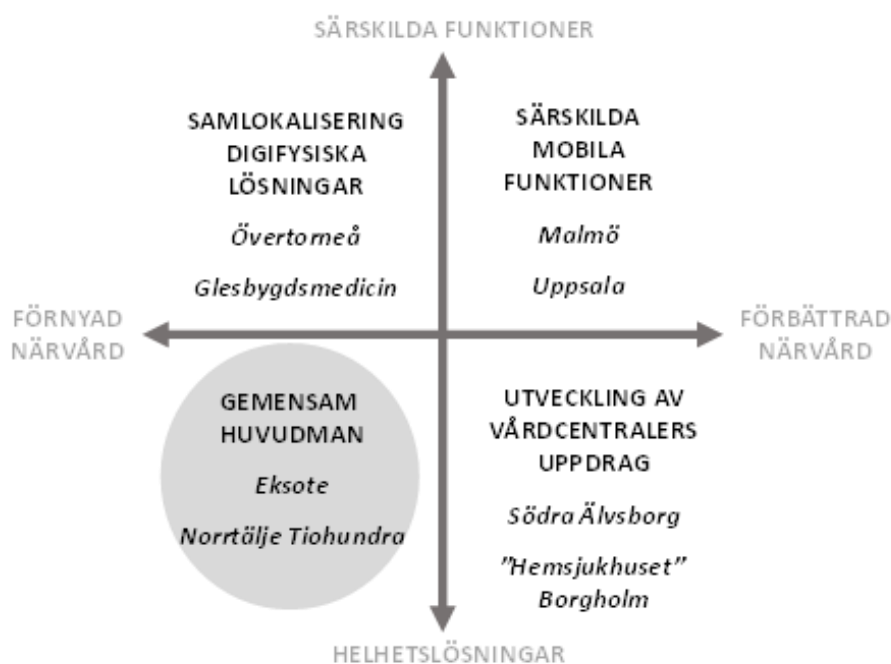
Utbildningar och kompetensutveckling inom glesbygdsmedicin ökar men för att nya arbetssätt för läkarstödet ska kunna etableras behöver samverkansstrukturer, nya typer av läkartjänster, avtal och ersättningsmodeller anpassas för detta. Här anses utvecklingen gå långsamt och att ansvariga politiker och professionsgrupper inte har tagit tillräckligt initiativ och utvecklat ett samspel i denna fråga¹⁸. En möjlighet att nyttja är att fokusera på de nya lösningar som kan främja kontinuitet då detta ses av alla som avgörande för en god vård inom hemsjukvården och att potentialen med distansteknologi är stor för att åstadkomma detta – särskilt i glesbygdsområdena.

Utveckling genom att bilda gemensam huvudman – exemplen Norrtälje Tiohundra och Eksote, södra Karelen i Finland

En strategi för att skapa bättre samverkan mellan huvudmännen, och som ofta åberopas som en lösning på behov av integration och patientfokus, är att slå ihop huvudmännens ansvar och ekonomier till en gemensam organisation. Exempel finns i Sverige genom att kommuner bildar kommunalförbund kring vissa avgränsade verksamheter, oftast dock inom andra områden än vård, där samverkan anses gynna saken särskilt. I vissa regioner med kommuner har man bildat gemensamma nämnder som exempelvis mellan socialtjänst och vård i Sörmland. Det finns enbart två exempel i Sverige där huvudmannaskapet för

¹⁸ Fakta och bedömningar kring utvecklingen av Glesbygdsmedicin bygger på intervju med Peter Berggren, närsjukvårdsområdeschef Södra Lappland, Region Västerbotten samt rapporter och artiklar om effekter av Glesbygdsmedicin som exempelvis "Vård och omsorg på distans: 24 praktiska exempel från Norden", Nordens välfärdscenter, september 2019, "Nära vård – Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter", Sveriges Kommuner och Regioner, 2020.

vård och omsorg är gemensamt fullt ut; Region Gotland och initiativet som vanligen benämns Norrtälje Tiohundra – det särskilda samverkansområdet inom Norrtälje kommun och Region Stockholm. Huruvida denna strategi kan gynna läkarmedverkan i hemsjukvården diskuteras nedan. För att få ytterligare utblick i möjligheter beskrivs även exemplet med samverkansområdet Eksote; en samverkan mellan nio kommuner i södra Karelen i Finland som utgår från förutsättningar som är annorlunda än i Sverige.



Två stolar ska bli en - Norrtälje Tiohundra

Samverkan utifrån ett gemensamt kommunalförbund startades 2006 mellan Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting med Tiohundraförvaltningen. Tiohundraprojektet, som det kom att benämnas, permanentades 2016 då beställarverksamheten fick namnet Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON) och Vårdbolaget Tiohundra AB skildes ut som en av utförarverksamheterna inom Norrtälje kommun – dock alltså ägt till 100% av kommunalförbundet.

Syftet med kommunalförbundet som en gemensam huvudman för regionens hälso- och sjukvård och kommunal hälso- och sjukvård samt omsorg beskrevs som symboliskt från början med att ”två olika stolar för patienternas vård blir en”. Utvecklingen med att integrera regionala och kommunala verksamheter anses dock ha gått trögt och kommunalförbundet har hittills inte skiljt ut sig som en beställarverksamhet av integrerad vård och omsorg utan har lagt ut

vårduppdrag på sätt som liknar andra huvudmän¹⁹. En skillnad är dock ett särskilt kundval där hemsjukvårdsaktörer behöver tillhandahålla även hemrehabilitering och hemtjänst i samma utförarverksamhet för att få ackreditering – men avskilt från läkarstöd som tillhandahålls genom husläkarmottagningar utifrån vårdvalet.

Den egna utförarverksamheten, Vårdbolaget Tiohundra AB, bildades utifrån den ursprungliga tanken om integrerad vård och omsorg. Efter att ha arbetat med i stort sett samma uppdelning av verksamheterna som i andra sammanhang (sjukhus och primärvård, HSL skilt från SoL) så har en ny ledning från 2013 integrerat all verksamhet i en gemensam ledningsgrupp. För att utnyttja detta fullt ut anser man dock att dessa vårduppdrag saknas, är uppdelade på olika avtal som inte går att sammanföra samt att man från kommunalförbundet är noga med att inte skapa förutsättningar där det egna vårdbolaget får särskilda konkurrensfördelar i förhållande till andra utförarverksamheter inom Norrtäljeregionen²⁰. Primärvårdens vårdvalssystem för vårdcentraler är ett exempel där villkor för läkarstödet behöver vara desamma för att iaktta jämlika etableringsvillkor och konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata samt stora och små utförarverksamheter.

Förutom behoven som uttalats från KSON om vikten av att tillhandahålla jämbördiga möjligheter för utförare i verksamheten riskerar kommunalförbund allmänt, som integrerar flera intressen, att få komplexa lednings- och rapporteringsstrukturer till dessa olika ”ägare” av verksamheten. Detta påpekas ha uppstått i fallet ”Norrtälje Tiohundra” med en tung överbyggnad som tagit kraft från utvecklingsuppdraget och inte heller gynnat en kunskapsutveckling kring hur vårduppdrag som integrerar vård kan utformas – det ursprungliga syftet och målbilden med ”Norrtälje Tiohundra”²¹. Att inte heller Region Gotland anses ha kommit längre i utvecklingen av integrerad vård, och med bättre läkarmedverkan i hemsjukvård än andra regioner, pekar på att gemensamma huvudmannastrukturer inte är en självklar lösning för integrerad vård och för särskilda lösningar för att exempelvis förbättra läkarstödet till verksamheter som annars är kommunalt drivna²². Ofta har behoven av nytänkande vårduppdragsformuleringar och beställarstyrning underskattats och att det krävs rätt förutsättningar i mandat och ledningsstrukturer för att kunna bedriva ett sådant förnyelsearbete och även påverka inarbetade verksamhetskulturer.

¹⁹ ”Utvärdering av KSON avseende styrning”, Regionledningskontoret, Analys och utveckling, Region Stockholm, 2019-12-02, ”Utvärdering av KSON avseende resultateffektivitet”, Regionledningskontoret, Analys och utveckling, Region Stockholm, 2019-12-02.

²⁰ Fakta och bedömningar kring utvecklingen inom ”Norrtälje Tiohundra” bygger, förutom ovan nämnda analysrapporter från Region Stockholm på intervjuer med VD Peter Graf, Vårdbolaget Tiohundra AB (2020-04-07) och t.f. beställarchef Mona Larsson, KSON och medicinskt ansvarig sjuksköterska Irene Johansson, KSON (2020-04-08).

²¹ Ibid, Regionledningskontoret, Analys och utveckling, Region Stockholm, 2019-12-02.

²² Region Gotland, med samma huvudmannorganisation sedan 1971, ingår i analysunderlagen för nämnda rapporter från Region Stockholm.

Från sjukvård och omsorg till wellbeing centres – Eksote

Eksote är ett gemensamt kommunförbund för de nio kommunerna inom den finska regionen södra Karelen. Verksamheten inkluderar hälso- och sjukvård samt sociala insatser som omsorg med mera. Vägledande för samarbetet inom en gemensam huvudman har varit nytänkande kring förmedling av vård- och omsorgstjänsterna samt att med nya strukturer och arbetssätt för hög tillgänglighet och med multiprofessionella team bidra till en effektivare och mer personcentrerad vård. Stor vikt har lagts på att utveckla mobila tjänster inom hälso- och sjukvården som tillsammans med omsorgsinsatser kan ges i hemmen hos framför allt äldre patienter. Med en princip om ”låga trösklar” ska medborgarna enkelt kunna nå vård som är mer strukturerad efter behovsgrupper (bl.a. genom samlokaliseringar) än vad den ordinära vården vanligtvis är. En viktig del av tillgänghetslöftet är distansteknologi som underlättar för monitorering, egen vård och kommunikation.

Utmärkande för det gemensamma kommunförbundet är att man utifrån ett antal principer som hög tillgänglighet, samverkan och personcentrering har lyckats med att formera vårduppdrag och styrning av dessa så att innovativa arbetssätt kan etableras. Uppföljning pekar på att man, förutom högre vårdkvalitet, har uppnått en resurseffektivare vård jämfört med andra kommunområden i Finland.

Eksote som exempel innehåller det mesta av de olika strategier för bättre läkarmedverkan som beskrivits ovan – som exempelvis mobila team, samverkansformer designade efter patientbehov, digifysiska angreppssätt och samlokaliseringar. Det som gör Eksote mest intressant för svenska förhållanden och för hur läkarmedverkan kan förbättras till hemsjukvården är den medvetna strategin och målbilden att med ett angreppssätt ”utifrån-och-in” organisera och driva hälso- och sjukvården i kombination med sociala insatser på sätt som är användarvänligt för medborgare och patienter²³.

Observationer utifrån olika strategier för att förbättra läkarmedverkan

Detta avsnitt med en grov strukturering och genomgång av olika strategier eller angreppssätt för att förbättra läkarmedverkan till hemsjukvården lämnar en del observationer som är intressanta. Det tål att påpekas igen att verklighetens olika initiativ till utvecklingsarbete inom frågan ofta består av kombinationer av de exempel som redovisats här.

²³ Fakta och bedömningar om Eksote är hämtade från www.eksote.fi samt från www.openacessgovernment.org, 2020.

Förutsättningarna för att välja och lyckas med olika strategier är starkt skiftande utifrån de olikheter som finns inom landet; som exempelvis olika befolkningsstrukturer, geografiska avstånd, kompetens- och personalförsörjning och utvecklingsresurser för att bara nämna några. Hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige har genom styrning från staten och huvudmännen traditionellt strävat efter att harmonisera verksamheterna; utifrån målet om en jämlik hälso- och sjukvård skapa en enhetlighet så långt som möjligt. Med den pågående samhällsutvecklingen börjar det bli mer tydligt att en jämlik hälso- och sjukvård i landet har kanske bäst förutsättningar om olika lösningar kan anpassas på bästa sätt efter de förutsättningar som finns i varje region och kommun. Olika miljöer kommer att kräva olika former av strategier för att förbättra läkarmedverkan till hemsjukvården.

Av de strategier som beskrivits ovan kan några observationer göras:

- *Fortsatt snabb ökning av mobil närvård med läkarstöd*

Av samtliga strategier är utvecklingen med mobil närvård – där läkarstödet ordnas genom särskilda mobila läkare som samverkar med sjuksköterskor inom hemsjukvården – den lösning som ser ut att vara den som är mest tydlig och som sprids mer än andra strategier. Drivkrafterna till detta är de framväxande goda resultaten och att man ser strategin som ett alternativ i de fall där vårdcentraler inte aktivt tar den eftersökta rollen i detta läge.

- *En outnyttjad potential i att utveckla vårdcentralers uppdrag till hemsjukvården*

Av flera skäl är vårdcentralerna en naturlig bas för att samverka med den kommunala hemsjukvården. Den förankring i en lokal miljö som vårdcentralerna har utgör en logisk och rationell grund för att samverka med hemsjukvårdens olika lokala distriktsorganisationer. Med införandet av vårdval har den geografiska basen luckrats upp något för vårdcentralerna men de framgångsexempel som finns inom denna strategi bygger vanligen på en delad geografisk kännedom och förankring som underlättar relationer och engagemang. Detta är naturligt och etablerat i glesbygdsområden men det finns ett flertal exempel även i större tätorter. För att denna strategi ska utnyttjas, och bättre bistå den kommunala hemsjukvården, krävs ett nytt grepp kring vårdcentralernas uppdrag och som behöver förtydligas genom dedikerade resurser, samarbetsfokus och lärande samt anpassade och tydliga avtal inkluderande ackrediteringsvillkor. Det kan tyckas något förvånande att dessa förutsättningar inte har tagits tillvara.

- *Långsam utveckling av digifysiska lösningar – och särskilda möjligheter för glesbygden*

Trots en omfattande digitalisering av samhället är det fortfarande svårt att få genomslag för mer av digitala lösningar på en bredare front som kan underlätta läkarstödet generellt och till hemsjukvården. Förklaringarna kommer ur en sammanvävd komplexitet som består av oklarheter kring bland annat vilka applikationslösningar som ska gälla, vem som ska bära investeringen, vad som är patientsäkert, påverkan på existerande ersättningsmodeller, huvudmannagränser, inarbetade arbetssätt och otillräckliga kunskaper. För glesbygdsregionerna är denna utveckling ett måste och därför borde särskilda stödsystem byggas upp i dessa miljöer för att säkra läkarstödet till hemsjukvården och andra sammanhang. Här finns i stort sett färdiga koncept som borde kunna föras in mer systematiskt och i kombination med särskilda förnyade ramavtal mellan huvudmännen, och i övriga avtal och vårdvalsackrediteringar i förekommande fall.

- *Svårt och komplicerat att nå utveckling genom att bilda en gemensam huvudmannorganisation*

Det finns ännu få exempel i Sverige på strategier som baseras på en gemensam huvudman för regional och kommunal hälso- och sjukvård – och försök att på detta sätt bättre integrera vården (och omsorgen) över de tidigare gränserna. Till erfarenheterna kan också läggas olika gemensamma nämnder som är ett enklare alternativ till att med samstyrning försöka skapa mer integration. Ofta framförs denna strategi med en gemensam huvudman som vägen framåt men de få erfarenheter som finns pekar dock på att detta är långt ifrån en självklar lösning för att nå resultat. Det är också en mycket komplex och lång process för att komma framåt i en fråga som bättre läkarmedverkan till hemsjukvården. Utifrån analyser av exempel på denna strategi i andra länder ses möjligen en outnyttjad potential – men de försök som gjorts i dessa länder kan ha haft särskilda förutsättningar som inte enkelt kan motsvaras i en regional svensk kontext. Därför framstår denna strategi som den förmodligen mest svåra och komplicerade att ta till.

Hur kan läkarstödet till hemsjukvården förbättras? En analyserande diskussion

Att läkarstödet till hemsjukvården kan förbättras är uppenbart men utmaningarna inom rådande ”system” är att få till en spridning på bredden – och att få det att hålla över tid. Effekterna av ett bra läkarstöd är tydliga och oomtvistade. När det fungerar optimalt beskriver personalen inom hemsjukvården hur mycket bättre man kan arbeta med vården i hemmet²⁴. ”Strulfaktorerna”, som oklar vårdplanering, brist på läkemedelskontroll, oklarheter om ansvar som fast vårdkontakt, och mycket annat som blir negativa resultat av bristande samverkan, tar vanligen en stor del av sjuksköterskornas arbetstid – inte sällan mellan tjugo till femtio procent av arbetstiden. När dessa störningar försvinner, och mer tid kan läggas på förebyggande och kontinuitet i hemsjukvården, minskar också markant behoven av akutmottagningsbesök och sjukhusinläggningar för dessa patienter²⁵. Bristande och oklara samverkansförhållanden kring det löpande läkarstödet påverkar också vårdcentralerna negativt. Vårdcentraler som fokuserat på att skapa mer tillgängliga och hållbara lösningar för sitt läkarstöd till hemsjukvården vittnar om förbättringar i den dagliga planeringen av verksamheten; exempelvis förbättrade möjligheter att kombinera mottagningsverksamheten med hemsjukvårdsuppdragen, mindre problemhantering och hantering av inkommande telefonsamtal från kontaktsjuksköterskor inom hemsjukvården liksom mindre av ständiga omplaneringar för individuella patienter som har lagts in på sjukhus med mera²⁶.

²⁴ En rad olika utvärderingar har dokumenterat resultat när mer optimala samverkansformer har uppnåtts mellan läkarstödet och sjuksköterskor inom hemsjukvården; exempelvis Närvården i västra Skaraborg – Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare, slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, HCM Health Care Management, 2013, samt löpande medarbetarundersökningar inom följeutvärderingen av Mobil närvård i Västra Götaland sammanfattade i ”Mobil närvård Västra Götaland – Följeutvärderingen, Slutrapport april 2019, D. Norén/A. Segerberg.

²⁵ Exempelvis sammanfattat i fallstudiebeskrivningarna inom ”Effektiv vård”, kapitel 6, SOU 2016:2.

²⁶ Jämfört med utvärderingar av förbättrade förhållanden för hemsjukvården av bättre läkarstöd finns det färre utvärderingar av effekter för vårdcentraler kring samma fråga. En utvärdering är ”Intervjustudie: Vårdcentralchefers syn på Mobil Närvård”, delrapport inom följeutvärderingen, 28 augusti 2018. Fallstudieexemplet inom denna studie ”Hemsjukhuset i Borgholm” indikerar också dessa resultat för hälsocentralens övriga arbete.

Även sjukhusen har upptäckt fördelarna med särskilda mobila läkartjänster och team som samarbetar med hemsjukvården. Spridningen av dessa arbetssätt inom olika sjukhusverksamheter går nu snabbt och på vissa håll med mer engagemang än inom primärvården²⁷.

Det finns med andra ord ett stort värde, som också kan beskrivas som ömsesidigt, som är belagt av bättre läkarstöd till hemsjukvården; det gäller såväl avsevärda förbättringar av vårdkvalitet som väsentliga förbättringar i resurseffektivitet. Vilka är då de viktigaste åtgärderna för att komma framåt i frågan och skapa förutsättningar för ökad spridning och hållbarhet i läkarstödet?

Hemsjukvård är i grunden en egen vårdlogik

I de allra flesta fall är patienterna inom hemsjukvården svårt sjuka och instabila; ofta med skiftande förhållanden där personkännedom underlättar insatserna inom hälso- och sjukvården. Vidare är omsorgsinsatser också ofta förekommande för hemsjukvårdspatienterna och där samspel med hälso- och sjukvårdsinsatser är till stor nytta för patienterna och deras närstående. Den viktiga personkännedomen gäller såväl mellan vårdgivare och patient som mellan vårdgivarna själva. Bärande för en god vård till dessa patienter är kontinuitet i samarbetet mellan de berörda, som beskrivits tidigare i denna studie, som en uppenbart central framgångsfaktor inom hemsjukvården med många kroniskt sjuka patienter²⁸. Kontinuitet kan beskrivas som en egen vårdlogik; en bärande grund för vårdarbetet där fasta relationer, så långt som möjligt mellan inblandade parter, är viktigt för att hantera skiftande och komplexa situationer som uppstår av exempelvis multisjuklighet.

Ett exempel på en annan bärande grund för vårdarbete, som här benämns vårdlogik, är hög tillgänglighet. Detta är förstås viktigt även för hemsjukvårdens patienter men inte lika avgörande som kontinuitet; i meningen en löpande kännedom om patientens hälsoläge och risker för snabbt förändrade och försämrade förhållanden, som kan hanteras omgående och med beredskap genom inarbetade samverkansrelationer med andra professionsgrupper. Tillgänglighet som vårdlogik är exempelvis ett utmärkande arbetssätt för vårdcentralerna – att kunna vara tillgänglig för många och ha en hög genomströmning av patienter inom mottagningsverksamheten. Tyngden i arbetet och de ekonomiska ersättningsarna för vårdcentralerna finns inom denna vårdlogik. Ett annat exempel på en vårdlogik är det akuta; att kunna hantera allvarliga och även livshotande hälsolägen genom ett snabbt omhändertagande; ett arbetssätt som ofta är svårt att förena med planerade vårdinsatser.

²⁷ Sjukhusens ökade engagemang i att stödja hemsjukvården illustreras genom exempelvis fallstudien "Södra Älvsborg" inom denna studie och andra tidiga exempel inom exempelvis Hälsostaden Ängelholm/Ängelholms sjukhus. Även Sahlgrenska Universitetssjukhuset ökar sina satsningar på mobila team till hemsjukvården som nu har underlättat för hanteringen av Covid-19. Se exempelvis "Chef för akut: Jag tror vi klarar det här", Läkartidningen, 2020-03-24.

²⁸ Kontinuitet som bärande framgångsfaktor i primärvårdssamarbetet mellan vårdcentraler och kommuner beskrivs tydligt i utredningen "Digifysiskt vårdval", kap. 6.4, SOU 2019:42.

Läkarnas uppdrag finns ofta inom alla dessa olika vårdlogiker; särskilt gäller detta läkarna inom en vårdcentral. Mixen av läkaransvar för insatser över alla vårdlogiker tenderar att verka negativt för läkarstödet till hemsjukvården. För många vårdcentraler är mottagningsverksamheten den centrala och mer omfattande verksamheten vilket innebär att hög tillgänglighet för denna dominerar arbetssätten. Läkarbesöken till den kommunala hemsjukvården kan tendera att utföras på villkor om tid och resurser finns tillgängliga för detta. Ska därför läkarbesök kunna utföras mer med den så viktiga kontinuiteten i grunden, i såväl arbetstid som individuell läkare, kan läkarstödet behöva avgränsas och koncentreras på just detta²⁹. Läkarstödet generellt kan behöva delas upp utifrån olika vårdlogiker och hur viktigt detta är för att hantera olika patientgrupper väl.

Ofta framförs att uppdelningar på detta sätt begränsar läkarnas viktiga kunskaps- och kompetensutveckling - som behöver utgå från bredare sjukdomsgrupper och arbetssätt för att kunna arbeta med gedigen kompetens. Så behöver dock inte vara fallet om anpassade lärande strukturer byggs in i verksamheterna för att upprätthålla dessa målsättningar. Istället uppstår nya möjligheter till viktigt lärande i läkarspecialiserade roller som exempelvis hemsjukvårdsläkare³⁰.

Läkarstödet kan behöva inriktas mer tydligt mot olika vårdlogiker – särskilda arbetssätt och med specifikt fokus som är avgörande för att bedriva bästa möjliga vård med läkarstödet som grund. Hemsjukvården är i grunden en egen vårdlogik som har bäst möjligheter att bedrivas när läkarstöd och övriga arbetssätt inriktas och specialiseras mot att uppnå god kontinuitet – såväl mot patient som i samverkansrelationer med andra professionsgrupper.

Hemsjukvård – en specialitet med särskilda behovsdiscipliner och förmedlingssätt

Hemsjukvård förknippas vanligen med ett kommunalt ansvar, där läkartjänsten inte ingår i den basala hemsjukvården. Om synsättet förändras till att hemsjukvård är egen specialitet – med särskilda patientbehov och sätt att förmedla vården – kan detta leda till en ny ambitions- och kunskapsutveckling som främjar ett bättre läkarstöd? Erfarenheter från andra håll talar för detta och särskilt när utvecklingen av specialiserade mobila läkartjänster studeras; som de exempel som har kartlagts inom denna studie.

²⁹ Denna uppdelning är möjlig för de mellanstora och större vårdcentralerna. Vårdcentraler med ett fåtal läkare behöver kombinera de olika vårdlogikerna i samma person – eller hitta samverkanslösningar med de större vårdcentralerna om detta kan vara praktiskt genomförbart.

³⁰ Inom utvecklingsarbetet och breddförandet av Mobil närvård Västra Götaland, 2016-2019, bildades ett särskilt professionsnätverk för erfarenhetsspridning och lärande om rollen som mobil hemsjukvårdsläkare som i utvärderingar uppskattades stort av de läkare som gradvis involverades i dessa roller.

Som beskrivits ovan så är många av vårdtagarna inom hemsjukvården ofta de mest komplexa och instabila patienterna. Dessa kan beskrivas som en mer krävande målgrupp och utgör en särskild ”behovsdisciplin” som också kräver särskilda arbetssätt för att läkarstödet ska ge bästa effekt. Läkare som specialiserat sig på dessa patientgrupper och arbete inom hemsjukvården brukar beskriva att läkararbetet i boendemiljön är ett särskilt ”förmedlingssätt” som skiljer sig markant åt från mottagningsverksamhet³¹. Ett vant arbetssätt för en läkare i hemsjukvården underlättar för att man kan förstå sina patienter betydligt bättre genom att verka i denna miljö. En av de första hemsjukvårdsläkarna inom utvecklingsrörelsen kring mobil närvård beskrev det som att ”köksbordet är en arena och vårdideologi”³².

Synen på hemsjukvård behöver skifta från att ses som primärt en kommunal hälso- och sjukvård, som avropar läkarstöd efter behov, till en hälso- och sjukvård som är en egen specialitet i sig – med särskilda och mer komplexa behovsgrupper som kräver specialiserade arbetssätt och specifika kunskaper om hur vården bäst förmedlas och optimeras i boendemiljöer. Då kan nya kunskaper och samverkansformer komma i en ny utveckling och där läkarstödet utvecklas ytterligare.

Befintliga ramar och avtalsverk för hemsjukvården – stödjer eller stödjer inte utvecklingen?

Kan dagens ramar och avtalsverk för hemsjukvården stödja den utveckling som behövs för att nå bättre samverkan och ett förbättrat läkarstöd till hemsjukvården? Handlar det om att främst vässa kraven inom dessa avtal för att komma framåt? En rimlig bedömning är att dagens avtalsramverk är otillräckliga och att skärpningar eller vissa fokuseringar leder utvecklingen framåt i en alltför långsam takt. Dessutom med risken att utvecklingen kommer att ytterligare gå i mycket olika takt runt om i landet och öka på ojämlika förhållanden. Därutöver är det uppenbart att helt nya lösningar för läkarstödet redan är en nödvändighet i många glesbygdsmråden och har svårt att utvecklas utan att man ser behovet att börja om på nytt med avtalsramverk som är anpassade för dessa förhållanden.

³¹ Frågan om att behöva anpassa arbetssätt inklusive läkarstödet utifrån olika förmedlingslogiker, som exempelvis samverkan i hemsjukvården, diskuteras på ett intressant sätt i utredningen ”Digifysiskt vårdval”, sidan 236, SOU 2019:42.

³² Citatet stammar från Jesper Poucette som tjänstgjorde som hemsjukvårdsläkare inom närvårdssamverkan i västra Skaraborg under dess första dryga decennium.

De nya ramar och avtalsverk som behövs måste också kunna stödja ansvar, roller och funktioner som är viktiga för att utveckla en ny typ av samverkan som inte från början är uppdelad på olika insats- och professionsansvar. Det gäller exempelvis stöd för verklig teamsamverkan, som exempelvis att tid för fördjupad vårdplanering och kommunikation, konsultativa insatser och utbildning ersätts och följs upp, att digitala samverkansformer och roller/uppgifter underlättas, att koordinatorroller tillsätts och ersätts, att enkla kommunikationsvägar mellan olika samverkansorganisationer kravställs och underlättas för.

Hemsjukvården som verksamhetsområde och vårdplats kommer att öka med den demografiska utvecklingen av allt fler äldre och med möjligheterna att bedriva alltmer vård, och bättre vård, inom denna vårdlogik. Fortsatt digitalisering och ökat fokus på nytänkande samverkan skapar nya möjligheter att utnyttja dessa fördelar. För att resurserna och kunskaperna ska kunna blomma ut, och att utveckling kan ske inom en rimlig tid, behöver såväl ramar som avtalsverk formars utifrån de nya samarbetsmodellerna – inte att de nya samarbetsmodellerna ska behöva formars utifrån befintliga ramar och avtalsramverk som ofta är en begränsande verklighet som nytänkande samarbete inom hälso- och sjukvården möter idag.

De ramar och avtalsverk som finns idag kring hemsjukvården riskerar att hämma, eller väsentligen försena, den utveckling som är möjlig mot nya samverkansformer och där läkarstödet utgör en tydligare och aktivare del i vårdarbetet. Detta blir särskilt bekymmersamt när hemsjukvården behöver blir ett allt viktigare kunskapsområde och vårdplats till följd av bland annat den demografiska utvecklingen och digitaliseringens möjligheter att stödja vårdarbetet i hemmen. De nya ramarna och avtalsverken behöver formars utifrån de samarbetsmodeller som är optimala och som nu växer fram mer och mer – istället för tvärtom.

Finns det ett behov av att tänka om hemsjukvården?

Det finns idag en utbredd och pågående utvecklingsrörelse kring hemsjukvården där samverkansformerna mellan kommunala och regionala hälso- och sjukvårdsorganisationer prövas i nya former och förändras på olika sätt. Fokus på närvård och omställningen mot mer patientcentrerade arbetssätt är en nationell företeelse och understöds på olika sätt av olika initiativ och stödmedel – inte minst från statens sida. Som fallstudiebeskrivningarna i denna studie har visat ses olika strategier varav vissa utvecklas snabbare och sprids mer än andra. Utveckling mot förbättrat läkarstöd till hemsjukvården får dock ändå beskrivas som relativt trög och långsam. Det organisatoriska mellanrummet mellan de två viktigaste samverkansparterna – vårdcentralerna och de kommunala hemsjukvårdsenheterna – är svårt att komma åt. Viktiga och större utredningar från staten har visat på angelägenheten att brygga över detta mellanrum och säkra bättre samplanering och samverkan kring de patientgrupper inom hemsjukvården som kommer att öka snabbt i antal³³.

För att komma framåt i utvecklingen instämmer denna studie med bedömningar som gjorts i andra sammanhang att hemsjukvården behöver tänkas om – från ett samspel kring avrop av (läkar)tjänster till ett nytt samverkanssystem där de två ansvariga primärvårdsaktörerna kring hemsjukvården utgör ett integrerat samverkanssystem enligt den vårdlogik och arbetssätt som beskrivits ovan. Detta har benämnts som ett nytt beskrivningssystem för hälso- och sjukvård i hemmet³⁴.

För att underlätta en viktig utveckling – som alljämt måste ses som trög utifrån de upparbetade kunskaper som nu finns kring viktiga förbättringar inom hemsjukvården – finns ett behov av att tänka om hemsjukvårdens nuvarande upplägg. Som föreslagits i andra sammanhang handlar detta om ett nytt beskrivningssystem för hälso- och sjukvård i hemmet – som ersätter en hemsjukvård som förknippas med framför allt ett kommunalt ansvar.

³³ De tydligaste inslagen kring denna fråga är exempelvis förslaget om ”riktad primärvård” inom utredningen ”Effektiv vård”, SOU 2016:2, och förslaget om att ”huvudmännen ska utforma en långsiktig strategisk planering för det gemensamma ansvaret inom primärvården” inom utredningen ”God och nära vård”, SOU 2020:19.

³⁴ Utredningen ”God och nära vård”, kapitel 4, SOU 2020:19.

Slutsatser – från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet

Att hemsjukvården kommer att utgöra en allt viktigare form av vård, och vara en viktig plats för vård till patientgrupper där många är svårt sjuka, är alldeles tydligt utifrån den utveckling vi nu ser. När hälso- och sjukvårdsstrukturerna formades, såsom vi huvudsakligen känner dem idag, var läget annorlunda. Andelen äldre i befolkningen var betydligt lägre, livslängden kortare, andelen patienter med konstaterade kroniska sjukdomar färre, de medicinska kunskaperna var goda men ändå begränsade i förhållande till idag, den medicinska tekniken inte lika utvecklad och digitaliseringen med mobil teknik samt besluts- och kommunikationsstöd fanns inte på kartan.

Mycket har med andra ord hänt, och det även sedan hemsjukvården fördes över till kommunernas ansvar i alla Sveriges regioner utom en. Med tanke på hur nya och förstärkta drivkrafter nu trycker på i utvecklingen finns det all anledning att också se hemsjukvården med nya ögon. Särskilt när vi idag vet att det finns brister i läkarstöd och samverkan som det finns lösningar på – och som vi vet kan ge värdefulla effekter av både högre vårdkvalitet, ökad patientsäkerhet och effektivare resursanvändning – på samma gång. Nyttan är dessutom ömsesidig för sjukvårdshuvudmännen. När samverkan mellan läkarstödet och professionerna inom den kommunala hemsjukvården är god är alla vinnare – särskilt patienter och närstående.

Ofta har det framförts från kommunerna en oro för att allt mer vård ska flyttas från regionernas hälso- och sjukvård till kommunernas hälso- och sjukvård. Särskilt den snabba ökningen av patienter med hemsjukvård har oroat många kommuner. Oron kan vara befogad om läkarstödet svajar – men när läkarstödet fungerar väl har denna oro inte kvarstått och förutsättningar att effektivt använda arbetstid och kunskaper har förbättrats väsentligt, liksom arbetsmiljön – och ingen part har då heller velat backa ur ett sådant närmare samarbete³⁵.

Då många goda exempel, och några av de bästa modellerna, på förbättrat läkarstöd har kommit till genom proaktiva samarbetsinitiativ mellan regioner och kommuner är det svårt att se en väg framåt med helt andra strategier; exempelvis genom att skapa nya gemensamma huvudmannorganisationer (som är en strategi som granskats i denna studie) eller att ge sig in på att få till en ny skatteväxling. Dessa strategier ser ut att vara för komplicerade och inte lika säkra för att komma åt de bästa möjligheter som finns att tillgå inom en rimlig

³⁵ Denna bedömning vilar på utvärderingar av olika samverkansprojekt under ett decennium, bland annat projekt inom det nationella programmet Bättre liv för sjuka äldre och följeutvärderingen av mobilt läkarstöd till hemsjukvården inom 49 kommuner i breddinförandet av Mobil närvård i Västra Götaland 2016-2019.

tid. Förnyade och integrerade samarbeten mellan de befintliga sjukvårdshuvudmännen framstår som mer realistiskt – men behöver nu få de förutsättningar som får det att hända på bredden och med den spridning som då kan åstadkommas.

Behovet av ett nytt beskrivningssystem för hälso- och sjukvård i hemmet

Som framförts i analysavsnittet inom denna studie så ses det som nödvändigt att ta ett helt nytt perspektiv på hur hemsjukvård, för närvarande förknippad med huvudsakligen ett kommunalt ansvar, kan beskrivas på ett nytt sätt som tar bort det organisatoriska mellanrum som finns idag mellan region och kommun. Beskrivningen ska klargöra hur primärvårdsaktörerna på regionsidan liksom kommunsidan tar ett gemensamt ansvar för hälso- och sjukvården i hemmet – med sina respektive arbetsuppgifter förtydligade i förhållande till varandra.

En samarbetsmodell med gemensamt ledningssystem, inklusive former för kvalitets- och förbättringsarbete är central utgångspunkt för denna beskrivning. Beskrivningen kan inte vara en skrivbordsprodukt utan behöver sammanställas från erfarenheter av bästa praktik och utifrån hur professionerna ser hur denna samarbetsmodell kan bedrivas på bästa sätt. Att professionerna är med och utvecklar beskrivningarna har visat sig utnyttja de bästa kunskaperna samtidigt som förankring och ansvar uppstår³⁶.

Med tanke på skillnader i regionala och lokala förutsättningar är det svårt att se att det finns en enda enhetlig samarbetsmodell. Som exemplen i denna studie visat, med olika strategier för bättre läkarstöd, kan olika samarbetsmodeller finnas – även inom samma region där förutsättningarna kan vara högst olika som mellan storstad, tätort och glesbygd. Det viktiga är dock att det finns en gemensam beskrivning att utgå ifrån – och som utgör grund för nästa steg av ramar, avtalsverk och löpande styrning.

REKOMMENDATION

Samla viktiga utförareaktörer inom ett naturligt samverkansområde och arbeta fram en beskrivning med samarbetsmodell som tydliggör hur läkarmedverkan kan säkras på bästa sätt, utifrån hemsjukvårdens behov av kontinuitet, hur ett gemensamt ledningssystem ser ut för detta – och hur ett löpande kvalitets- och förbättringsarbete kan bedrivas.

Beroende på skiftande regionala förhållanden – exempelvis tydlig glesbygd – kan olika beskrivningar av samarbetsmodeller behövas.

³⁶ Kartläggningstudien ”Tjänstutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård – Om utvecklingskraft i landsting och regioner”, Socialstyrelsen, 2017-5-18, visade hur dessa öppna och involverande arbetssätt bidrog med en ny typ av effektiv ”mjuk styrning” mot gemensamma mål.

Ramar och avtalsramverk som stödjer samarbetsmodellen

Utifrån beskrivningssystemen av hälso- och sjukvård i hemmet utformas ett ramverk för samverkan med avtal som parterna ser har den bästa möjligheten att stödja den tänkta samarbetsmodellen. Avtal och överenskommelser genereras då utifrån hur den optimala samarbetsmodellen är tänkt att fungera – istället för tvärtom; avtal först och sedan en förhoppning om följsamhet i samarbetsroller som ofta är den etablerade avtalsgången.

Den grundläggande vårdlogiken kontinuitet, som är avgörande för patienter som vårdas i hemmet, är en logik att förhålla sig till utifrån hur avtalen formuleras och följs upp. Avtalen är sedan viktiga för nästa steg – hur styrningen ska utformas och bidra till att samarbetsmodellen både etableras, efterlevs över tid och når tänkta kvaliteter.

REKOMMENDATION

När samarbetsmodellen har växt fram i gränsöverskridande samtal och med tydliggjorda ömsesidiga fördelar – utveckla det ramverk av avtal och överenskommelser som behövs för att kunna förverkliga det som ska uppnås.

Med detta arbetssätt; kontrollera att inga fallluckor och organisatoriska mellanrum uppstår på nytt, att lämplig styrning kan etableras och utföras i nästa steg.

Inför en testperiod med följeutvärdering för att ha möjlighet att justera avtal och styrning samt upprätthålla ömsesidiga fördelar.

En styrning som främjar samverkan och spridning – hård och mjuk styrning

När samverkan genom förplanerade samarbetsmodeller är i fokus behöver även styrningen förändras. Styrningen har i hälso- och sjukvården vanligen utgått från ersättningar och uppföljningar av enskilda insatser från professionerna (exempelvis hembesök av läkare) och att ge incitament för att ”pussla ihop” olika professionsgrupper och deras insatser (exempelvis upprättande av samordnad individuell plan).

Den styrning som är viktig i samarbetsmodeller är inte mängden insatser utan hur väl samverkan uppstår mellan parterna. Effekter av god teamsamverkan, där kontinuitet kring patienten utvecklas väl, kan nämligen innebära att exempelvis färre läkarinsatser behövs. I ett insatsfokuserat stysystem skulle däremot färre läkarinsatser i hemmet kunna ses som att en sämre vård ges till patienten. En styrning som vill uppmuntra till samverkan och kontinuitet måste kunna stödja andra viktiga insatser och nya funktioner som exempelvis löpande kommunikation, tillgänglighet och enkla kontaktvägar, koordinatorroller, rådgivning och utbildning, kommunikationsstöd för patienter, samlokaliseringar med mera. Med förankrade samarbetsmodeller kan styrningen i stora delar vara övergripande och flexibel i sin karaktär. När tidigare skilda insatser inte längre behöver ”pusslas ihop” genom en styrning, och ersätts av en nära samverkan, utvecklas exempelvis vårdplaneringen på ett naturligt sätt utan styrningsmodeller som samordnad individuell plan (SIP). Med rätt utgångspunkter i styrningen (som beskrivs fortsättningsvis i det följande) visar erfarenheter att professionsgrupperna inom en samarbetsmodell snabbt hittar de samverkansformer som ger bäst resultat; en form av professionsstyrning som utvecklas väl av tillit och stöd till lärande.

Det som här benämns den ”hårda styrningen” kan ta hand om mycket av ovanstående genom att stödja och ersätta det som binder ihop till samverkan; exempelvis genom indikatorer och målsättningar för detta. Men detta räcker sällan till för att etablera nya samarbetsmodeller som också utmanar inarbetade arbetssätt och verksamhetskulturer. Även en mer raffinerad och ”mjuk styrning” behövs – som kan ge nya bilder och förflytta medarbetares synsätt och engagemang – något som ofta har saknats men som nu börjar uppmärksammas alltmer som en viktig men saknad dimension av styrning³⁷.

REKOMMENDATION

När samarbetsmodeller för hälso- och sjukvård i hemmet har växt fram, och anpassade avtal samt överenskommelser som bedöms kunna ge nödvändigt mandat och resurser för etablering av en önskad ny samverkan är på plats, är en nytänkande styrning mycket viktig i nästa steg.

Samarbetsmodellen utgör en kraftfull styrning i sig. Den övriga styrningen bör fokusera på att ge särskilda förutsättningar för önskad samverkan. Med en tydlig samarbetsmodell kan styrningen förenklas i jämförelse med dagens många styrnings- och uppföljningsindikatorer.

Underskatta däremot inte behovet av en mer raffinerad styrning som här benämns ”mjuk styrning”. Med tanke på den omställning som hälso- och sjukvård i hemmet innebär behövs ett införande- och utvecklingsstöd som verkar långt efter etableringen av samverkansavtalen.

³⁷ Studier av bästa praktik inom ”mjuk styrning” i ett antal regioner, ”Tjänstutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård – Om utvecklingskraft i landsting och regioner”, Socialstyrelsen, 2017-5-18

Det har tidigare påpekats i denna studie att en brist med implementering av avtal och överenskommelser är att det ofta saknas ett viktigt införandestöd. När detta har funnits har det gjort stor skillnad³⁸. Mjuk styrning är en form av införandestöd. Den mjuka styrningen som är viktig i detta sammanhang är ett ökat fokus på kunskaps- och kompetensutveckling kring vårdformen hälso- och sjukvård i hemmet. Det är en viktig form av kunskapsstyrning som samtidigt lyfter kunskaper om vård som stödjer kontinuitet, hur samverkan kring komplexa patienter kan bedrivas interprofessionellt och kunskaper om förmedling av vård i hemmet som är viktiga; särskilt för läkare som är intresserade av att arbeta som ”hemsjukvårdsläkare”.

Den mjuka styrningen utförs också genom att säkra arenor för ett gemensamt och praktisknära förbättringsarbete inom samarbetskonstellationer lokalt och mellan olika lokala verksamheter inom regionen samt spridandet av bästa praktik inom hälso- och sjukvård i hemmet.

En övergång eller omställning från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet är en kunskaps- och utvecklingsresa som kommer att behöva stöd – för att kunna bli den etablerade verksamheten för den hälso- och sjukvård som ges till de mest sjuka som inte bör få vård genom att ta sig eller transporteras till olika mottagningar och kliniker. För denna omställning kommer det att behövas ett mer anpassat och intensivt införande-, lednings- och utvecklingsstöd som stöttar lokalt och regionalt, utförarverksamheter liksom ansvariga politiker och tjänstemannaledning och som även involverar patienter och närstående. En genomtänkt mjuk styrning för detta är extra resurser som utgör en bråkdel jämfört med uppsidan för resurserna – med att lyckas med hälso- och sjukvård i hemmet.

Översikt av slutsatser i tre steg



³⁸ Delstudien ”Samverkan mellan huvudmän kring grupper med stora behov – utvecklingstrender och erfarenheter” (ingår som en bilaga i rapporten ”Förutsättningar för ett hälso- och sjukvårdsavtal i Stockholms län 2019 och framåt”, Storsthlm och Region Stockholm, 2018) är en fallstudie kring hälso- och sjukvårdsavtalen i Skåne och Västra Götaland mellan respektive region och samtliga kommuner. I båda avtalen finns samma målgrupper inom hemsjukvården definierade och i stort sett samma arbetsformer för läkarstödet. I Västra Götaland lyckades man med ett breddinförande i samtliga 49 kommuner genom ett kraftfullt införandestöd under tre år. I Skåne saknades ett liknande stöd och efter tre år hade arbetssätten spritts till endast ett fåtal kommuner av de 33 i Skåne.

Intervjurespondenter

Kajsa Andersson, distriktssköterska, Markaryds kommun

Charlotte Barouma, grundare Västerlänkarna, konsult primärvårdsutveckling

Peter Berggren, närsjukvårdsområdeschef Södra Lappland, Region Västerbotten

Elsy Bäckström, systemansvarig samordnad planering (MINT-teamet), Region Jämtland Härjedalen

Gunnar Carlgren, SFAM, Svensk förening för allmänmedicin, Rådet för sköra äldre

Elisabeth Eero, verksamhetschef hälsocentralerna Övertorneå samt Haparanda och Överkalix

Anna-Karin Eklund, förvaltningschef Omvårdnadsförvaltningen, Söderhamns kommun

Eva Ersson, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Övertorneå kommun

Peter Graf, VD, Vårdbolaget Tiohundra AB

Irene Johansson, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje

Lena Kruse, verksamhetschef HSL/Socialförvaltningen, Luleå kommun

Lone Larsen, projekt- och processledare Äldrehälsa Kronoberg

Mona Larsson, tf. beställarchef, Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje

Karl Ljungström, Mobila läkare Västra, Sjukhusvården Region Kronoberg, verksamhetsledare Äldrehälsa Kronoberg Väst

Christina Mörk, specialist i allmänmedicin och geriatrik, läkare Mobilt Närvårdsteam, Region Uppsala

Pia Nilsson, enhetschef FoU kvalitet och utbildning, Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen, Malmö stad

Marie Olsson, biträdande primärvårdschef, verksamhetschef Mobila teamen i Malmö och Mellersta Skåne

Lena Pomerleau, specialistsakkunnig, ordförande RPO Primärvård, Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen Kunskapsstyrning och stöd

Lars Stavenow, rådgivare, Region Skåne

Mattias Taflin, verksamhetschef Mobila närvårdsteam, läkarchef Närvårdsavdelning, Nära vård och hälsa, Region Uppsala

Solveig Wanland, distriktsläkare, Närhälsan Tidån, Västra Götalandsregionen

Cajsa Åkerholm, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Eskilstuna kommun

Åke Åkesson, verksamhetschef Borgholms hälsocentral

Källförteckning

Ackreditering och avtal för vårdcentral i Hälsoval Skåne, Region Skåne, 2017

Allmänläkarens uppdrag i hemsjukvården, SFAMs Råd för hemsjukvård 2015

Att samverka med närsjukvårdsteam – Kartläggningar av frågeställningar och praktiska tillämpningar för att utveckla samverkan”, D. Norén, 20 dec. 2019

Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2016-01-19

Chef för akut: Jag tror vi klarar det här, Läkartidningen.se, 2020-03-24.

Digifysiskt vårdval, Statens Offentliga Utredningar, SOU 2019:42

Effektiv vård, Statens Offentliga Utredningar, SOU 2016:2

God och nära vård, Statens Offentliga Utredningar, SOU 2020:19

Grund för en strategisk plan för att stödja en god och nära vård, Socialstyrelsen 2019-11-6445

<https://regionvasterbotten.se/glesbygdsmedicin/om-glesbygdsmedicin>

<https://www.pihlajalinna.fi/om-oss/tjanster-for-den-offentliga-sektorn/distanslakartjansterna-ger-stod-i-resursbristen-vi-intervjuar-overlakare-eeva-bjorkstedt>

Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte, Implement Consulting Group, andra upplagan, maj 2016, augusti 2018

Intervjustudie: Vårdcentralchefers syn på Mobil Närvård, följeutvärderingen, Västra Götalandsregionen

Kan doktorn komma, Studiebreve om hemsjukvård, SFAMs Hemsjukvårdsråd genom Elisabeth Svensson

Konceptuellt underlag för kommande hälso- och sjukvårdsavtal mellan de skånska kommunerna och Region Skåne, Tjänstemannagruppen för ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal, 2014-06-12

Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård, Läkartidningen.se, 2018-01-17

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, Förstudie, Socialstyrelsen 2019-2-17

Krav- och kvalitetsbok, Förfrågningsunderlag Vårdval Vårdcentral 2019, Västra Götalandsregionen

Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården, Vårdanalys, rapport 2020:4

Mobil närvård Västra Götaland – Följeutvärderingen, Slutrapport april 2019, D. Norén/A. Segerberg

Mobilt närvårdsteam – Borta bra men hemma bäst”, Mattias Taflin, Nära vård och Hälsa, Region Uppsala

Målgrupper i fokus för samverkan; bedömningar av kostnadsutveckling och potentialer, Region Skåne, Implement Consulting Group, mars 2016

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

Nära vård – Nya sätt att utvärdera ändamålsenlighet och systemeffekter, Jon Rognes, Anna Krohwinkel, Unni Mannerheim, Leading Health Care, 2019-10-01

Nära vård-podden, avsnitt 5: En gräns som leder till samarbete, diskussion mellan Elisabeth Eero, Kaisu Eero, enhetschef Hälso- och sjukvårdsenheten Älvstranden samt Lisbeth Löpare Johansson, samordnare Nära vård, Sveriges Kommuner och Regioner, 10 februari 2020

Nära vård i Borgholm, Sveriges Kommuner och Landsting, juni 2018

Närvården i västra Skaraborg – Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare, slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting, HCM Health Care Management, 2013

Organisering av Region Skånes läkarstöd till kommunal hemsjukvård – samt vissa övriga mobila tjänster utanför vårdinrättning, Lars Stavenow, Region Skåne, 2016-07-26

Primärvårdens och specialistens roll i den framtida hemsjukvården, Riksföreningen för distriktssköterskor, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Familjemedicinska institutet (Fammi)

Rapport kring läkarmedverkan i Sundsvalls kommun, PM 2020-02-03, Sundsvalls kommun

Samordnad vård och omsorg, Vårdanalys, rapport 2016:1

Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande, Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård 2017, Inspektionen för vård och omsorg, IVO 2018-12

Samverkan mellan huvudmän kring grupper med stora behov – utvecklingstrender och erfarenheter, bilaga 2 i huvudrapporten Förutsättningar för ett hälso- och sjukvårdsavtal i Stockholms län 2019 och framåt, Storsthlm och Region Stockholm, 2018

Sjukstugan 3.0, Läkartidningen.se, 2013-10-22

Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2018, Socialstyrelsen, 2019-05-28

Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård – om utvecklingskraft i landsting och regioner, Socialstyrelsen, 2017

Utvärdering av KSON avseende resultateffektivitet, Regionledningskontoret, Analys och utveckling, Region Stockholm, 2019-12-02

Utvärdering av KSON avseende styrning, Regionledningskontoret, Analys och utveckling, Region Stockholm, 2019-12-02

Utvärdering av modellen för läkarstödet inom Skånes Hälso- och sjukvårdsavtal, D. Norén/A. Rånlund, 2019-04-01

Vård och omsorg i hemmet 2019 – Svårigheter och framgångsfaktorer, Sveriges Kommuner och Regioner

Vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2020, Socialstyrelsen 2020-2-6603

Vård och omsorg på distans – 24 praktiska exempel från Norden, Nordens välfärdscenter, september 2019

Äldrehälsa Kronoberg, Rapport, Karl Ljungström & Lone Larsen, Ljungby kommun/Markaryds kommun/Älmhults kommun/Region Kronoberg

Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård – från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet

Problem med att få läkarstödet från regionernas primärvård och specialiserade vård att samverka väl med personalen i den kommunala hälso- och sjukvården är en utmaning som gäller över hela landet. Utifrån de lokala förutsättningarna pågår idag en rad olika förbättringsarbeten.

I denna rapport granskas olika angreppssätt som skulle kunna bidra till att komma framåt i utvecklingen. Ett försök till kategorisering av dessa har genomförts, utifrån olika möjliga strategival för visa på möjliga alternativa inriktningar.

Rapporten avslutas med några rekommendationer till hur ett mer systematiskt och hållbart stöd kan ges i utvecklingsarbetet med att skapa en för målgrupperna bättre hemsjukvård, och som i grunden bemöter de viktiga och ökande behoven genom förbättrad samverkan – en ny form av hälso- och sjukvård i hemmet.

Upplysningar om innehållet
Dag Norén, daq.noren@videre.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020
ISBN: 978-91-7585-842-5
Text: Dag Norén