

# Hälso- och sjukvård i hemmet

Kunskapsstöd för personcentrerad vård och rehabilitering



# Hälso- och sjukvård i hemmet

Kunskapsstöd för personcentrerad vård  
och rehabilitering

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som PDF på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2023-3-8458  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), april 2023

# Förord

Socialstyrelsen har tagit fram detta kunskapsstöd för att inspirera till en fortsatt utveckling av en personcentrerad, jämlik och säker hälso- och sjukvård i hemmet. Arbetet är en del i Socialstyrelsens övergripande uppdrag för att stödja omställningen till en nära vård.

Kunskapsstödet vänder sig i första hand till beslutsfattare, men kan också vara till nytta för hälso- och sjukvårdspersonalen och personer som arbetar med utvecklings- och kvalitetsarbete inom området.

Kunskapsstödet, och tillhörande stödmaterial, kan användas som inspiration till fortsatta dialoger och arbete med utvecklingen och omställningen till en nära vård. Innehållet belyser områden som Socialstyrelsen identifierat som angelägna efter intervjuer, workshops och samtal med personer som är verksamma och sakkunniga inom hälso- och sjukvård i hemmet och omställningen till en nära vård.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör

# Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning.....	8
Om kunskapsstödet .....	10
Kunskapsstödet vänder sig främst till beslutsfattare .....	10
Innehåll och läsanvisningar .....	11
Utgångspunkter för innehållet .....	11
Avgränsningar.....	12
Begrepp som används i kunskapsstödet.....	12
Kunskapsstödet, en del av den gemensamma kunskapsstyrningen .....	13
Ansvar vid hälso- och sjukvård i hemmet .....	14
Ansvaret för hälso- och sjukvården är fördelat på huvudmän och vårdgivare .....	14
Regionens och kommunens ansvar som huvudmän för hälso- och sjukvården skiljer sig åt .....	14
Vem får hälso- och sjukvård i hemmet?.....	15
Gränsen mellan vad som är hälso- och sjukvård, socialtjänst eller LSS är inte alltid tydlig.....	15
Vem är hälso- och sjukvårdspersonal? .....	16
En nära vård i hemmet förutsätter förändring.....	17
Vad innebär en god, nära och samordnad vård?.....	18
Ett personcentrerat arbetssätt är en förutsättning för en god och nära vård i hemmet .....	19
Skapa förutsättningar för ett personcentrerat arbetssätt .....	20
Involvera patienterna och de närstående i strategiska beslut och planering.....	20
Kontinuitet för en god vård .....	21
Fast läkarkontakt .....	22
Fast vårdkontakt .....	23
Multiprofessionella team.....	23
Hälso- och sjukvården i hemmet – en unik arena .....	25
Hemmet är i första hand alltid ett hem .....	25
Hemmet är också en arbetsplats .....	26
Närstående i hemmet.....	26
Uppmärksamma och åtgärda vid oro .....	27
Hemmet som vårdplats har särskilda utmaningar ur ett patientsäkerhetsperspektiv .....	27
Delegering av medicinska uppgifter .....	28

Samverkan mellan aktörerna runt personen i hemmet.....	30
Samsynen och tilliten behöver öka.....	31
God kunskap och kännedom om den egna verksamheten.....	31
Skapa förutsättningar för att patienten ska kunna vårdas hemma.....	32
Identifiera nya behov löpande .....	33
Standardiserade bedömningsinstrument ökar patientsäkerheten .....	34
Konsultationer för att bedöma och besluta .....	34
Konsultationer via digital teknik.....	34
Direktinläggning för att undvika besök på akutmottagning .....	35
Mobila vårdlösningar ökar flexibiliteten .....	35
Bedömningsbilar.....	36
Andra mobila vårdlösningar .....	36
Förbereda verksamheten inför samhällsstörningar.....	37
Trygga och säkra vårdövergångar.....	38
Samverkan mellan vårdgivarna är en förutsättning för trygga och säkra vårdövergångar .....	38
Informationsöverföringen är viktig för säkra vårdövergångar .....	38
En gemensam planering för en patientsäker vårdövergång .....	39
Processer och rutiner behövs för säkra vårdövergångar.....	40
Planera vården i hemmet.....	40
Den samordnade individuella planen behöver användas mer.....	41
Verksamheterna kan även upprätta andra planer med patienten .	41
Digitaliseringens möjligheter.....	43
Hjälpmedel .....	43
Hjälpmedel som är medicintekniska produkter .....	44
Välfärdsteknologi och välfärdsteknik.....	44
Vårdgivarens ansvar för att den digitala tekniken är patientsäker .....	45
Det behövs ett förändrat arbetssätt.....	45
Distansmonitorering .....	46
Digitaliseringen behöver prioriteras .....	46
Behov av kunskap när digital teknik införs .....	47
Främja hälsa och förebygga ohälsa hos personer som vårdas i hemmet	48
Det behövs ett hälsofrämjande förhållningssätt .....	49
Erbjud förebyggande åtgärder under ett helt sjukdomsförlopp .....	49
Främja hälsosamma levnadsvanor.....	50
Främja fysisk aktivitet .....	50
Främja goda matvanor och förebygg undernäring.....	51
Förebygg ohälsosam alkoholkonsumtion.....	52
Förebygg rökning .....	52

Främja en god munhälsa .....	52
Förebygg försämring i personens hälsotillstånd .....	53
Förebygg problem och komplikationer relaterade till blåsdysfunktion .....	53
Förebygg fall .....	54
Förebygg trycksår .....	54
Förebygga ofrivillig ensamhet .....	55
Rehabilitering i hemmet .....	56
Rehabilitering i hemmet – en del av hälso- och sjukvården i hemmet ..	56
Målgrupper för rehabilitering i hemmet .....	57
Hemmet - en plats för rehabilitering .....	57
Rehabiliterande arbetssätt vid omsorgsarbete i hemmet .....	58
Ett rehabiliterande arbetssätt främjar hälsa och förebygger ohälsa ..	58
Att arbeta med ett rehabiliterande arbetssätt .....	59
Att stödja ett rehabiliterande arbetssätt .....	59
Exempel på olika arbetsmodeller vid rehabilitering i hemmet .....	60
Reablement – en arbetsmodell med stöd i forskningen .....	60
Intensiv hemrehabilitering .....	62
Trygg hemgång .....	62
Tidig understödd utskrivning vid stroke (ESD) .....	63
Att identifiera ett rehabiliteringsbehov i samverkan med biståndshandläggare .....	63
Konsultation och kompetensstöd vid rehabilitering i hemmet .....	64
En gemensam tankemodell för att främja kommunikationen .....	64
Strukturerad rehabilitering i hemmet – en process .....	66
Rehabiliteringsprocessen .....	66
Upptäcka behov och ta emot en vårdbegäran – ingång till rehabilitering .....	68
Utreda och bedöma rehabiliteringsbehov .....	69
Att bedöma om en utredning behövs .....	69
Att utreda .....	70
Att bedöma behov av åtgärder och att sätta mål .....	71
Planera rehabilitering i hemmet .....	72
Innehållet i en rehabiliteringsplan .....	72
Åtgärda och behandla .....	74
Socialstyrelsens nationella riktlinjer och rehabilitering i hemmet .....	74
Råd om fysisk aktivitet .....	75
Individuellt förskrivna hjälpmedel .....	76
Anpassningar i hemmiljön .....	78
Säkra personförflyttningar .....	78



Utvärdera åtgärder .....	78
Kvalitet och uppföljning av rehabilitering i hemmet .....	81
Använd KVÅ-koder för att följa rehabiliteringen på gruppnivå .....	81
Att följa rehabiliteringsprocessen med KVÅ-koder.....	81
De vanligaste rehabiliteringsåtgärderna med KVÅ-koder i kommunerna 2021 .....	81
Följ upp kvaliteten vid rehabilitering i hemmet .....	82
Hälsoekonomisk uppföljning av rehabilitering i hemmet .....	83
Resultat av litteraturoversikt och hälsoekonomisk analys .....	83
Framtida hälsoekonomiska utvärderingar av rehabilitering i hemmet .....	84
Referenser .....	87
Bilaga 1. Rehabilitering - nationella rekommendationer samt kvalitetsmått .....	94
Bilaga 2. Metod.....	97
Varför vi tar fram kunskapsstöd .....	97
Underlag för kunskapsstöd .....	97
Varför ett kunskapsstöd för hälso- och sjukvård i hemmet .....	97
Hur vi tagit fram innehållet i kunskapsstödet .....	98
Informationssökning .....	99
Arbetsätt för att ta fram svensk benämning av begreppet "reablement" .....	99
Bilaga 3. Deltagande aktörer .....	101

# Sammanfattning

Allt fler människor får hälso- och sjukvård i hemmet. Patienterna som får vården förväntar sig att den ska vara utformad utifrån deras individuella behov och önskemål. De förväntar sig också att de verksamheter och professioner som utför vården har samordnat sig och insatserna.

Hälso- och sjukvård i hemmet berör hela hälso- och sjukvårdssystemet, och det blir extra tydligt i och med den pågående omställningen till nära vård. Det här kunskapsstödet är en del i Socialstyrelsens stöd till regioner och kommuner i omställningen.

Nära vård handlar om att organisera hälso- och sjukvården med utgångspunkt från patienternas behov, förutsättningar och preferenser, så att patientens hela livssituation kan beaktas. Det är därför angeläget att kommuner, regioner och privata vårdgivare fortsätter att utveckla sina verksamheter i samverkan, för att hälso- och sjukvården i hemmet ska vara säker och personcentrerad.

Det unika med hälso- och sjukvården i hemmet är platsen, att vården ges i patientens hem. Bostaden är i första hand alltid ett hem för patienten. De som ger hälso- och sjukvård i någons hem behöver involvera och göra patienten delaktig både vid planering och utförande av vårdåtgärder. Även närstående påverkas av att vården ges i hemmet. De behöver få information, involveras och erbjudas att medverka, utifrån patientens samtycke och närståendes egna önskemål. Delaktighet från patient och närstående skapar också en högre patientsäkerhet.

Många patienter föredrar möjligheten att få vård i hemmet, även om deras tillstånd har försämrats. För att möta det behöver det skapas förutsättningar som är både patientsäkra och som patienten och de närstående känner sig trygga med. Exempelvis behöver personalen som träffar patienten varje dag, ha kunskap för att tidigt upptäcka en försämring i patientens hälsotillstånd. Det behöver även finnas en plan för vad som ska göras vid en försämring och vilka kontakter som ska tas. Verksamheterna kan utveckla olika stöd för att underlätta att vårdas i hemmet, genom till exempel möjlighet till konsultationer och mobila vårdlösningar. Trygghet vid vård i hemmet underlättas också av kontinuitet, personkontinuitet kan nås genom fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och multiprofessionella team.

Det delade huvudmannaansvaret för hälso- och sjukvården mellan regionen och kommunen, och den nära samverkan med socialtjänsten är också unikt för hälso- och sjukvård i hemmet. Det skapar både möjligheter och utmaningar. Samverkan mellan alla parter är en nyckelfaktor för att patienten ska få samordnade insatser. Med vårdgivarnas gemensamma krafter finns möjlighet att utveckla hälso- och sjukvården i hemmet för att möta gemensamma och framtida utmaningar. Utmaningar kan vara både i form av den demografiska utvecklingen och effektivt nyttjande av resurser men även kriser och samhällsstörningar.

Välfungerande och säkra vårdövergångar är ett område där samverkan är väsentlig. Det är nödvändigt med en god dialog, gemensam planering och

tillgång till rätt information vid rätt tillfälle. Inför beslut om att en vårdinsats ska genomföras i hemmet, behöver hälso- och sjukvården också säkerställa att det finns rätt kompetens och medicinsk utrustning i hemmet.

Den digitala tekniken är en del av utvecklingen mot en personcentrerade och nära vård, i och med att den skapar andra och nya sätt att få hälso- och sjukvård i hemmet. Olika typer av distansmonitorering gör att hälso- och sjukvården kan följa patienters hälsostatus digitalt. Det skapar också nya möjligheter för patienterna att vara delaktiga i sin vård och behandling. Digital teknik kan bidra till en ökad trygghet, kontroll, självständighet och självbestämmande. Introduktion av digital teknik behöver dock göras i en takt som passar patienten och de närstående.

För att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov är det centralt att arbeta för att främja hälsa och förebygga ohälsa. Det gäller både för personer som ännu inte behöver hälso- och sjukvårdens åtgärder, och för patienter som redan har hälso- och sjukvård i hemmet. Många patienter som får hälso- och sjukvård i hemmet har komplexa behov och ingår i gruppen vuxna med särskild risk vid ohälsosamma levnadsvanor. Dessutom tillkommer andra risker kopplade till hög ålder, sjukdom och funktionsnedsättningar. Många av patienterna som vårdas i hemmet behöver särskilda åtgärder för att deras hälsotillstånd inte ska försämrans. Hälso- och sjukvården behöver därför identifiera de patienter som riskerar att försämrans i sitt hälsotillstånd, och planera för vilka åtgärder som kan förhindra en försämring.

All personal som arbetar i patientens hem kan hjälpa patienten att fortsätta vara aktiv i sin vardag genom att använda ett rehabiliterande arbetssätt. Det kan bidra till att stärka och bibehålla patientens hälsa och funktionsförmåga.

För patienter som behöver rehabiliteringen i hemmet är det viktigt att rehabiliteringen är strukturerad och evidensbaserad. Det handlar bland annat om att tidigt identifiera vilka behov av rehabilitering patienten har, att patienten får bedömning av legitimerade rehabiliteringsprofessioner och att åtgärderna bygger på bästa tillgängliga kunskap och sedan följs upp. Planeringen av rehabiliteringen behöver också vara personcentrerad och tillgänglig för patienten och eventuellt närstående.

Det är i dagsläget inte möjligt att dra säkra slutsatser om ekonomiska effekter av rehabilitering i hemmet. Socialstyrelsen har tittat både på internationell litteratur samt på projekt i svenska kommuner. Resultatet visar att det vid ekonomiska uppföljningar är viktigt att använda en tydlig metodik, för att få fram tillförlitliga resultat.

# Om kunskapsstödet

Detta kunskapsstöd handlar om förutsättningar som är viktiga för att ta hand om patienter som får hälso- och sjukvård i hemmet, på ett personcentrerat och patientsäkert sätt. Det handlar om insatser från den kommunala primärvården, den regionala primärvården och från den specialiserade hälso- och sjukvården. Vård i hemmet är en angelägenhet för hela hälso- och sjukvårdssystemet.

De patienter som får hälso- och sjukvård i hemmet kan ha olika sjukdomar som pågår över tid och ibland flera sjukdomar samtidigt. De kan också ha funktionsnedsättningar eller andra svårigheter som kräver hälso- och sjukvård i hemmet. Patienter kan få åtgärder både från primärvården och den specialiserade vården samtidigt. Många patienter får också parallellt insatser från socialtjänsten, som hemtjänst eller stöd i särskilt boende. Samverkan mellan de olika vård- och omsorgsgivarna är avgörande, för att patienten ska få ett samlat omhändertagande utifrån sina behov.

Kunskapsstödet syftar till att inspirera i omställningen till en nära vård, och att bidra till en mer personcentrerad vård i hemmet. Kunskap från flera andra av Socialstyrelsens stöd är samlade utifrån perspektivet vård och rehabilitering i hemmet. I kunskapsstödet förs allmänna resonemang om arbetssätt, modeller, lösningar och rutiner som kan bidra till ett bra omhändertagande av de patienter som får hälso- och sjukvård i hemmet.

Använd gärna kunskapsstödet, och det stödmaterial som hör till, som inspiration för dialoger och utvecklingsarbeten i samverkan

- mellan kommunen och regionen
- mellan vårdcentraler, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst
- mellan primärvårdsnivån och den specialiserade nivån eller
- internt inom den egna verksamheten.

## Kunskapsstödet vänder sig främst till beslutsfattare

Kunskapsstödet vänder sig i första hand till beslutsfattare. Det kan inspirera dem som ansvarar för styrningen av och resurserna till primärvården och den specialiserade vården, inklusive rehabiliteringen, inom region-, kommun- eller de privata vårdgivarna. Beslutsfattarna kan vara tjänstepersoner, chefer och ledare på olika nivåer.

Kunskapsstödet kan också inspirera hälso- och sjukvårdspersonalen och de personer som arbetar med utvecklings- och kvalitetsarbete inom området.

Här finns exempel och underlag som kan hjälpa till att identifiera lokala utvecklingsbehov och förbättringsområden.

## Innehåll och läsanvisningar

Kunskapsstödet inleds med en genomgång av ansvarsförhållandena vid hälso- och sjukvård i hemmet och därefter två viktiga byggstenar för en nära vård i hemmet, ett personcentrerat arbetssätt och kontinuitet. Nästa kapitel handlar om förutsättningar och utmaningar i den unika vårdmiljö där hälso- och sjukvård i hemmet ges.

Därpå följer sex kapitel med angelägna områden vid hälso- och sjukvård i hemmet. Här tar vi upp det unika med vård i hemmet och vikten av att skapa förutsättningar för den. Vi tar även upp trygga och säkra vårdövergångar, digitalisering samt det främjande och förebyggande arbetet. Avslutningsvis finns en fördjupande del om rehabilitering i hemmet. Där beskriver vi området rehabilitering i hemmet, en strukturerad rehabiliteringsprocess, kvalitet och uppföljning av rehabilitering i hemmet inklusive hälsoekonomiska effekter av rehabilitering i hemmet.

Det finns korsreferenser mellan de olika kapitlen för att underlätta för läsaren. Korsreferenserna ligger i slutet och inleds med ”Mer information finns...”

Förslag på fördjupning, genom andra rapporter, webbplatser och webbutbildningar är flaggade med → **Läs mer**, i början av raden.

Till kunskapsstödet finns också stödmaterial med exempelvis reflektionsfrågor för samverkansgrupper, metodstöd för att guida en person att sätta mål, reflektionsfrågor för kommunal rehabilitering och nya sidor på kunskapsguiden.se/rehabilitering.

Det finns även två kunskapsunderlag inom rehabiliteringsområdet. Det ena handlar om hälsoekonomiska effekter och innehåller en litteraturöversikt av ekonomiska vinster av hemrehabilitering i en internationell kontext samt en ekonomisk analys av hemrehabilitering i svenska kommuner 2007-2022[1]. Det andra är en litteratursammanställning av systematiska översikter inom rehabilitering i hemmet[2].

## Utgångspunkter för innehållet

Följande statliga utredningar och propositioner har varit viktiga utgångspunkter i arbetet:

- Effektiv vård – Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2).
- God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild - Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2017:53).
- God och nära vård – En primärvårdsreform. - Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39).
- God och nära vård. Vård i samverkan - Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2019:29).

- God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem - Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2020:19).
- God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa - Betänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2021:6).
- Proposition 2017/18:83. Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.
- Proposition 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.

Följande underlag har också varit viktiga utgångspunkter i arbetet:

- Socialstyrelsens grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård och årliga uppföljningar av omställningen till en god och nära vård.
- Socialstyrelsens förstudier om Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och Stöd till kunskapsbaserad rehabilitering i kommunal hälso- och sjukvård[3].
- Socialstyrelsens förstudie om stöd till en kunskapsbaserad rehabilitering i den kommunala hälso- och sjukvården[4].
- Dialoger med företrädare från den regionala och kommunala primärvården och den specialiserade vården.

Hälso- och sjukvård i hemmet omfattar många viktiga områden. De områden som lyfts fram i kunskapsstödet är områden som har utkristalliserats sig under samtal med personer i verksamheterna, sakkunniga, patientföreträdare och i litteraturen.

## Avgränsningar

Kunskapsstödet omfattar inte direkt barn och unga som behöver sjukvård och rehabilitering i hemmet. Anledningen är att vi inte har bearbetat innehållet ur ett barn- och barnrättsperspektiv.

Kunskapsstödet omfattar inte heller habilitering, som är ett eget kunskaps- och kompetensområde.

Kunskapsstödet skulle dock kunna användas som stöd vid hälso- och sjukvård i hemmet även för dessa grupper, eftersom även de omfattas av samma bestämmelser för en god vård.

## Begrepp som används i kunskapsstödet

Det förekommer att vi i kunskapsstödet skiftar mellan begreppen patient och person. Det beror på det sammanhang som beskrivs. I vissa sammanhang berör uppgifterna inte bara en patient. Person används konsekvent under kapitlet personcentrerad vård.

I kunskapsstödet används begreppet närstående. Med närstående menas i detta kunskapsstöd både de personer som finns inom familjen eller bland de närmaste släktingarna och de personer som patienten anser sig ha en nära

relation till. När begreppet anhöriga används beror det på att den referens som texten stödjer sig på, såsom lag eller föreskrift, använder begreppet anhörig.

Begreppet vårdövergång använder vi när ansvaret för vården flyttas mellan olika verksamheter eller olika vårdgivare.

Begreppet rehabiliteringsprofessioner används i detta kunskapsstöd som ett samlingsbegrepp för arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, logoped, psykologer och kuratorer.

## Kunskapsstödet, en del av den gemensamma kunskapsstyrningen

Det här kunskapsstödet har tagits fram med stöd av den nationella kunskapen som finns inom hälso- och sjukvård, myndigheter och organisationer.

Kunskapsstödet är framtaget med bästa tillgängliga kunskap som utgångspunkt. Kunskapsstödet innehåller inga rekommendationer. Syftet är att ge stöd och inspiration vid omställningen till en mer nära vård.

För att patienterna ska få en god vård som är jämlik över landet arbetar myndigheter, regioner, kommuner och organisationer tillsammans för en gemensam kunskapsstyrning. Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte, för att ge en kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet.

Socialstyrelsen är Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg. Genom samarbete, oberoende experter och pålitlig kunskap styr, stödjer och utvecklar Socialstyrelsen hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen och andra myndigheter arbetar tillsammans med regionernas nationella system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård genom partnerskap. Socialstyrelsen arbetar i både Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och i Partnerskapet för kunskapsstyrning inom socialtjänsten. Regionerna, kommunerna och myndigheterna arbetar gemensam med kunskapsstyrning, och att komplettera varandra för att uppnå en helhet.

Det finns andra stöd i den gemensamma kunskapsstyrningen som behandlar hälso- och sjukvård i hemmet eller andra närliggande områden. De olika avsändarna inom kunskapsstyrningen kan ha olika syften, målgrupper och inriktningar.

# Ansvar vid hälso- och sjukvård i hemmet

Hälso- och sjukvård är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Hälso- och sjukvården omfattar även sjuktransporter och omhändertagande av avlidna.<sup>1</sup>

Hälso- och sjukvård i hemmet kan ges av regionen, kommunen eller en privat vårdgivare beroende på personens behov, vårdgivarens ansvar och avtal mellan huvudmän och vårdgivare. Samma krav på god vård, kvalitet och patientsäkerhet gäller oavsett om regionen, kommunen eller en privat aktör är vårdgivare.<sup>2</sup>

## Ansvaret för hälso- och sjukvården är fördelat på huvudmän och vårdgivare

Ansvaret för hälso- och sjukvården i Sverige är fördelat på huvudmän och vårdgivare. Huvudman är den region eller kommun som enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.<sup>3</sup> Vårdgivare är den statliga myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.<sup>4</sup>

Regionen och kommunen får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt HSL.<sup>5</sup> När en region eller kommun ingår ett sådant avtal är regionen eller kommunen fortfarande huvudman, men inte vårdgivare. När regionen eller kommunen bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i egen regi är regionen eller kommunen både huvudman och vårdgivare för verksamheten.

## Regionens och kommunens ansvar som huvudmän för hälso- och sjukvården skiljer sig åt

Hälso- och sjukvårdshuvudmännens ansvarsområden ser olika ut. En kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter, men inte sådan hälso- och sjukvård som

---

<sup>1</sup> 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

<sup>2</sup> Se 1 kap. 1 § och 5 kap. 1 och 4 §§ HSL samt 1 kap. 3 § och 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

<sup>3</sup> 2 kap. 2 § HSL.

<sup>4</sup> 2 kap. 3 § HSL.

<sup>5</sup> 15 kap. 1 § HSL.



läkare ger. Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs till kommunen.<sup>6</sup>

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den person som är bosatt i regionen samt verka för en god hälsa hos befolkningen.<sup>7</sup> Regionen ansvarar inte för sådan hälso- och sjukvård som en kommun i regionen har ansvar för.<sup>8</sup>

En region får överlåta ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt boende och så kallat trygghetsboende till en kommun inom regionen, om regionen och kommunen kommer överens om det.<sup>9</sup>

## Vem får hälso- och sjukvård i hemmet?

Hälso- och sjukvård kan ges i hemmet till personer som bor i såväl ordinärt boende som i boenden för personer med rätt till insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Det kan till exempel vara i särskilda boenden eller så kallade trygghetsboenden för äldre<sup>10</sup> eller i bostäder med särskild service för funktionshindrade.<sup>11</sup> Personer som får hälso- och sjukvård i ordinärt boende kan också samtidigt ha insatser enligt SoL eller LSS, så som hemtjänst<sup>12</sup> eller personlig assistans<sup>13</sup>.

## Gränsen mellan vad som är hälso- och sjukvård, socialtjänst eller LSS är inte alltid tydlig

Många personer som får hälso- och sjukvård i hemmet har insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten eller enligt LSS. Det medför att personalen som ger vård och omsorg i hemmet kan utföra arbetsuppgifter som omfattas av olika lagar och regler.

För arbetsuppgifter som utgör hälso- och sjukvård gäller lagar och regler på hälso- och sjukvårdens område och för arbetsuppgifter som utgör socialtjänst eller stöd och service till funktionshindrade gäller lagar och regler på dessa områden. Gränsen mellan vad som är hälso- och sjukvård, socialtjänst eller LSS är inte alltid tydlig. Det är kanske inte heller viktigt att särskilja dessa åt för personen som får vård och omsorg. Men det är viktigt för omsorgspersonalen som arbetar i personens hem, eftersom det kan innebära att deras arbetsuppgifter under en arbetsdag omfattas av olika lagar och regler. När omsorgspersonalen utför hälso- och sjukvårdsuppgifter är de

---

<sup>6</sup> 12 kap. 1 och 3 §§ och 16 kap. 1 § HSL.

<sup>7</sup> 8 kap. 1 § HSL.

<sup>8</sup> 8 kap. 6 § HSL.

<sup>9</sup> 12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § HSL.

<sup>10</sup> 5 kap. 5 § SoL.

<sup>11</sup> 9 § första stycket 9 LSS.

<sup>12</sup> 4 kap. 1 § och 2 a §§ SoL.

<sup>13</sup> 9 § första stycket 2 LSS.

att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal som omfattas av lagar och regler på hälso- och sjukvårdens område.

## Vem är hälso- och sjukvårdspersonal?

Vem som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen definieras i lag och omfattar både personal med legitimation för ett yrke i hälso- och sjukvård och personal utan legitimation.<sup>14</sup> Det är arbetsplatsen och arbetsuppgifterna som styr om icke-legitimerad personal är hälso- och sjukvårdspersonal.<sup>15</sup> Icke-legitimerad personal utanför sjukhus och andra vårdinrättningar, är hälso- och sjukvårdspersonal när de biträder en legitimerad yrkesutövare med hälso- och sjukvård av patienter.<sup>16</sup> Att biträda innebär att hjälpa till vid behandling, vård eller undersökning av en patient.<sup>17</sup>

Arbetsuppgifter som är hälso- och sjukvård kan också under vissa förutsättningar överlåtas till någon annan att utföra, genom delegering.<sup>18</sup> En omsorgspersonal som utför en delegerad arbetsuppgift är i den situationen hälso- och sjukvårdspersonal, eftersom han eller hon biträder den legitimerade yrkesutövaren.

Det är mot den bakgrunden viktigt att såväl vårdgivare som chefer och personal har kunskap om och är medvetna om detta vid fördelning och delegering av arbetsuppgifter.

### ➔ Läs mer

- På webbplatsen Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/>

---

<sup>14</sup> 1 kap. 4 § PSL.

<sup>15</sup> Se 1 kap. 4 § första stycket 2-6 PSL.

<sup>16</sup> 1 kap. 4 § första stycket 2-3 PSL.

<sup>17</sup> Regeringens proposition *Äligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*, prop. 1993/94:149, s. 117.

<sup>18</sup> 6 kap. 3 § PSL.

# En nära vård i hemmet förutsätter förändring

## Stimulera personcentrerad vård i hemmet

Det handlar bland annat om att

- vården utgår från patientens behov och förutsättningar
- det finns förutsättningar för patienter och närstående att vara involverade i vården
- prioritera kontinuitet, till exempel genom att en patient har en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt, eller ett team med flera olika professioner
- patientens behov och förutsättningar är utgångspunkten i samverkan mellan vårdgivare och med socialtjänsten
- primärvården har förutsättningar att vara navet i hälso- och sjukvården
- primärvården och den specialiserade vården samspelar för en effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser.

Hälso- och sjukvården behöver möta de behov som befolkningen har i dag. Allt fler behöver hälso- och sjukvård och det finns också förväntningar på en hög tillgänglighet och kontinuitet. En förutsättning för att Sverige ska kunna bibehålla eller öka den medicinska kvaliteten i hälso- och sjukvården är att använda resurserna mer effektivt och att patienterna blir delaktiga i sin egen vård. Hälso- och sjukvården behöver också möta den demografiska utvecklingen och samtidigt utnyttja resurserna effektivt.<sup>19</sup>

Vårdens struktur måste underlätta för vårdinstanser och aktörer att koordinera sig, utifrån varje patients individuella behov. Primärvården har en stor betydelse för såväl enskilda patienter som befolkningen i stort. En starkare primärvård kan förbättra förutsättningarna för en effektiv hälso- och sjukvård. De delar i hälso- och sjukvårdssystemet som har bäst förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd, behöver stärkas och utvecklas.<sup>20</sup>

En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.<sup>21</sup>

Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att

<sup>19</sup> Regeringens proposition *Inriktning för nära och tillgänglig vård – primärvårdsreform*, prop. 2019/20:164, s. 11-12.

<sup>20</sup> Prop. 2019/20:164, s. 11-12.

<sup>21</sup> Regeringens proposition *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, prop. 2017/18:83, s. 16.

- patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan
- patienten ska vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser
- uppnå en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser.<sup>22</sup>

En mer tillgänglig primärvård kan minska belastningen på akutsjukvården och den specialiserade vården. Det ökar därmed tillgängligheten i akutsjukvården och den specialiserade vården. Patientens möjligheter att få rätt vård på rätt nivå förbättras.<sup>23</sup> En del i förflyttningen och utvecklingen mot en nära vård kan ske i högre utsträckning genom att den specialiserade vården medverkar och samspelar med vården som finns utanför sjukhusen. Detta behövs för att patienten ska kunna få mer vård i hemmet, när det är möjligt och lämpligt, i stället för på sjukhus.<sup>24</sup>

Omställningen mot en god och nära vård går i samklang med Världshälsoorganisationens (WHO) beskrivning av den allmänna hälso- och sjukvården. Det krävs, enligt WHO, ett skifte från dagens hälsosystem som är uppbyggt kring principer om sjukdomar och institutioner till ett system som i stället utgår från människors behov. WHO förespråkar ett personcentrerat förhållningsätt, som är integrerat, när man utvecklar hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården framhålls som basen för att kunna uppnå detta.<sup>25</sup>

## Vad innebär en god, nära och samordnad vård?

En god vård är en grundförutsättning för att de patienter som vårdas i hemmet ska kunna känna sig trygga med vården.

Av HSL framgår att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen
- vara lätt tillgänglig.<sup>26</sup>

Regeringen har formulerat tre inriktningsmål för den övergripande inriktningen för en nära och tillgänglig vård. Dessa är att

- tillgängligheten till primärvården ska öka
- patienten ska bli mer delaktig i en personcentrerad vård
- kontinuiteten i primärvården ska öka.<sup>27</sup>

<sup>22</sup> Prop. 2021/22:72, s.13.

<sup>23</sup> Prop. 2017/18:83, s. 30.

<sup>24</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

<sup>25</sup> Prop. 2019/20:164, s. 119.

<sup>26</sup> 5 kap. 1 § HSL.

<sup>27</sup> Prop. 2021/22:72, s.13.

Nära vård handlar om att organisera hälso- och sjukvården med utgångspunkt från patienternas behov, förutsättningar och preferenser, så att patientens hela livssituation kan beaktas.<sup>28</sup>

Regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vård kan ges nära befolkningen.<sup>29</sup> Nära kan ibland betyda geografiskt nära, men även tekniska och digitala lösningar kan åstadkomma det.<sup>30</sup> En patient som får personcentrerad vård med en god kontinuitet, kan uppleva vården som nära[5]. Regionerna ska erbjuda samma service och en jämlik vård till alla medborgare. Vården kan samtidigt inte förväntas vara utformad på samma sätt överallt. Det beror till exempel på att förutsättningarna skiftar i glesbygderna jämfört med i storstäderna.<sup>31</sup>

Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.<sup>32</sup> Regionerna och kommunerna ansvarar för att planera och organisera sin hälso- och sjukvård. I detta ingår att skapa förutsättningar för samordning av vården, så att patientens vårdbehov kan tillgodoses på ett sammanhängande sätt.<sup>33</sup> Samverkan mellan regioner och kommuner och ett ökat fokus på den kommunala hälso- och sjukvården är därför centralt för att uppnå en god och nära vård.<sup>34</sup>

#### → Läs mer

- De statliga utredningar och propositioner som är utgångspunkt för detta kunskapsstöd är listade på sida 11.

## Ett personcentrerat arbetssätt är en förutsättning för en god och nära vård i hemmet

En personcentrerad hälso- och sjukvård utgår från en patients behov, förmågor och önskemål. Patienten är då involverad i de beslut som fattas och väl införstådd och informerad om sin vårdprocess.<sup>35</sup> I lagstiftningen finns också krav på att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och så långt som möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten.<sup>36</sup> Egenvård är ett exempel på att göra patienten delaktig och vården mer personcentrerad.

En personcentrerad vård innebär bland annat att

- se personen som en medskapare av sin vård och rehabilitering

---

<sup>28</sup> Prop. 2019/20:164, s.38.

<sup>29</sup> 7 kap. 2 a § HSL.

<sup>30</sup> Prop. 2019/20:164, s. 37.

<sup>31</sup> Prop. 2017/18:83, s. 22 och 46.

<sup>32</sup> 6 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL.

<sup>33</sup> Prop. 2019/20:164, s. 38.

<sup>34</sup> Prop. 2021/22:72, s. 16.

<sup>35</sup> Prop. 2019/20:164, s. 13 och 23.

<sup>36</sup> Se 5 kap 1 § första stycket 3 HSL, 4 kap. 1 § och 5 kap. 1 § PL samt 6 kap. 1 § PSL.

- utgå från vad som är viktigt för personen
- utgå från personens sammantagna behov, förutsättningar och värderingar
- hitta anpassade insatser efter vad som är viktigt för personen[6].

De personer som är delaktiga i sin egen vård följer i större utsträckning behandlingsråd, vilket bidrar till en effektivare hälso- och sjukvård.<sup>37</sup> Studier visar även att personer med demenssjukdom får ökad tillit till omgivningen när vården är personcentrerad[7]. Även initiativförmågan och känslan av självständighet kan stärkas[7]. Personer som får en personcentrerad vård kan också få bättre förståelse om sin sjukdom[8] och en ökad självkänsla[9].

En personcentrerad vård kan öka personens kunskap om sin egen hälsa, medföra en förbättrad förmåga till vardagsaktiviteter, samt öka livskvaliteten i vården under livets slut[6]. En personcentrerad vård kan även förbättra utskrivningsprocessen och minska antalet dagar i slutenvård[6, 8].

## Skapa förutsättningar för ett personcentrerat arbetssätt

Det är viktigt att vårdgivaren skapar förutsättningar för personalen att arbeta personcentrerat i mötet med patienten. Förutsättningar kan skapas genom att ge personalen uppdrag, kunskap och tid för reflektion. Det skapar också goda förutsättningar när det personcentrerade perspektivet finns i:

- rutiner för samverkan
- IT-stöd
- en gemensam målbild
- utbildningar och kunskapsstöd till medarbetarna
- introduktionsutbildningar[6].

Vårdgivaren kan inom ramen för sitt ledningssystem ta fram processer och rutiner i syfte att skapa förutsättningar för personalen att arbeta personcentrerat.<sup>38</sup>

## Involvera patienterna och de närstående i strategiska beslut och planering

Ett personcentrerat förhållningssätt behöver även finnas med i de strategiska besluten och i planeringen av verksamheten. Då är det viktigt att målgruppernas behov kan identifieras.

Närståendes erfarenheter, kunskaper och idéer är värdefulla bidrag när vården utformas på organisations- och systemnivå.

Tillvägagångssätten för att ta reda på dessa perspektiv kan se olika ut. Det kan till exempel vara allt från brukar- och patientråd, till enkäter och intervjuer. Patient- och brukarorganisationerna är viktiga aktörer från civilsamhället. I det systematiska ledningsarbetet finns möjligheter att arbeta strukturerat med frågan om hur verksamheten involverar patienter, brukare och medborgare[6].

<sup>37</sup> Prop. 2019/20:164, s. 13.

<sup>38</sup> Av 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete följer att vårdgivaren ska ha ett ledningssystem.

## → Läs mer:

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Meddelandeblad nr 1/2023 Ändrade regler vid egenvård

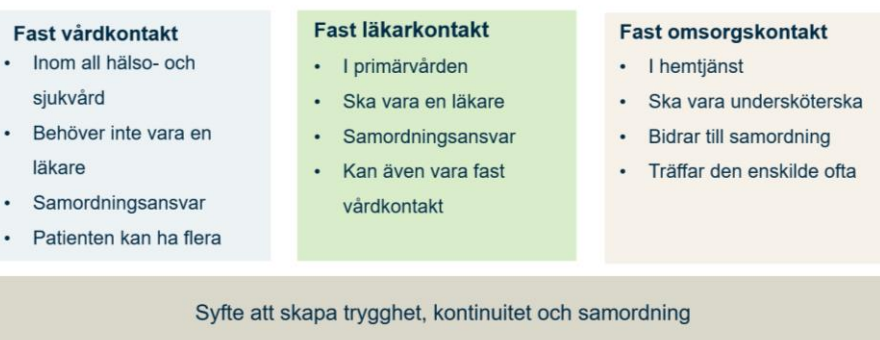
## Kontinuitet för en god vård

En god vård innebär bland annat att vården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet.<sup>39</sup> Kontinuitet är viktigt för att kunna bygga relationer och arbeta personcentrerat. Kontinuitet främjar personligt ansvarstagande, är relationsskapande och leder till ökad trygghet.<sup>40</sup> Kontinuitet kan också innebära vinster i form av effektivare arbetssätt och en bättre arbetsmiljö för vårdens medarbetare.<sup>41</sup> De patienter som har personkontinuitet i vården uppgjer oftare att informationen och kommunikation med vården fungerar bra. De hävdar även oftare att de är delaktiga i sin egen vård, och att de får hjälp med samordningen, än de personer som inte träffar samma personal i vården[10].

Vården erbjuder olika typer av kontinuitet, beroende på personens behov. Det kan vara en fast läkarkontakt, en fast vårdkontakt, eller ett helt team med flera olika professioner. Se figur 1. Förutom dessa alternativ finns det fler roller och funktioner som, kopplat till specifika diagnoser, följer en patients sjukdomsförlopp. Vid hälso- och sjukvård i hemmet är det vanligt att patienterna har behov av flera fasta kontakter och att de är samordnade. Inom äldreomsorgen finns även fast omsorgskontakt.<sup>42</sup>

**Figur 1. Flera fasta kontakter syftar till att skapa trygghet, kontinuitet och samordning**

### Flera fasta kontakter till samma individ



<sup>39</sup> 5 kap. 1 § första stycket 2 HSL.

<sup>40</sup> Prop. 2019/20:164 s. 27.

<sup>41</sup> Prop. 2019/20:164 s. 27.

<sup>42</sup> Se 4 kap. 2 b § SoL.

## Fast läkarkontakt

För att öka kontinuiteten i primärvården betonar regeringen vikten av att huvudmannen organiserar primärvården så att det skapas förutsättningar för alla som vill ha en fast läkarkontakt att få en sådan. Ambitionen är att andelen i befolkningen som har en fast läkarkontakt i primärvården ska öka.<sup>43</sup>

En patient ska få möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården som patienten valt.<sup>44</sup> För den som söker vård bidrar en fast läkarkontakt till ökad kontinuitet, trygghet och tillgänglighet. Genom en nära kontakt med sin fasta läkare behöver inte patienten ständigt upprepa sin sjukdomshistoria.<sup>45</sup> Fast läkarkontakt förbättrar också möjligheterna till en förtroendefull relation mellan läkare och patient. Om läkaren har en god patientkännedom underlättar detta såväl utredning som behandling[11]. En långsiktig relation kan även främja det förebyggande arbetet.

Förebyggande åtgärder som exempelvis livsstilsförändringar kan, även vid mer sporadiska kontakter, underlättas av att en patient få träffa samma läkare återkommande.<sup>46</sup>

En patient befinner sig alltid i ett utsatt och känsligt läge. Det finns därför ett värde för patienten att kunna välja vem man vill ha kontakt med inom hälso- och sjukvården.<sup>47</sup>

### Fast läkarkontakt

Fast läkarkontakt är en namngiven läkare, exempelvis på en hälso- eller vårdcentral, som kan samordna patientens vård.

En patient ska få möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården som patienten valt genom listning.<sup>1</sup> Behovet av kontinuitet i form av en fast läkarkontakt kan vara extra stort för personer med komplexa behov, såsom äldre flera sjukdomar, eller personer med kroniska sjukdomar.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 6 kap. 3 § PL.

<sup>2</sup> Prop. 2019/20:164 s. 28-30.

### → Läs mer

- För ökad trygghet och kontinuitet i primärvården, Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt
- Meddelandeblad nr 4/2021 *Fast läkarkontakt m.m.*

<sup>43</sup> Prop. 2019/20:164 s. 29 ff.

<sup>44</sup> 6 kap. 3 § PL

<sup>45</sup> Prop. 2021/22:72 s. 24.

<sup>46</sup> Prop. 2019/20:164 s. 28–30.

<sup>47</sup> Regeringens proposition *Primärvård, privata vårdgivare m.m.* 1994/95:195, s. 41.



## Fast vårdkontakt

De fasta vårdkontaktarna är en viktig del i utvecklingen av en god och nära vård. Personer med omfattande behov kan ha stor nytta av en eller flera fasta vårdkontakter. En fast vårdkontakt ska utses om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.<sup>48</sup> Det kan handla om att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen och att förmedla kontakter.<sup>49</sup>

En fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård. Patienten kan ha flera fasta vårdkontakter hos olika vårdgivare, som tillsammans ansvarar för att ordna vården på det bästa sättet.<sup>50</sup> Det är verksamhetschefen som utser en fast vårdkontakt.<sup>51</sup>

### Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt kan vara t.ex. en läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, undersköterska eller någon mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.

En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienter i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara patientens kontaktperson.

En patient har rätt att få en fast vårdkontakt om patienten begär det eller för att skapa trygghet, säkerhet och kontinuitet i vården.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Prop. 2013/14:106 s. 99

## Multiprofessionella team

Teamarbete är ett sätt att skapa kontinuitet i vården. Det är vanligt att personer som får hälso- och sjukvård i hemmet också får insatser från socialtjänsten[12]. Personal från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården kan bilda multiprofessionella team för att ge patienten en god kontinuitet.

Definition enligt Socialstyrelsens termbank:

### Multiprofessionella team

grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde.

*Anmärkning:* Multiprofessionella team kan bestå av personal både från hälso- och sjukvård och från socialtjänst.

<sup>48</sup> 6 kap. 2 § PL.

<sup>49</sup> Prop. 2013/14:106, s. 99.

<sup>50</sup> Prop. 2013/14:106 s. 99.

<sup>51</sup> 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) HSF.

Även närstående, omsorgspersonalen och biståndshandläggare är viktiga deltagare i samarbetet runt personen. De olika professionerna kompletterar varandra. De skapar en gemensam helhetsbild utifrån personens behov, eftersom teamet tillsammans ser olika perspektiv och bidrar på olika sätt utifrån sina roller och uppdrag. Teamarbete kan motverka glapp i vårdkedjan och bidra till ett ökat engagemang hos personen [13].

Multiprofessionella team kan organiseras på olika sätt och arbeta tillsammans över lång tid eller i tillfälliga konstellationer. Demensteam, hemgångsteam, mobila vårdteam, palliativa team och team för hemrehabilitering är exempel på olika team som verkar i hemmet. Multiprofessionella team kan ansvara för insatserna till personer som bor på särskilt boende eller har långvariga kontakter med socialtjänsten och hälso- och sjukvården samtidigt.<sup>52</sup>

Mer information finns i *Mobila vårdlösningar ökar flexibiliteten* sidan 35 och

*Exempel på olika arbetsmodeller vid rehabilitering i hemmet* på sidan 60.

#### → Läs mer

- *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt* [14]
- Meddelandeblad nr 4/2021 *Fast läkarkontakt m.m.*
- om *Fast läkarkontakt* på Socialstyrelsens webbplats [socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/fast-lakarkontakt/](https://socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/fast-lakarkontakt/) *Fast vårdkontakt och samordnad individuell plan*. Socialstyrelsen 2017[15].
- om *fast vårdkontakt* på Socialstyrelsens webbplats [socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/fast-varldkontakt/](https://socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/fast-varldkontakt/)
- *Ett teambaserat arbetssätt*. En webbutbildning från Socialstyrelsen [kunskapsguiden.se/utbildningar/](https://kunskapsguiden.se/utbildningar/)
- Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom : en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen 2019[16]

---

<sup>52</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

# Hälso- och sjukvården i hemmet – en unik arena

## **Sprida kunskap om de unika förutsättningar och utmaningar som finns vid vård i hemmet**

Det handlar bland annat om att

- ha kunskap om vad det innebär att bedriva hälso- och sjukvård i ett hem
- identifiera patientsäkerhetsrisker i samband med delegerade arbetsuppgifter
- samverka mellan alla vårdaktörer fungerar
- ha god kunskap om kvaliteten i den egna verksamheten.

## Hemmet är i första hand alltid ett hem

Hemmet är en viktig och central del i människors liv[17]. Ett hem förknippas ofta med trygghet, säkerhet och familjen. Hemmet kan även vara en social plats för umgänge, en plats för reflektion och en plats där de som bor kan vara för sig själva. Banden och känslorna till hemmet ser olika ut från person till person[18]. När vårdinsatser ges i hemmet blir personen också en patient. Det finns risk för att patientens känsla för sitt eget hem påverkas och förändras. Flera olika personal kommer plötsligt till hemmet och kanske måste nyckeln eller dörrkoden lämnas ut. Hemmet kan också behöva ge plats åt andra typer av hygienartiklar, sjukvårdsmaterial och hjälpmedel. Ommöblering och andra förändringar som ramper och taklyft kan vara nödvändiga[19]. Det innebär att personalen som arbetar i hemmet, utöver att ge hälso- och sjukvårdsinsatser, också måste ta hänsyn till patientens privatliv. En persons rätt till skydd för den personliga integriteten och respekten för en persons privatliv framgår i konventionen om rättigheter för personer med en funktionsnedsättning[20].

Olika personer värdesätter möjligheten att få vara hemma på olika sätt, trots sjukdomar eller skador. Det kan uppstå en tvetydighet mellan att acceptera vården och att samtidigt behålla en känsla av oberoende och integritet, för dem som vårdas hemma[21].

Hemmet och närmiljön kan även skapa motivation och lämpar sig ofta bra för att återerövra eller upprätthålla de funktioner som kopplas till en ökad självständighet i hemmet.

Mer information finns i *Hemmet, en plats för rehabilitering*, sidan 57.

## Hemmet är också en arbetsplats

När hälso- och sjukvård ges i hemmet, är hemmet även en arbetsplats för personalen. Personalen behöver hela tiden agera utifrån utgångspunkten att de befinner sig i en annan människas hem[19]. Att arbeta i ett hem ställer höga krav på personalens förmåga att vara anpassningsbar och att hitta innovativa, och samtidigt patientsäkra lösningar. En god arbetsmiljö ger en ökad patientsäkerhet[22].

Personalen behöver värna både om patienten och eventuellt närståendes integritet och samtidigt ge en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet.<sup>53</sup>

## Närstående i hemmet

Patientens hem kan även vara ett hem för en eller flera närstående. Närstående kan också finnas som besökare i hemmet. Många långvarigt sjuka, äldre eller personer med funktionsnedsättning kan få hjälp av närstående. Det benämns ofta som anhörigvård eller anhörigomsorg när det sker regelbundet, det vill säga oftare än en gång i månaden. En viktig utgångspunkt är att närståendes insats alltid bygger på frivillighet och ligger på en rimlig nivå [23]. Det handlar om att se och lyssna på de närstående, att hålla dem informerade och att ha kunskaper om vilket stöd en närstående ger, och själv behöver. En förutsättning för att närstående ger insatser utifrån eget önskemål och förmåga, är att hälso- och sjukvården fungerar. Det är viktigt att i varje enskilt fall ta reda på om det är lämpligt att närstående hjälper patienten med vårdåtgärder. Närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.<sup>54</sup>

En närstående som ger insatser, måste göra det på ett lämpligt sätt utifrån sin egen hälsa, och den närståendes eget behov av stöd måste uppmärksammas. Det är även en förutsättning för att de närstående ska ha en fungerande vardag och för att förebygga ohälsa bland dem. Att närstående ger vård kan också vara positivt och berikande för patienten och den anhörige. Det kan ge nya perspektiv och fördjupa relationen till varandra[23]. Kommunerna är också skyldiga att erbjuda anhörigstöd enligt SoL.<sup>55</sup>

När hälso- och sjukvården erbjuder patienter och närstående utbildning kan det bidra till bättre vård[23]. Det kan gälla kunskaper om den sjukdom eller den funktionsnedsättning som deras närstående har och de konsekvenser och möjliga rehabiliterings- eller behandlingsmetoder som finns[23].

Socialstyrelsen framhåller att det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen, omsorgspersonalen, biståndshandläggarna, cheferna och beslutsfattarna har ett anhörigperspektiv.

### ➔ Läs mer:

- Webbsidan Nationellt kompetenscentrum anhöriga. <https://anhoriga.se/>

<sup>53</sup> Av 6 kap. 1 § PSL följer att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges en sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

<sup>54</sup> 5 kap. 3 § PL.

<sup>55</sup> 5 kap. 10 § SoL.

## Barn som anhöriga

Barn som anhöriga är särskilt sårbara av flera skäl. Ett barn är beroende av den drabbade, och kan ha svårare att förstå vad som händer och varför. Barnet kan bli oroligt, känna skuld, ta ett för stort ansvar, få bristande omsorg och få svåra upplevelser[24]. Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd, om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med, till exempel har en allvarlig sjukdom, eller oväntat avlider.<sup>56</sup>

### → Läs mer:

- Om Barn som anhöriga på Kunskapsguiden.se  
<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barn-som-anhoriga/>
- Om Barn som anhöriga hos Nationellt kompetenscentrum, NKA  
<https://anhoriga.se/barnsomanhoriga>

## Uppmärksamma och åtgärda vid oro

Personalen kan uppmärksamma olika händelser och tillstånd som de behöver hantera på något sätt, vid arbete i patientens hem. Det kan handla om tecken på våld i hemmet, psykisk ohälsa, eller missbruk och fattigdom. Det är viktigt att personalen hanterar en sådan information på ett lämpligt sätt. Personalen kan exempelvis ge information eller hjälpa patienten eller den anhörige att vid behov komma i kontakt med en lämplig instans. Personalen ska göra en anmälan till socialnämnden genast, om det finns barn i en miljö där personalen misstänker eller får kännedom om att barnet far illa.<sup>57</sup>

### → Läs mer:

- Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer, Socialstyrelsen, 2016[25]
- Anmäla oro för barn Stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare, Socialstyrelsen, 2022 [26]

## Hemmet som vårdplats har särskilda utmaningar ur ett patientsäkerhetsperspektiv

Det finns särskilda risker och förutsättningar som är kopplade till att vården sker i patientens bostad, och när flera vårdaktörer är involverade samtidigt.

Faktorer som påverkar patientsäkerheten vid hälso- och sjukvård i hemmet är ökade tekniska möjligheter att bedriva en allt mer avancerad vård i hemmet, kortare vårdtider på sjukhusen, den demografiska utvecklingen med en ökande andel äldre och kroniskt sjuka personer i befolkningen[27].

Vårdgivarna behöver gemensamt utveckla och stärka sitt arbete med att skapa en patientsäker vård i hemmet. En hög patientsäkerhet förutsätter ett strategiskt och långsiktigt arbete[28, 29]. Det gäller både för regionen och kommunen som huvudman och vårdgivare samt för privata vårdgivare.

<sup>56</sup> 5 kap. 7 § HSL.

<sup>57</sup> 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

En patientsäker hälso- och sjukvård i hemmet handlar bland annat om att

- bedöma risker och vidta åtgärder
- identifiera, bedöma och åtgärda risker innan vården flyttas till hemmet
- säkerställa en säker vårdövergång
- ändamålsenlig informationsöverföring och kontaktvägar till alla berörda
- det finns förutsättningar för rätt kompetens
- det finns förutsättningar för en kontinuerlig kompetensutveckling i takt med att vårdinsatserna ökar i hemmet och i takt med digitaliseringen.

Vårdgivaren behöver integrera det förebyggande patientsäkerhetsarbetet vid hälso- och sjukvård i hemmet med kända patientsäkerhetsrisker. Dessa är vårdövergångar, läkemedelshantering, fall, en fördröjd vård och behandling, nutrition, delegering, omvårdnad, bemötande, kommunikation, information, infektioner och smittspridning, samt medicintekniska produkter[30, 31].

Det är vårdgivaren som har det övergripande ansvaret för patientsäkerheten. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på en god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.<sup>58</sup>

#### ➔ Läs mer:

- På webbplatsen [patientsakerhet.socialstyrelsen.se](http://patientsakerhet.socialstyrelsen.se) finns ett samlat stöd för patientsäkerhet.
- På webbplatsen [Kunskapsguiden.se](http://kunskapsguiden.se) finns information om patientsäkerhet
- På webbplatsen [skr.se](http://skr.se) finns information om Patientsäkerhet vård och omsorg.

## Delegering av medicinska uppgifter

Delegeringar berör både den kommunala och regionala hälso- och sjukvården, och är vanligt förekommande.

Inom hälso- och sjukvården får en arbetsuppgift delegeras till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård.<sup>59</sup> Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften.<sup>60</sup> Den som delegerar en uppgift ansvarar alltså för att beslutet att delegera är förenligt med god och säker vård. Den som har tagit emot en delegering utför hälso- och sjukvårdsåtgärden under eget yrkesansvar.<sup>61</sup> Eget yrkesansvar gäller för all hälso- och sjukvårdspersonal och innebär att personalen, själv bär ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.<sup>62</sup>

Den som delegerar en arbetsuppgift måste ha formell och reell kompetens, det vill säga genom yrkesutbildning ha fått den kunskap och färdighet som

---

<sup>58</sup> 3 kap. 1 §. PSL

<sup>59</sup> 6 kap. 3 § första stycket PSL.

<sup>60</sup> 6 kap. 3 § andra stycket PSL.

<sup>61</sup> Regeringens proposition. Äligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m. 1993/94:149, s. 67.

<sup>62</sup> 6 kap 2 § PSL.

krävs för att utföra arbetsuppgiften. Den som tar emot delegering för arbetsuppgiften måste ha reell kompetens. Reell kompetens är kunskap som uppnåtts genom praktisk yrkesutövning eller enskilda kurser vid sidan av den egentliga yrkesutbildningen.<sup>63</sup>

Arbetsuppgifter som kan delegeras är till exempel iordningställande, administrering eller överlämnande av läkemedel.<sup>64</sup>

Det finns också vissa arbetsuppgifter som inte kan delegeras. Det är uppgifter som enligt författning är förbehållna en viss yrkesgrupp till exempel att fastställa dödsfall<sup>65</sup> och att ordinera läkemedel.<sup>66</sup>

Det är verksamhetschefen eller medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunal hälso- och sjukvård, som bär det yttersta ansvaret för att delegeringar sker på ett korrekt och säkert sätt.<sup>67</sup>

Läkemedelsbehandling är den vanligaste insatsen till patienter som får hälso- och sjukvård i särskilt eller ordinärt boende[32]. Det är vanligt att läkemedelsöverlämnande till patienten sker genom delegering till omsorgspersonal och personliga assistenter. Även andra medicinska uppgifter delegeras i stor utsträckning. Socialstyrelsen har i dialog med verksamhetsföreträdare fått information om att det kan uppstå patientsäkerhetsrisker när en hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för en stor mängd delegeringar.<sup>68</sup>

Delegering av medicinska arbetsuppgifter måste äga rum i väl organiserade former<sup>69</sup> och är inte avsett att användas för att lösa brist personal<sup>70</sup>.

#### ➔ Läs mer:

- *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*

---

<sup>63</sup> Prop. 1993/94:149, s. 71.

<sup>64</sup> 9 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

<sup>65</sup> Se 2 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:10) om kriterier för bestämmande av människans död.

<sup>66</sup> Av 5 kap. 1 § HSLF-FS 2017:37 följer att endast den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att förordna och förskriva läkemedel är behörig att ordinera läkemedel. Vem som är behörig att förordna och förskriva läkemedel regleras i 2 kap.

Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Det finns ingen bestämmelse som tillåter att en ordination av läkemedel delegeras.

<sup>67</sup> 4 kap. 6 § första stycket 4, HSF samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.

<sup>68</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

<sup>69</sup> Prop. 1993/94:149, s. 71

<sup>70</sup> SOSFS 1997:14

## Samverkan mellan aktörerna runt personen i hemmet

Regionen och kommunen ska samverka så att en patient, som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för, också får övrig vård och behandling och de hjälpmedel och förbrukningsartiklar som patienten har behov av.<sup>71</sup>

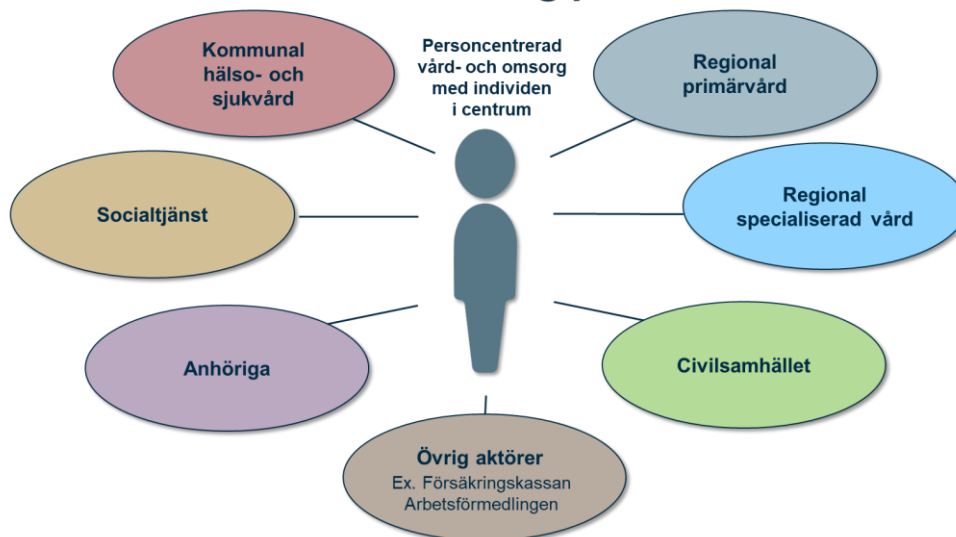
Regionen och kommunen ska också i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst, om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.<sup>72</sup> Huvudmännen måste samarbeta för att skapa regler och riktlinjer, och planera för hur den sammanhållna vården ska se ut för utskrivningsklara patienter. Huvudmännen bestämmer själva formerna för sådana riktlinjer, och hur detaljerade de ska vara. Huvudmännens riktlinjer får sedan ligga till grund för mera verksamhetsnära rutiner.<sup>73</sup>

Figur 2 visar flera olika aktörer som i olika kombinationer kan behöva samverka och arbeta gemensamt för personen. Det kan vara en komplex och ibland unik samverkanskombination, då både hälso- och sjukvård och socialtjänst kan utföras i såväl privat som offentlig regi.

Mer information om olika team finns i Multiprofessionella team sidan 23 och i *Exempel på olika arbetsmodeller vid rehabilitering i hemmet* sidan 60.

Figur 2. Aktörskarta – exempel på patientens kontakter vid vård i hemmet

### Aktörer för samverkan kring personen i hemmet



<sup>71</sup> 16 kap. 2 § HSL

<sup>72</sup> 4 kap. 4 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, LUS.

<sup>73</sup> Regeringens proposition Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, prop. 2016/17:106, s. 119 f.



## Samsynen och tilliten behöver öka

Vissa kommuner och regioner har lyft att vårdgivare, chefer och medarbetare behöver mer kunskap om, och förståelse för, varandras olika verksamheter och uppdrag. Samsynen och tilliten behöver öka, för att förflyttningen till en nära vård ska kunna ske.<sup>74</sup>

En samverkan kan leda till förbättrade arbetssätt, om den bygger på tillit och samsyn mellan verksamheter, chefer och medarbetare. En samsyn och en tillit kan även byggas upp genom en strukturerad kommunikation, gemensamma rutiner, mål och uppföljningar. Teorier som handlar om organisering, kvalitetsledning, systemtänkande och processledning kan stödja utvecklingsarbetet för samverkan[33].

## God kunskap och kännedom om den egna verksamheten

Utöver att huvudmän och vårdgivare behöver ha mer kunskap om varandra, är det betydelsefullt med goda kunskaper om den egna verksamheten. Goda kunskaper om den egna verksamheten gör det lättare att se utvecklingsbehov, och vidta förbättringsåtgärder exempelvis genom att implementera ny kunskap och följa upp verksamheten.

Vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete.<sup>75</sup> Det systematiska kvalitetsarbetet omfattar även hälso- och sjukvård i hemmet. Uppgifter som ger kunskap om den egna verksamheten kan inhämtas på flera sätt. Det kan exempelvis ske med hjälp av verksamhetens lokala IT- stöd, via nationella kvalitetsregister och via Socialstyrelsens öppna jämförelser och statistikdatabas.<sup>76</sup>

Ett sätt att få kunskap om den egna verksamheten är att följa upp verksamhetens registrerade KVÅ-koder.<sup>77</sup> Statistiken från KVÅ-registreringen kan visa vilka typer av insatser som verksamheten gett och i vilken omfattning. Statistiken går att hämta från Socialstyrelsens statistikdatabas.

I registret framgår att den kommunala hälso- och sjukvården rapporterade cirka 12 300 000 vårdåtgärder år 2021. Vårdåtgärderna gällde cirka 280 000 patienter. Statistiken visar att den kommunala hälso- och sjukvården främst ger åtgärder som rör kroppsfunktioner såsom förflyttning, personlig vård, omgivning och läkemedel. Statistiken visar också att den kommunala hälso- och sjukvården ger ytterst lite åtgärder inom områdena aktivitet och delaktighet, som bland annat hantera allmänna uppgifter och krav, kommunikation, relationer med andra människor och delaktighet i samhällsgemenskap[34].

---

<sup>74</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

<sup>75</sup> Se 1 kap. 1 § 2011:9

<sup>76</sup> Socialstyrelsens statistikdatabas nås via [socialstyrelsen.se](https://socialstyrelsen.se)

<sup>77</sup> KVÅ är klassifikation av vårdåtgärder inom hälso- och sjukvården.

# Skapa förutsättningar för att patienten ska kunna vårdas hemma

## Skapa förutsättningar för att patienten ska kunna vårdas i hemmet

Det handlar bland annat om att

- tidigt upptäcka nya eller förändrade behov samt försämring i patientens hälsotillstånd
- använda standardiserade beslutsstöd och bedömningsverktyg i arbetet
- utarbeta arbetssätt för konsultationer exempelvis rutiner som anger vart man ska vända sig vid behov av konsultation
- använda och utveckla arbetssätt med mobila vårdlösningar
- gemensamt förbereda för eventuella samhällsstörningar.

Förflyttningen till en mer nära vård där fler sjukvårdsinsatser utförs i hemmet behöver ske i samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården. Samverkan behöver också ske med socialtjänsten och andra eventuella aktörer som finns runt patienten och närstående. Samverkan möjliggör att patienten får rätt vård, vid rätt tillfälle och av personal med rätt kompetens. Det bidrar till att patienten mår bra och är trygg med vården i hemmet.

Samverkan och vilka möjligheter som finns att ge hälso- och sjukvård i hemmet kan bidra till en minskning av antalet undvikbara akutbesök och antalet oplanerade inläggningar i den specialiserade slutenvården[35].

Samverkan kan se ut på olika sätt. Sjuksköterskan, läkaren, och omsorgspersonalen utgör ofta kärnan i hälso- och sjukvården i hemmet.<sup>78</sup> Även rehabiliteringsprofessionerna och vid behov aktörer inom den specialiserade vården kan ingå i samverkan runt och med patienten.

I teamet runt patienten kan sjuksköterskan ha rollen som fast vårdkontakt, läkaren som fast läkarkontakt och omsorgspersonal kan ha rollen som fast omsorgskontakt. Tillsammans med patienten och närstående skapas vården i hemmet.<sup>79</sup>

Många patienter föredrar möjligheten att få stanna i hemmet, men det förutsätter att patienten och de närstående känner sig trygga med det. Patienter efterfrågar en kontinuitet och en regelbunden kommunikation exempelvis med sjuksköterskor och läkare, samt mellan primärvården, sjukvården i hemmet och den specialiserade vården[35]. Distansmonitorering

<sup>78</sup> Sjuksköterskan är ofta en distriktsköterska och läkaren oftast en specialist i allmänmedicin.

<sup>79</sup> Av Proportionen 2021/22:116 s. 37 framgår att samordning kan åstadkommas genom att den fasta omsorgskontakten, med beaktande av regelverken om sekretess och tystnadsplikt, informerar och samverkar med anhöriga och närstående, arbetslaget i hemtjänsten och andra yrkesgrupper som är delaktiga i den äldres situation som till exempel legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal hos kommunen, regionen och privata vårdgivare.

och mobila vårdteam är två exempel på personcentrerade samverkanslösningar som avser att skapa trygghet.

Den breda variationen av möjliga medicinska åtgärder i kombination med hemmets förutsättningar, patientsäkerhet och patientens delaktighet stimulerar att tänka nytt. Genom att lyssna in och vara flexibel kan personalen tillsammans med patienten hitta och anpassa olika lösningar. Det skapar i sin tur delaktighet och personcentrering.

Den vanligaste hälso- och sjukvårdsåtgärden i hemmet, som sjuksköterskor utför, är att patienten får hjälp med sina läkemedel. Den näst vanligaste åtgärden är att sjuksköterskor samordnar uppgifter som rör patienten. Därefter är åtgärder som rör sår- och hudvård också vanligt förekommande.<sup>80</sup> Även många andra hälso- och sjukvårdsåtgärder, och av andra professioner, kan utföras i hemmet.

Mer information finns i *De vanligaste rehabiliteringsåtgärderna med KVÅ-koder* på sidan 81.

Nedan ges några exempel som, oavsett medicinsk orsak, kan inspirera till att skapa ännu bättre förutsättningar för att ge hälso- och sjukvård i hemmet.

## Identifiera nya behov löpande

Nya behov kan uppstå om patienten försämras i sin sjukdom eller skada, men även utan att det sker medicinska försämringar. Personliga förutsättningar och önskemål kan förändras över tid och en framgångsrik rehabilitering kan leda till förbättrade funktioner. Patienten kan både behöva nya och kompletterande åtgärder, medan andra åtgärder kanske behöver tas bort.

Hälso- och sjukvårdspersonalen och omsorgspersonalen kan uppmärksamma detta.

Personalen behöver ha kunskap för att tidigt kunna identifiera när en patient har nya behov, som innebär att vården och omsorgen behöver förändras.<sup>81</sup>

Det behöver finnas kända kontaktvägar för patienten själv, närstående och omsorgspersonalen för att de ska kunna nå rätt funktion i hälso- och sjukvården. Det skapar möjligheter för bedömning och omhändertagande utifrån patientens mål och behov. Även hälso- och sjukvårdspersonalen behöver tydliga kontaktvägar för att vid behov hjälpa patienten vidare till rätt vård.<sup>82</sup>

Undvikbara akutbesök och inläggningar på sjukhus kan förhindras, om patienten får adekvat vård och fortsatt uppföljning i hemmet[35]. Besök på ett sjukhus eller en vårdcentral kan medföra en stor påfrestning, särskilt för den som är skör och har flera sjukdomar.

Det finns också risker i samband med vårdövergångar, och det handlar ofta om att informationsöverföringen brister, till exempel information om läkemedelsordinationer [36].

---

<sup>80</sup> Intern sammanställning av åtgärder uppdelade på yrke 2021, från registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

<sup>81</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

<sup>82</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

Det är därför särskilt angeläget i samband med en vårdövergång från sjukhusvård till vård i hemmet, att den specialiserade vården bidrar med kunskapsöverföring om patienten. Det kan exempelvis handla om vilka tecken på försämring som personalen behöver uppmärksamma.

## Standardiserade bedömningsinstrument ökar patientsäkerheten

Vid bedömning av patientens hälsotillstånd är det en fördel om den specialiserade vården, ambulanssjukvården och primärvården använder samma bedömningsinstrument i hela vårdkedjan. Det ger förutsättningar för att följa och jämföra patientens tillstånd i hela vårdkedjan.

Patienten kan även använda bedömningsinstrument för att självskatta sitt hälsotillstånd.

Mer information finns i *Utreda och bedöma rehabiliteringsbehov* sidan 69.

### ➔ Läs mer

- *Beslutstöd ViSam* på Ineras webbplats [inera.se/utveckling/utvecklingsforslag/pagaende-utvecklingsforslag/beslutsstod-visam/](https://inera.se/utveckling/utvecklingsforslag/pagaende-utvecklingsforslag/beslutsstod-visam/)
- *NEWS2 Övervakning och bedömning av vitalparametrar (2018)* [37]
- Vårdhandboken.se är en tjänst från Sveriges regioner och kommuner. Beskriver bedömning enligt NEWS <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/akut-bedomning-och-skattning/bedomning-enligt-news/oversikt/>.

## Konsultationer för att bedöma och besluta

Möjligheten till konsultation är en viktig förutsättning för en bra medicinsk bedömning av patientens hälsotillstånd. Både primärvården och den specialiserade vården behöver organisera sig så det finns personal tillgänglig för konsultativt stöd. Det kan till exempel handla om att bedöma om en patient som har försämrats kan fortsätta att få vård i hemmet, eller behöver få vård på ett sjukhus.

En adekvat bedömning i rätt tid leder sannolikt till ändamålsenliga vård- och behandlingsbeslut. Fungerande konsultationsrutiner med tydliga ansvarsområden och roller vid konsultationer förbättrar vården. Det gynnar särskilt de mest sköra patienterna. De kan stanna kvar i hemmet, i stället för att förflyttas till ett sjukhus, om det inte är nödvändigt. Det kan även leda till färre onödiga akutbesök och färre oplanerade inläggningar på sjukhus[35].<sup>83</sup>

### Konsultationer via digital teknik

Nya metoder har utvecklats med hjälp av digital teknik, till exempel videosamtal för konsultationer, för att överbrygga gränser mellan regionernas

---

<sup>83</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

primärvård och den specialiserade vården, respektive den kommunala hälso- och sjukvården[5].

För att använda de digitala verktygen, och för att bedriva vård på distans behöver personalen tillräcklig kunskap, kompetens och erfarenhet.<sup>84</sup>

Medarbetare som har långa geografiska avstånd mellan sig, kan lättare konsultera varandra. Detta möjliggör ett mer flexibelt arbetssätt[38].

Konsultation kan ges både direkt till patienten och till personalen i hemmet, samt även till hälso- och vårdcentraler[39].

Ett bra samarbete via konsultationer kan också leda till en successiv kompetens- och kunskapsöverföring. Det kan med tiden utveckla och förbättra sjukvården i hemmet ytterligare.

Mer information finns i *Konsultation och kompetensstöd vid rehabilitering i hemmet* på sidan 63.

## Direktinläggning för att undvika besök på akutmottagning

Direktinläggning, direktinskrivning eller ”snabbspår” är olika benämningar på en möjlighet att få tillgång till slutna hälso- och sjukvård. Det kan användas när en patient som har försämrats i sitt tillstånd, inte kan få de vårdinsatser som behövs i hemmet.

Direktinläggning innebär att patienten transporteras direkt till vårdavdelning på sjukhus utan att passera akutmottagningen.<sup>85</sup>

Direktinläggning berör vanligen en redan känd och ofta multisjuk skör patient. Syfte med direktinläggning är att styra patienten till rätt vårdnivå och medicinsk specialitet från början. Direktinläggning ökar patientsäkerheten i och med att personal med rätt kompetens, utan mellansteg, möter patienten. Direktinläggning bidrar också till minskad oro hos patienten och närstående, eftersom miljön på akutmottagningen kan skapa oro. Direktinläggning avlastar även akutmottagningarna[35].

I omställningen till en nära vård används också direktinläggning på exempelvis närvårdsplatser och slutenvårdsplatser på vårdcentraler som fungerar som så kallade ”observationsplatser”<sup>86</sup>.

Direktinläggning förutsätter överenskommelser och rutiner mellan olika verksamheter. En rutin för direktinläggning kan behöva innehålla information om vilken yrkesgrupp som bedömer patientens behov. Det kan till exempel vara ansvarig läkare i mobilt team, primärvårdsläkare eller läkare i den specialiserade vården i samråd med kommunens sjuksköterskor.

## Mobila vårdlösningar ökar flexibiliteten

Ett alternativ till sjukhusvård finns i form av olika mobila insatser som ofta utgår från Specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH), Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) och den palliativa vården. De mobila insatserna är ofta för

<sup>84</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

<sup>85</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

<sup>86</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

patienter med allvarliga eller kroniska sjukdomar som kräver täta kontakter med den specialiserade vården. Dessa alternativ utgår från sjukhusen i samarbete med regionens primärvård, eller den kommunala hälso- och sjukvården. Det kan även förekomma en kombination av dessa[35].

Det finns också många exempel på nya mobila vårdlösningar som prövas runt om i landet. Det är ofta mobila vårdteam av olika slag som genomför insatserna. De har olika benämningar, bemannas av olika professioner och riktar sig till olika patientgrupper. Den organisatoriska hemvisten kan variera[35].

Det är främst de sköra patienterna med flera sjukdomar som är målgrupp för de mobila teamens vårdinsatser. Dessa personer har ett vårdbehov som kräver en tät samverkan mellan den kommunala och den regionala hälso- och sjukvården. Det finns flera vinster för patienten med att vårdas hemma. De största vinsterna för patienten är en ökad kontinuitet, en ökad helhetssyn och en personcentrerad vård. Det finns också en förhoppning om att hälso- och sjukvård i hemmet ska minska resursförbrukningen genom färre återinläggningar på sjukhus, färre besök på akutmottagningar och färre ambulanstransporter[35].

Ambulanssjukvården spelar också en viktig roll i den mobila vården. Den medverkar till att hitta olika lösningar, utifrån de lokala förutsättningarna. Det kan till exempel handla om att styra patienter till rätt vårdnivå i rätt tid[40]. Det kan också vara samordnade insatser där ambulansverksamheten nyttjar mobila lösningar med stöd av digital teknik, såsom digitala konsultationer och bildöverföring. En sammanhållen informationsöverföring är en viktig del, som lyfts i utvecklingen av den prehospitla vården[41].

## Bedömningsbilar

Ett exempel på mobil vårdlösning är så kallade bedömningsbilar. Syftet är att styra patienter till rätt vårdnivå, att förkorta ledtider och att samtidigt minska belastningen på ambulansen och akutmottagningen. Teamets sammansättning utformas efter lokala behov, och den organisatoriska hemvisten varierar[40].

I en bedömningsbil finns det ibland medicinsk och telemedicinsk utrustning motsvarande en ambulans, med en möjlighet att ta vissa laborieprover.<sup>87</sup>

Sådana bedömningsbilar används till exempel för att

- besöka patienter som kontakter hälso- och sjukvården, och det är lämpligt med en bedömning i hemmet
- bedöma, utföra och följa upp specialiserade vårdåtgärder
- samverka med den kommunala hälso- och sjukvården för stöd i bedömningar och att välja vårdnivå[40].

## Andra mobila vårdlösningar

Vissa mobila vårdlösningar är knutna till en plats. Det kan till exempel vara en vård- eller hälsocentral, en sjukstuga, en närvårdsmottagning eller närvårdspplatser. Bemanningen kan utgå från både primärvården och slutenvården. Dessa mobila vårdlösningar riktar sig till olika patientgrupper,

---

<sup>87</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

men vanligen främst till äldre personer med komplexa vårdbehov och kronisk sjukdom, till exempel KOL eller hjärtsvikt. Patienter i den palliativa vården är också ofta en målgrupp. Utformningen är i dag olika, beroende på regionernas förutsättningar. Det finns exempel på närvårdsmottagningar där man även har närvårdsplatser för överliggande patienter.<sup>88</sup>

## Förbereda verksamheten inför samhällsstörningar

Den hälso- och sjukvård som en patient får i hemmet, kan påverkas av olika samhällsstörningar. Det finns en mängd olika hot- och riskområden som, om de inträffar, kan påverka att behovet av insatser förändras. Hot och riskområden kan utgöras av elavbrott, värmeböljor, bränder, översvämningar eller problem med vattenförsörjning. Ett elavbrott kan påverka den medicintekniska utrustningen, som är beroende av el[42]. Tillgången till läkemedel kan påverkas av transport- och leveransproblem.

Det svenska krishanteringssystemet bygger på de ordinarie förvaltningsstrukturerna. Det innebär tre principer:

1. Den som ansvarar för en verksamhet i normala situationer, bär även ansvaret på motsvarande sätt vid en kris (ansvarsprincipen).
2. En kris ska hanteras där den inträffar och av de närmast berörda och ansvariga (närhetsprincipen).
3. Krishanteringen ska inte medföra större förändringar i organisationen än vad som krävs (likhetsprincipen).<sup>89</sup>

Huvudmännens arbete med risk- och säkerhetsanalyser (RSA) behöver omfatta riskanalys även för hälso- och sjukvård i hemmet.

En god krisberedskap förutsätter att olika aktörer har förtroende för varandra. Ett förtroende skapas genom kontakter mellan organisationer. Det bygger på relationer som grundläggs i det vardagliga samarbetet innan en kris uppstår.<sup>90</sup> Kommuner är huvudaktörer i krishanteringssystemet på lokal nivå. En viktig förutsättning för att minska sårbarheten, och för att förbättra krishanteringsförmågan i lokalsamhället, är en nära samverkan under en hel krishanteringsprocess, det vill säga före, under och efter en extraordinär händelse.<sup>91</sup>

### → Läs mer

- På *kunskapsguiden.se* som finns ett tema om Krisberedskap och civilt försvar för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. (publiceras feb 2023).
- På *MSB.se* finns handbok i kommunal krisberedskap om med kapitel om kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst.

<sup>88</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

<sup>89</sup> Regeringens proposition Samverkan vid kris – för ett säkrare samhälle, prop. 2005/06:133, s. 51.

<sup>90</sup> Regeringens proposition Stärkt beredskap – för säkerhets skull, prop. 2007/08:92, s. 8.

<sup>91</sup> Prop. 2007/08:92 s. 78.



# Trygga och säkra vårdövergångar

## I samverkan skapa förutsättningar för en säker vårdövergång

Det handlar bland annat om att

- olika vårdaktörer samverkar på ett ändamålsenligt sätt
- säkerställa en välfungerande informationsöverföring i samband med vårdövergångar
- det finns förutsättningar för planering inför en vårdövergång.

En vårdövergång uppstår när ansvaret för vården flyttas mellan olika verksamheter eller olika vårdgivare.

Dialog både inom och mellan vårdgivare är en förutsättning för att skapa välfungerande vårdövergångar. Det är viktigt för att få en gemensam förståelse för hela vårdförloppet men även för hur den egna vårdåtgärden relaterar till och påverkar övriga delar i vårdförloppet[43].

Vid en vårdövergång kan vissa delar av det medicinska ansvaret kvarstå, samtidigt som annat lämnas över.

## Samverkan mellan vårdgivarna är en förutsättning för trygga och säkra vårdövergångar

Utvecklingen mot en nära vård ställer krav på en välutvecklad samverkan och samordning av insatser från kommun och region, patienter och närstående.

Det finns bestämmelser om samverkan vid planeringen av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutenvården kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården eller regionens öppna vård.<sup>92</sup> Regionen och kommunen ska i samråd utarbeta gemensamma riktlinjer om samverkan till vårdgivare och till dem som bedriver socialtjänst.<sup>93</sup>

## Informationsöverföringen är viktig för säkra vårdövergångar

Tillgång till rätt information vid rätt tillfälle är en förutsättning för att upprätthålla patientsäkerheten[35]. Brister i informationsöverföringen kan innebära risker och leda till att patienten, närstående och inblandad hälso-

<sup>92</sup> Se .LUS

<sup>93</sup> 4 kap. 4 § LUS.



och sjukvårdspersonal inte får en gemensam helhetsbild över vad som har hänt och vilka åtgärder som är planerade[44]. Brist på information kan leda till att åtgärder upprepas i onödan, inte utförs, eller att patienter och deras närstående får ta ett för stort ansvar för informationsöverföringen[5].

I lagstiftningen finns särskilda regler om när informationsöverföring ska och kan ske. Informationsöverföring ska till exempel ske till berörda enheter när en patient som skrivs ut från sjukhus behöver vidare åtgärder från hälso- och sjukvården och socialtjänst.<sup>94</sup>

Vård- och omsorgsgivare kan också under vissa förutsättningar få tillgång till dokumenterade personuppgifter hos andra vård- och omsorgsgivare, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande.<sup>95</sup> Detta möjliggör att delar av socialtjänsten och hälso- och sjukvården har tillgång till en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.<sup>96</sup>

Vården och omsorgen kan bli mer säker, effektiv och transparent med information som är digitalt tillgänglig. Tillgänglig information kan även underlätta för enskilda personer att bli mer delaktiga, och få ett större inflytande över sin vård och omsorg. Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är ett av de viktiga stegen mot en bättre samordnad vård och omsorg. Det är värdefullt både ur ett patient- och verksamhetsperspektiv.<sup>97</sup>

#### → Läs mer:

- Meddelandeblad Nr 8/2022 Ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

## En gemensam planering för en patientsäker vårdövergång

Hälso- och sjukvården ska samordna olika insatser för patienten på ett ändamålsenligt sätt.<sup>98</sup> Om det är mest ändamålsenligt att samordningen sker i primärvården ska olika insatser för patienten samordnas där.<sup>99</sup> Den specialiserade vården kan ha kvar ansvaret för patientens behandling medan uppföljningen sker inom primärvården. Primärvården kan exempelvis ta ett prov på patienten, som den specialiserade vården i sin tur värderar och vidtar lämpliga åtgärder utifrån.

Vårdövergångar är ett moment där det generellt föreligger patientsäkerhetsrisker. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.<sup>100</sup>

---

<sup>94</sup> 4 kap. 4 § LUS.

<sup>95</sup> 2 kap. 1 § och 3 kap. 1-2 §§ lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

<sup>96</sup> Se definitionen av sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i 1 kap. 1 § lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

<sup>97</sup> Prop. 2021/22:177 Om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

<sup>98</sup> 6 kap. 1 § PL.

<sup>99</sup> 13 a kap. 1 § första stycket 4 HSL.

<sup>100</sup> Se 3 kap. 1-2 §§ PSL.

Om en person har behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten ska också en individuell plan, så kallad SIP, under vissa förutsättningar upprättas. Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och om den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det bland annat framgå vilka insatser som respektive huvudman ska svara för.<sup>101</sup>

Mer information finns i *Planera vården i hemmet* på sidan 40.

## Processer och rutiner behövs för säkra vårdövergångar

Rutiner och processer för samverkan är viktiga för uppföljningen av vården efter att patienten skrivits ut från sjukhus[35]. Det är också viktigt att det finns rätt kompetens och medicinsk utrustning i hemmet innan en beslutad vårdinsats genomförs i hemmet. Vårdgivaren ansvarar för att där det bedrivs hälso- och sjukvård finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.<sup>102</sup> Genom samverkan kan flera verksamheter tillsammans bidra till en god vård i hemmet. Den specialiserade vården kan till exempel bidra med utbildningsinsatser och konsultstöd till primärvården utifrån en unik patients behov. Det är viktigt med tydliga kontaktvägar mellan den specialiserade vården och primärvården.

## Planera vården i hemmet

Skyldigheten att planera vården regleras i olika lagar. I hälso- och sjukvårdslagen framgår kravet på att upprätta planer för de insatser patienten får av olika vård- och omsorgsgivare.<sup>103</sup>

**Tabell 1 Översikt av syfte och innehåll i olika planer som förekommer vid vård och rehabilitering i hemmet**

Plan	Reglering	Syftet är att	Av planen ska det framgå
individuell plan (SIP)	16 kap. 4 § HSL.	säkerställa ett samarbete mellan huvudmännen, så att personens samlade behov av hälso- och sjukvård, samt socialtjänst tillgodoses.	- vilka insatser respektive huvudman svarar för. - vilka insatser som någon annan än regionen eller kommunen vidtar. - vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.

<sup>101</sup> 16 kap 4 § fjärde stycket 2 HSL.

<sup>102</sup> 5 kap. 2 § HSL.

<sup>103</sup> 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § samt 16 kap. 4 § HSL

Plan	Reglering	Syftet är att	Av planen ska det framgå
Samordnad individuell plan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård	4 kap 1 § lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.  16 kap. 4 § HSL.	Planera de insatser, i form av den hälso- och sjukvård eller socialtjänst, som personen behöver efter utskrivningen.	- vilka insatser som respektive huvudman svarar för - vilka insatser som någon annan än regionen eller kommunen vidtar - vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.
Individuell plan för habilitering och rehabilitering	8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § HSL.	Samordna de habiliterings- eller rehabiliteringsinsatser som personen behöver.	Planerade och beslutade rehabiliterings- och habiliteringsinsatser, inklusive hjälpmedel.

Även i patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, framgår det att om uppgifterna finns tillgängliga, så ska en patientjournal alltid innehålla väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.

Mer information finns i *Planering av rehabilitering i hemmet*, sidan 72.

## Den samordnade individuella planen behöver användas mer

En individuell plan så kallad SIP är ett viktigt verktyg för patienter och deras närstående. De blir mer delaktiga, får en bättre överblick över insatserna och över vem som gör vad. En SIP kan innebära att insatserna ges i rätt tid och följs upp på kort och på lång sikt[45].

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten behöver upprätta och använda SIP oftare. Innehållet i planen behöver framgå tydligare. Ansvarig för planen behöver också följa upp om patienten har fått de planerade åtgärderna och om de har gett avsedd effekt[3, 46].

## Verksamheterna kan även upprätta andra planer med patienten

Förutom de författningsreglerade planerna finns det möjlighet för verksamheterna att upprätta andra planer utifrån patientens behov. Patientkontraktet är ett exempel på en arbetsmetod som inte är reglerat i lag, men som enligt en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) ska realisera ett personcentrerat arbetssätt.

### → Läs mer:

- *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan* Socialstyrelsen 2017 [15]
- På webbplatsen *Kunskapsguiden.se* finns mer om samordnad individuell plan
- På webbplatsen *SKR.se* finns mer om samordnad individuell plan, SIP

- *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.*
- *Handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsen 2017 [47]*
- På webbplatsen *SKR.se* finns mer om patientkontrakt.

# Digitaliseringens möjligheter

## Använda digitaliseringens möjligheter vid hälso- och sjukvård i hemmet

Det handlar bland annat om att

- digital teknik behöver användas i en större omfattning
- digitaliseringen kräver ett förändrat arbetssätt
- följa patienten på distans
- införa digital teknik på ett personcentrerat sätt.

Den digitala tekniken är en del av utvecklingen mot en nära vård och behöver användas i större omfattning.<sup>104</sup> Digital teknik kan skapa effektiv kommunikation och öka möjligheten för patienten att själv ha kontroll över sin hälsa och livssituation. Användningen av digital teknik kan öka möjligheterna till en personcentrerad vård och bidra till att hälso- och sjukvården blir mer jämlik, effektiv och tillgänglig. Den kan också bidra till mer ändamålsenliga arbetssätt för personalen.

Utvecklingen av tekniken går fort framåt. Det finns många digitala lösningar som leder till bättre förutsättningar för att följa patientens hälsostatus, kommunicera och samverka. Det kan exempelvis vara videostöd för individuell samordnad planering, inkontinenssensorer, digitalt stöd för aktivering eller träning och uppföljning genom distansmonitorering[48].

Den digitala tekniken som vi beskriver i detta kunskapsstöd avser hjälpmedel som förskrivs eller lämnas ut till en patient av hälso- och sjukvården.

Då kunskapsstödet handlar om hälso- och sjukvård i hemmet har vi inte inkluderat de produkter och den teknik som socialtjänsten tillhandhåller brukare eller som personer köper själva. Dessa produkterna kan dock vara desamma som beskrivs i kunskapsstödet.

## Hjälpmedel

Det finns olika begrepp som används när det gäller teknik och produkter. Hur de benämns beror på syftet och på vilket sätt en person fått produkten.

Hjälpmedel är ett av begreppen. Hjälpmedel kan vara både digitala och andra inte digitala produkter. Hjälpmedel förskrivs inom hälso- och sjukvården och syftar till att möjliggöra aktivitet, delaktighet och självständighet. Hjälpmedelsförskrivning är en del av insatserna inom habilitering och rehabilitering samt vård och behandling. Hjälpmedel brukar

<sup>104</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

delas in i hjälpmedel för det dagliga livet och hjälpmedel för vård och behandling. Ansvaret för att erbjuda hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning är delat mellan regionerna och kommunerna.<sup>105</sup> Vilken typ av hjälpmedel som ska erbjudas är dock inte närmare reglerat i författning och därför varierar synen på vad som ska betraktas som hjälpmedel mellan regionerna och kommunerna.

## Hjälpmedel som är medicintekniska produkter

Hjälpmedel som förskrivs är oftast medicintekniska produkter. Vad som är en medicinteknisk produkt definieras i artikel 2.1 i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter, förkortad MDR. Med en medicinteknisk produkt avses instrument, apparat, anordning, programvara, implantat, reagens, material eller annan artikel som enligt tillverkaren är avsedd att, antingen separat eller i kombination, användas på människor för ett eller flera av bland andra följande medicinska ändamål:

- diagnos, profylax, övervakning, prediktion, prognos, behandling eller lindring av sjukdom
- diagnos, övervakning, behandling, lindring av eller kompensation för en skada eller funktionsnedsättning
- undersökning, ersättning eller ändring av anatomin eller av en fysiologisk eller patologisk process eller ett fysiologiskt eller patologiskt tillstånd.

Det är tillverkaren som avgör om en produkt är en medicinteknisk produkt. De flesta hjälpmedel omfattas av andra punkten men det finns även hjälpmedel inom den första, exempelvis ventilatorer och i den tredje, som exempelvis proteser. Medicintekniska produkter ska vara CE-märkta.

Mer information finns i *Individuellt förskrivna hjälpmedel* sidan 76.

## Välfärdsteknologi och välfärdsteknik

Välfärdsteknik är digital teknik som syftar till att bibehålla eller öka trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning. Välfärdsteknologi och välfärdsteknik är begrepp som i vissa delar överlappar begreppet hjälpmedel för det dagliga livet. Välfärdsteknik kan användas av personen själv, en närstående, personal eller någon annan i personens närhet. Det kan ges som bistånd, förskrivs som hjälpmedel för det dagliga livet eller köpas på konsumentmarknaden. Det är vanligt att man får välfärdsteknik via biståndsbeslut enligt SoL eller LSS men samma produkter kan i vissa fall också förskrivs som hjälpmedel enligt HSL.

---

<sup>105</sup> 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § i HSL

# Vårdgivarens ansvar för att den digitala tekniken är patientsäker

Hjälpmiddel som förskrivs eller lämnas ut är oftast medicintekniska produkter[49]. Vid förskrivning eller utlämnande av medicintekniska produkter ska Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården följas.

Verksamheter inom hälso- och sjukvården som använder medicintekniska produkter är skyldiga att se till att endast säkra och medicinskt ändamålsenliga produkter används. I Socialstyrelsens föreskrifter tydliggörs vårdgivarens och hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar när det gäller användning av medicintekniska produkter. Av föreskrifterna framgår vårdgivarens ansvar i förskrivningsprocessen. Enligt 2 kap 3 § HSLF-FS 2021:52 ska varje vårdgivare fastställa rutiner för förskrivning, utlämnande och tillförande av en medicinteknisk produkt till en patient. Vårdgivaren ska genom rutinerna säkerställa att

- patientens behov identifieras och att produkten motsvarar hans eller hennes behov,
- produkten provas ut och anpassas till patienten,
- produkten samordnas med produkter som tidigare har förskrivits, lämnats ut eller tillförts till patienten,
- en bedömning görs av behovet av anpassning av patientens hemmiljö för att produkterna ska kunna fungera tillsammans på ett säkert sätt,
- säkerhetsåtgärder vidtas för anpassning av patientens hemmiljö, om det behövs,
- information ges till användaren om hur produkten ska användas och vilka åtgärder som ska vidtas i enlighet med tillverkarens säkerhetsföreskrifter,
- användaren instrueras och tränas i att använda produkten,
- produkten registreras i vårdgivarens system för underhåll, och
- förskrivningen, utlämnandet eller tillförandet till patienten följs upp och utvärderas fram till dess att behovet upphört eller ansvaret för patienten har övertagits av en annan vårdgivare.<sup>106</sup>

## Det behövs ett förändrat arbetssätt

Beslutsfattare behöver ha kunskap om den teknik som finns, dess möjligheter och fatta de beslut som krävs för att möjliggöra att digital teknik används i verksamheten. Patientens behov och önskemål måste hela tiden vara utgångspunkten innan digital teknik införs. Genom att använda digital teknik skulle hälso- och sjukvårdens möjlighet kunna öka för att ge patienterna en mer jämlik vård över landet. Bland annat kan det fysiska avståndet till vården få en mindre betydelse. Patientens förmåga eller möjlighet att ta sig till en vårdinrättning blir också mindre betydelsefull. En mer effektiv och tillgänglig vård genom användning av digital teknik kan utgöra en vinst både för hälso- och sjukvården och patienterna.

<sup>106</sup> 2 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

En ökad användning av digital teknik kräver ett förändrat arbetssätt som är kopplat till bland annat kunskap inom området. Personalen behöver kompetensutvecklas för att både kunna använda tekniken och vara en del i utvecklingen.

Digitaliseringen kan exempelvis innebära att patienten, med hjälp av tekniken, själv får fram undersökningsresultat, distansmonitorering, som kan lämnas digitalt till sjukvården. Sjukvården behöver i sin tur kunna ta emot, analysera och återkoppla till patienten på ett säkert sätt.

## Distansmonitorering

Utvecklingen av digital teknik har möjliggjort att hälso- och sjukvården kan följa patienter på distans[50]. Den har även lett till att patienter själv kan följa upp sin hälsa hemma med den digitala teknikens hjälp.

Det finns ingen enhetlig definition på vad distansmonitorering är. Begreppen som används kan innebära olika saker och tekniker. Begrepp som används i detta sammanhang kan bland annat vara distansmonitorering, egenmonitorering, självmonitorering, hemmonitorering och telemedicin. I vetenskaplig litteratur finns det också många andra begrepp relaterat till området[51].

Med hjälp av digital teknik kan hälso- och sjukvården följa patienters hälsostatus där de befinner sig. Det innebär att personer som har kroniska sjukdomar, som exempelvis astma, KOL, hjärtsvikt, diabetes eller högt blodtryck, inte lika ofta behöver uppsöka vård- eller hälsocentraler eller andra mottagningar för uppföljning[39].

Tekniska lösningar har gjort det möjligt att följa exempelvis olika typer av hjärtrubbningar, blodtryck, vikt och glukosnivåer i blod. Dessa tekniska lösningar handlar till exempel om sensorer som registrerar hälsodata eller applikationer som personen använder själv för att registrera in data om sitt hälsotillstånd. Det har skapat nya möjligheter för patienterna att vara delaktiga i sin egen vård och behandling. Det ger patienten en ökad trygghet och kan bidra till en ökad kontroll och delaktighet[52]. Det ökar även möjligheten till snabb och enkel kontakt mellan personal och patienten och bidrar till ökad tillgänglighet till vården[53].

Det finns också andra typer av digital teknik såsom appar för fysisk träning, teknik för videomöten och läkemedelsfördelare.

## Digitaliseringen behöver prioriteras

För att använda digitaliseringens möjligheter behöver beslutsfattare i kommuner och regioner skapa förutsättningar för detta.

Framgångsfaktorer för digitalisering i den kommunala hälso- och sjukvården har vid uppföljning visat sig vara bland annat att det finns

- tillräckliga ekonomiska och personella resurser
- kompetens inom digitalisering, e-hälsa, informations säkerhet, förändringsledning, samt inom upphandling och juridik
- samverkan mellan kommuner, regioner, nationella aktörer och näringsliv



- styrande dokument som tydliggör mål, resurser, implementering, uppföljning samt förvaltning på lång sikt
- utvecklingsarbete som involverar personal, patienter och närstående[48].

## Behov av kunskap när digital teknik införs

Att använda digital teknik i verksamheten innebär både möjligheter och utmaningar. Möjligheterna är, som tidigare har nämnts, exempelvis effektivare kommunikationsvägar och patientens ökade delaktighet. Digitala vårdmöten kan underlätta på flera sätt, men kan också vara en utmaning om inte patienten och närstående har kunskap om hur den digitala tekniken fungerar eller inte vill använda den.

Införande av digital teknik måste göras i den takt som är möjlig för patienten. Ett personcentrerat arbetssätt säkerställer att digitaliseringen införs och anpassat efter patientens och närståendes önskemål och situation.

Frågor om patientsäkerhet behöver finnas med när vårdgivaren tar ställning till införandet av ny teknik. Både chefer, personal, patienter och närstående behöver få tid att sätta sig in i, och utbildas i teknik som ska användas, exempelvis produkt för distansmonitorering.

Mer information om hälso- och sjukvårdens ansvar för medicintekniska produkter finns i *Hjälpmedel som är medicintekniska produkter* på sidan 44.

### ➔ Läs mer:

- *Förskrivning av hjälpmedel. Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning.* Socialstyrelsen[49].
- *Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården*
- *Välfärdsteknik Forskningsartiklar kring välfärdsteknik och en summering av de etiska aspekterna, 2017* Socialstyrelsen[54].

# Främja hälsa och förebygga ohälsa hos personer som vårdas i hemmet

## Fokusera på det preventiva arbetet vid hälso- och sjukvård i hemmet

Det handlar bland annat om att

- samverka strukturerat, för att gemensamt främja hälsa och förebygga ohälsa
- det finns ett hälsofrämjande förhållningssätt
- arbeta systematiskt med förebyggande åtgärder under ett helt sjukdomsförlopp
- identifiera personer med en särskild risk och deras eventuella ohälsosamma levnadsvanor
- skapa förutsättningar för att bedöma, erbjuda åtgärder och följa upp förebyggande insatser
- uppmärksamma låg fysisk aktivitet, undernäring, riskbruk av alkohol, rökning, dålig munhälsa, blåsdysfunktion, fall, trycksår, och ofrivillig ensamhet.

Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa.<sup>107</sup> Regioner och kommuner ska tillhandahålla förebyggande insatser i primärvården. Insatserna ska utgå från såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar.<sup>108</sup> Det är en viktig del i hälso- och sjukvårdens arbete att förebygga både psykisk och fysisk ohälsa, för att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov, samt för att ställa om till en nära vård.<sup>109</sup>

Personer som får hälso- och sjukvård i hemmet, har ofta insatser från flera olika aktörer samtidigt. Då behöver hälso- och sjukvården arbeta strukturerat tillsammans med dem, för att främja hälsa och förebygga ohälsa.

Förutsättningarna att följa en persons hälsa och att arbeta hälsofrämjande och förebyggande ökar med en nära vård, där personen är delaktig och där det finns kontinuitet i vården. Det underlättar även om det finns ett hälsofrämjande förhållningsätt i hela verksamheten.

Personen själv kan skapa förutsättningar för en god hälsa. Det är viktigt att leva ett aktivt liv, genom hela livet, för att behålla hälsan och välmående[55-57]. Ett aktivt liv innebär till exempel att vara socialt aktiv, att hålla sig

<sup>107</sup> 3 kap. 2 § HSL.

<sup>108</sup> 13 a kap. 1 § punkt 3 HSL.

<sup>109</sup> Prop. 2019/20:164..

uppdaterad om samhällslivet och att uppleva sammanhang där man känner sig behövd. Internationella riktlinjer och policybeskrivningar innehåller rekommendationer om meningsfulla aktiviteter för ett gott åldrande[58].

## Det behövs ett hälsofrämjande förhållningssätt

Ett hälsofrämjande förhållningssätt behövs inom hälso- och sjukvården och omsorgen, så att alla personer får möjlighet vara delaktiga utifrån sina förutsättningar och preferenser.<sup>110</sup> Det behövs på flera organisatoriska nivåer, både vid strategiska beslut på ledningsnivå, och i det direkta mötet mellan en vård- och omsorgspersonal och en person. I det personliga mötet kan personalen behöva uppmuntra och stödja personer, så att de är så aktiva som möjligt, och får möjlighet att agera hälsosamt. Genom ett hälsofrämjande förhållningssätt vid strategiska beslut skapas förutsättningar för en god hälsa hos många.

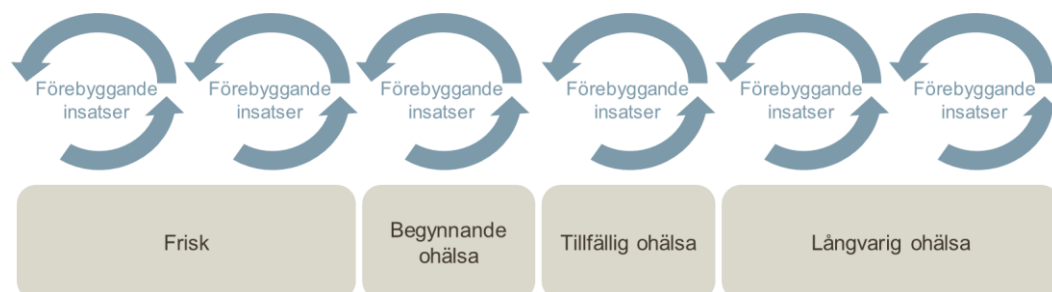
Mer information finns i *Rehabiliterande arbetsätt vid omsorgsarbete i hemmet* på sidan 58.

## Erbjud förebyggande åtgärder under ett helt sjukdomsförlopp

Arbetet med förebyggande åtgärder behöver pågå under ett helt sjukdomsförlopp. Samma typ av åtgärder kan både behandla och samtidigt förebygga en framtida ohälsa. Hälso- och sjukvården ger preventiva åtgärder dels i form av en primär och sekundär prevention. Primärprevention är åtgärder innan en identifierad risk har inträffat, sekundär prevention är åtgärder för att till exempel undvika att en person försämras i sin sjukdom. Se figur 3.

Många patienter, som får hälso- och sjukvård i hemmet, har komplexa behov. Deras preventiva åtgärder kan behöva anpassas[59].

**Figur 3. Ett arbete med förebyggande åtgärder behöver pågå under hela livet**



<sup>110</sup> Prop. 2019/20:164 sid 31 -39.

## Främja hälsosamma levnadsvanor

En nära vård och en stärkt primärvård, både inom kommunen och regionen, kan förbättra förutsättningen att förebygga ohälsa, genom att stödja hälsosamma levnadsvanor.<sup>111</sup>

Ohälsosamma levnadsvanor är en gemensam term för en otillräcklig fysisk aktivitet, för ohälsosamma matvanor, samt för rökning och riskbruk av alkohol. Ohälsosamma levnadsvanor kan försämra möjligheten till goda resultat av vården och rehabiliteringen, samt påverka hälsan på längre sikt [60].

Ohälsosamma levnadsvanor spelar en stor roll för en persons hela livsförlopp, men det visar sig att vårdpersonalen talar mindre med sina patienter om levnadsvanor ju äldre de är [60].

Många av de patienter som får hälso- och sjukvård i hemmet, ingår i gruppen vuxna med särskild risk. Det är till exempel de som har

- en sjukdom, exempelvis diabetes, astma, KOL, cancer, hjärt-kärlsjukdom, långvarig smärta, schizofreni, eller depression
- fysisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning
- biologiska riskmarkörer, exempelvis högt blodtryck, blodfettssrubbnings, övervikt eller fetma
- en social sårbarhet, exempelvis en låg socioekonomisk status
- andra riskfaktorer, exempelvis flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt, eller en olycksfallsskada [60].

### → Läs mer:

- *Ett gott liv - hälsosamma levnadsvanor för äldre*. En webbutbildning från Socialstyrelsen som bland annat berör hur man kan arbeta för att främja hälsosamma levnadsvanor, och för att förändra ohälsosamma levnadsvanor. [kunskapsguiden.se/utbildningar/](https://kunskapsguiden.se/utbildningar/)
- *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor: stöd för styrning och ledning* [60]
- *Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling* [61].

## Främja fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ger många hälsovinster och är en av de viktigaste påverkbara faktorerna för en god hälsa och livskvalitet.

Personer med en särskild risk har ett redan sårbart tillstånd, som en sjukdom eller andra riskfaktorer. Det kan vara en följd av, eller förvärras av, ohälsosamma levnadsvanor [60]. Äldre personer behöver ha en fysisk reservkapacitet, som möjliggör för dem att komma tillbaka till sin tidigare funktionsnivå efter en sjukdomsperiod. En person med en låg reservkapacitet kan förlora fysiska funktioner, efter en kort sjukdomsperiod med sänkläge [62].

---

<sup>111</sup> Prop. 2019/20:164

### *Motverka stillasittande för en bättre hälsa*

Personer med stora rörelsehinder har så gott som alltid en otillräcklig fysisk aktivitet. De personer som är minst fysiskt aktiva, får ut den största effekten av att öka sin fysiska aktivitet. Det gäller även om de inte når upp till rådande rekommendationer. Den fysiska inaktiviteten bryts vid varje tillfälle som en person, själv eller med hjälp, förflytta sig eller ändra läge.

Det finns allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande. Rekommendationerna för äldre personer från 65 år lyfter särskilt följande:

- Alla äldre bör regelbundet vara fysiskt aktiva och begränsa stillasittandet. Lite är bättre än inget, och mer är bättre än lite. De äldre personer, som inte kan nå upp till rekommendationerna, bör vara så aktiva som deras tillstånd medger.
- Vardagssysslor och långsamma promenader kan vara tillräckligt ansträngande aktiviteter, för att ge betydelsefulla hälsovinster. Det kan vara värdefullt att bryta ett långvarigt stillasittande, genom att stödja en patient att resa sig till stående[62].

Detta är även viktigt för personer under 65 år med stora rörelsesvårigheter.

### *Främja goda matvanor och förebygg undernäring*

Maten har en stor betydelse för personens fysiska och psykiska hälsa samt välmående och prestationsförmåga, både på kort och på lång sikt. Hälsosamma matvanor ökar sannolikheten att en person får i sig tillräckligt med näringsämnen och energi. Hälsosamma matvanor kan även skydda mot vissa sjukdomar[61].

Undernäring förekommer framför allt bland äldre personer i Sverige, trots att de har något bättre matvanor än andra vuxna[63]. Med undernäring följer en ökad risk för bland annat fördröjd sårhäkning, försämrad muskelfunktion, och nedsatt hjärt- och lungfunktion. Dessutom försvåras tillfrisknandet vid sjukdom[64]. En god näringsstatus är med andra ord en förutsättning för hälsa och rehabilitering[65].

Det bästa sättet att förebygga undernäring i vården och omsorgen, är att servera god mat och erbjuda måltider i en trivsamt miljö. Vården och omsorgen behöver tidigt uppmärksamma om en person riskerar undernäring. Personen behöver då få en utredning om orsakerna och förebyggande eller behandlande åtgärder[64].

#### **→ Läs mer:**

- *Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst*”[64].
- *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:49) om förebyggande av och behandling vid undernäring.*
- *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*[60].
- På Kunskapsguiden.se finns temat *Undernäring hos äldre personer.*
- På hemsidan Senioralert.se finns det mer *information om undernäring och det förebyggande arbetet för att undvika en viktnedgång.*

## Förebygg ohälsosam alkoholkonsumtion

Ett riskbruk av alkohol medför en ökad risk för lång- eller kortvariga skadliga konsekvenser, som till exempel cancer och stroke eller olycksfall. Personer behöver undvika alkohol helt om de har kognitiva problem, dålig balans, eller tar lugnande läkemedel[66]. Hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal till vuxna med särskild risk och som har ett riskfyllt alkoholbruk. Rådgivande samtal om alkohol innebär att hälso- och sjukvårdspersonal har en personcentrerad dialog med personen, för att stödja denne att minska sin alkoholkonsumtion[60].

### ➔ Läs mer:

- På *Socialstyrelsen.se* finns det stöd för samtal om alkohol.

## Förebygg rökning

Tobaksrökning är den främsta riskfaktorn för sjukdomar och en förtida död. All rökning medför hälsorisker, men risken ökar med antalet cigaretter man röker och hur länge man har rökt. Hälso- och sjukvården bör erbjuda kvalificerade rådgivande samtal till vuxna med särskild risk, och som röker[60].

Kvalificerade rådgivande samtal om rökning är en omfattande åtgärd, där hälso- och sjukvårdspersonalen har en personcentrerad dialog med patienten, för att stödja denne att sluta röka. Åtgärden förutsätter att personalen har fördjupade ämneskunskaper, och är utbildad i den metod som används[60].

Rökning kan även förknippas med en ökad brandrisk. Alla som har svårt att uppfatta, eller att snabbt sätta sig i säkerhet vid en brand, är särskilt utsatta. Det innefattar många patienter som får hälso- och sjukvård i hemmet. Ett sätt att förstärka brandskyddet vid rökning är att använda svårantändliga textilier och rökförkläden[67].

### ➔ Läs mer:

- På *MSB.se* finns *Stöd till kommuner om stärkt brandskydd för särskilt utsatta*.

## Främja en god munhälsa

Äldre personer har svårare att behålla en god munhälsa. Risken för ohälsa i munnen ökar när salivavsöndringen minskar, och de kariesframkallande bakterierna ökar. En hög läkemedelskonsumtion bidrar till en nedsatt salivproduktion. Svårigheten att sköta tänderna ökar på grund av annan sjuklighet och funktionsnedsättningar[68]. Det är viktigt att uppmärksamma eventuella sväljsvårigheter på grund av ålder eller sjukdom, i samband med arbetet för en god munhälsa.

Patienter med en demensdiagnos bör få en bedömning av munhälsan och ätproblem. Hälso- och sjukvården kan hjälpa till genom att följa upp kontakter med tandvården, och genom att informera om tandvårdsstöd[69]. Även patienter med andra diagnoser kan behöva hjälp på motsvarande sätt.

→ **Läs mer:**

- *Grundläggande utbildning om munhälsa och munvård.* En webbutbildning från Socialstyrelsen. [kunskapsguiden.se/utbildningar/](https://kunskapsguiden.se/utbildningar/)

## Förebygg försämring i personens hälsotillstånd

Många patienter som vårdas i hemmet har sjukdomar som kräver särskilda insatser för att deras hälsotillstånd inte ska försämrats. Personalen behöver ha kunskaper och stöd, för att ge en god vård och upprätthålla patientens förmågor, delaktighet och självständighet. Eftersom många personer som behöver hälso- och sjukvård i hemmet är äldre och har flera samtidiga sjukdomar, är det viktigt att personalen har kunskap om både normala åldersförändringar och vanliga sjukdomar hos äldre personer.

Hälso- och sjukvården behöver därför identifiera den patient som riskerar att försämrats i sitt hälsotillstånd, och tydliggöra vilka insatser som kan förhindra en försämring. Detta är särskilt angeläget i samband med en vårdövergång från sjukhusvård till vård i hemmet.

Mer information finns i *Skapa förutsättningar för att en person vårdas hemma* sid 20.

## Förebygg problem och komplikationer relaterade till blåsdysfunktion

Personer med inkontinens, oavsett orsak till besvären

- drabbas av fler fallolyckor
- använder fler läkemedel
- har fler andra hälsoproblem och sjukdomar[70].

Blåsdysfunktion beskriver flera olika problem. Förutom urinläckage och trängningar ingår även tömningsproblem och efterproblem i begreppet.

Blåsdysfunktion är inte en del av det naturliga åldrandet utan orsaken hittas ofta i bakomliggande sjukdom eller funktionsnedsättning.

Hälso- och sjukvården behöver erbjuda personer med blåsdysfunktion en basal utredning för att identifiera bakomliggande orsaker.

Det finns flera åtgärder för att minska problem och komplikationer. Kunskaper om olika problem förbättrar förutsättningen för en adekvat behandling[70].

→ **Läs mer:**

- På webbplatsen *nikola.nu* samlas information om området blås- och tarmdysfunktion.
- På webbplatsen *senioralert.se* finns mer information om blåsdysfunktion, och det förebyggande arbetet för att undvika urinläckage.

- *Blåsdysfunktion hos äldre personer; Indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård*[70].

## Förebygg fall

Arbete som förebygger fallolyckor bidrar till färre fallskador och en god livskvalitet. Det kan även medföra kostnadsbesparingar[71].

Fallolyckor är vanliga bland äldre personer och kan orsaka skador, förlorad självständighet, försämrad livskvalitet, och dödsfall. Varje år faller cirka 100 000 personer, som är 65 år eller äldre, så illa att de behöver uppsöka sjukvården. Flertalet av de äldre, som vårdas för fallskador i slutenvården, är patienter som även har hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. Majoriteten av dessa fall sker i den egna bostaden[72].

Personer som drabbats av lindriga skador får troligen inga negativa hälsoeffekter eller fysiska besvär, som sänker livskvaliteten. Men en del drabbas av fallrädsla, som hämmar dem i vardagliga aktiviteter. De som drabbats av svåra skador uppskattas få en försämrad livskvalitet med i genomsnitt 31 procent under det första året efter en fallolycka[71].

### Fallrisk

Det är viktigt att arbeta för att förebygga fall. Internationella rekommendationer föreslår att personalen utgår från att alla boende på ett särskilt boende har hög risk för att falla. Därmed kan arbetet fokuseras på individuellt anpassade multiprofessionella fallriskbedömningar, åtgärder och uppföljningar[73].

#### → Läs mer:

- På webbplatsen *Kunskapsguiden.se* finns information om fall och fallförebyggande arbete.
- *World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative*. Internationella guidelines från nätverket World Falls Guidelines[73].

## Förebygg trycksår

Ett trycksår är en skada i huden eller i en underliggande vävnad. Skadan uppstår när närings- och syretillförseln försämras på grund av tryck. Det ger dåliga förutsättningar för läkning. Läkningen försvåras ytterligare, om såret blir infekterat. Ett trycksår blir ofta långvarigt, och kräver olika typer av åtgärder för att läka. Det är viktigt att varje patient får en individuell bedömning och behandling[74].

Ett trycksår kan vara en vårdskada, om hälso- och sjukvården hade kunnat förhindra det genom adekvata åtgärder[74].



## Förebygga ofrivillig ensamhet

En ofrivillig ensamhet inverkar negativt både på den fysiska och psykiska hälsan. Genom att samordna samhällets resurser går det att förebygga de negativa effekterna. Det kan, i sin tur, förbättra och öka livskvaliteten för äldre personer och deras närstående. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har en viktig roll för att upptäcka den ofrivilliga ensamheten tidigt, och erbjuda stöd för att bryta den[75].

Primärvården behöver ställa frågor om ensamhet, för att fånga upp äldre patienter som upplever en ofrivillig ensamhet. Det kan exempelvis göras under besök till vårdcentralen, vid utskrivning från slutenvården, i samband med inskrivning i den kommunala hälso- och sjukvården, eller när en samordnad individuell plan (SIP) upprättas[75].

Ensamhet är generellt vanligast bland grupperna yngre personer och äldre personer [76]. Av de personer som får stöd från hemtjänst upplever lite mer än hälften att de ibland eller ofta besväras av ensamhet. Av de personer som bor i särskilda boenden upplever 70 procent att de ibland eller ofta besväras av ensamhet[77].

Många kommuner har olika typer av verksamheter för att motverka ofrivillig ensamhet. Även olika organisationer, civilsamhället, kulturella och religiösa verksamheter kan erbjuda aktiviteter eller stöd för att motverka ensamhet. Det kan vara viktigt att patienten får information om detta.

Det är viktigt att känna till riskfaktorerna, för att i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet planera för att motverka ofrivillig ensamhet.

Exempel på riskfaktorer är

- förlusten av en partner
- minskat socialt nätverk
- nedsatt funktionsförmåga
- psykisk ohälsa[75].

Det finns studier som visar på ett samband mellan en hörselnedsättning och en ofrivillig ensamhet, men sambandet är inte helt klarlagt[78].

### → Läs mer:

- *Vägledning för att förhindra ofrivillig ensamhet bland äldre personer Primärvård och äldreomsorg Socialstyrelsen 2022*[75].
- *Förebygg ofrivillig ensamhet hos äldre personer – fakta, reflektionsfrågor Socialstyrelsen 2022* [79].

# Rehabilitering i hemmet

## Stödja utvecklingen av rehabilitering i hemmet

Det handlar bland annat om att

- identifiera patientgrupper, processer och lokala behov av rehabilitering i hemmet, samt att vid behov samverka med andra vårdaktörer
- verka för att ett rehabiliterande arbetssätt används hos alla som arbetar i hemmet
- tillgängliggöra rätt kompetens utifrån en patients behov och att undvika organisatoriska glapp i en patients rehabilitering
- underlätta samverkan genom kunskap om hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens olika verksamhetslogiker.

I och med omställningen mot en nära vård, är det ännu viktigare att ha kunskaper om vad det innebär att bedriva rehabilitering i någons hem. Inom hälso- och sjukvården avses i huvudsak medicinsk rehabilitering, men rehabilitering kan även innefatta arbetslivsinriktad och social rehabilitering. Medicinsk rehabilitering är en integrerad del av vård och behandling och ett kunskapsområde som är oberoende av diagnos, patientgrupp eller ålder. Inom rehabiliteringsområdet arbetar flera olika yrkesgrupper, som till exempel arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, logopedier eller psykologer. Social rehabilitering kan handla om olika stöd för att stärka sociala funktioner, självständighet och delaktighet i samhällslivet. Stöd i form av till exempel ledsagarservice eller daglig verksamhet kan ges som bistånd enligt socialtjänstlagen om förutsättningarna för rätt till bistånd är uppfyllda.

Rehabilitering i hemmet skiljer sig inte från övrig rehabilitering på annat sätt än att den bedrivs i personens hem och att den ofta sker i ett nära samarbete med sociala insatser. Hembesök är centrala, antingen som fysiska besök, eller som besök genom digitala verktyg.

Personer som får rehabilitering i hemmet kan också ha kontakter med, och insatser från, andra verksamheter, så som hemtjänst, omsorg i särskilt boende eller personlig assistans. Det är då viktigt att dessa verksamheter samverkar och arbetar i team tillsammans.

## Rehabilitering i hemmet – en del av hälso- och sjukvården i hemmet

Rehabilitering är en del av hälso- och sjukvården.

Rehabiliteringsperspektivet är en viktig del för att skapa trygga och säkra vårdövergångar, i det gemensamma uppdraget att stödja hälsa och förebygga

ohälsa samt för att skapa förutsättningar för patienter att vårdas i hemmet även vid försämring. Det är ett perspektiv som behöver finnas med i utvecklingen och arbetet med patientsäkerhet, mobila vårdlösningar och digitalisering. Inom rehabiliteringsområdet finns lång erfarenhet av ett personcentrerat arbete, teamarbete och patientdelaktighet.

Definition enligt Socialstyrelsens termbank:

### **Rehabilitering**

Insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.

#### *Anmärkning*

Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

## Målgrupper för rehabilitering i hemmet

Målgruppen för rehabilitering i hemmet är heterogen. Lokala avtal och överenskommelser avgör vilka målgrupper som erbjuds rehabilitering i hemmet. Den största gruppen är äldre personer. Men rehabilitering i hemmet kan passa, oavsett vilken ålder och funktionsnedsättning personen har. Mer information finns i *Samverkan mellan aktörerna runt personen i hemmet* på sidan 29.

## Hemmet - en plats för rehabilitering

Hemmet och dess närmiljö är platser som kan skapa motivation och lämpar sig bra för att återvinna eller upprätthålla funktioner som är kopplade till ökad självständighet i bostaden, i närmiljön och i sociala nätverk. Rehabilitering i hemmet behöver inte begränsas till att ske inom bostadens fyra väggar. Det kan även innefatta närområdet, till exempel affärer, parker och sociala sammanhang. Tilltron till den egna förmågan och känslan av egenmakt gynnas i en miljö där en person är trygg. Både äldre personer och deras familjemedlemmar ser att hemmiljön bidrar till att underlätta rehabilitering [57] [80].

WHO:s definition av hälsa inrymmer ett aktivitetsperspektiv som framhåller betydelsen av att en person kan leva i sin dagliga kontext [57, 81]. En känsla av sammanhang är också viktig för hälsan [82]. Hemmet kan vara platsen där syftet med rehabiliteringen blir meningsfullt, begripligt och hanterbart. Där finns möjligheter att dagligen fortsätta att träna och använda

förmågor och strategier i ett sammanhang som är ändamålsenligt för personen. Hemmet kan även öka möjligheten att engagera närstående i rehabiliteringen.

Patient- och brukarorganisationer vittnar samtidigt om att hemmets fysiska begränsningar kan påverka rehabiliteringen negativt.<sup>112</sup> Det kan ibland behövas hjälpmedel som är stora och skrymmande, rörelseutrymmet kan vara begränsat och de övriga familjemedlemmarnas liv kan påverkas.

Mer information finns i *Hemmet är i första hand alltid ett hem* på sidan 25.

## Rehabiliterande arbetssätt vid omsorgsarbete i hemmet

Rehabilitering i hemmet är en del av hälso- och sjukvården i hemmet. Men även omsorgspersonalens arbetssätt är viktiga i strävan mot personens mål och att bibehålla personens förmågor. Det rehabiliterande arbetssättet är något som ständigt behöver fortgå, till skillnad från rehabilitering som avslutas när målet har uppnåtts.

All personal som arbetar i personens hem kan hjälpa personen att fortsätta vara aktiv i sin vardag, genom att använda ett rehabiliterande arbetssätt. Rehabiliteringsprofessionerna har en viktig roll för att stötta omsorgspersonalen i det rehabiliterande arbetssättet och att bidra med sin kunskap och kompetens.

Ett rehabiliterande arbetssätt hos omsorgspersonalen ersätter inte regionens och kommunens skyldighet att erbjuda rehabilitering för personer med funktionsnedsättning.<sup>113</sup>

## Ett rehabiliterande arbetssätt främjar hälsa och förebygger ohälsa

Ett rehabiliterande arbetssätt innefattar generella insatser som kan utföras av all personal och som syftar till att stärka eller bibehålla hälsa och funktionsförmåga. Det kan även motverka att personen tappar färdigheter, som skulle kunna behållas i och med en daglig användning. Ett rehabiliterande arbetssätt är att omsätta ett hälsofrämjande förhållningssätt i en praktisk handling. I ett rehabiliterande arbetssätt får personen i varje situation göra det personen kan, utifrån sina förutsättningar och sin dagsform.

Omsorgspersonalen uppmuntrar och stödjer personen att vara självständig, så långt som personen vill och kan[83]. Personalen anpassar sin insats individuellt i varje situation. Det innebär att personen får tid att ta egna initiativ och göra egna val. Det kan till exempel handla om att först stödja personen att titta i garderoben för att välja kläder, och sedan vänta på att personen väljer.

### *Olika begrepp för rehabiliterande arbetssätt*

Det förekommer flera snarlika uttryck för att beskriva det rehabiliterande arbetssättet. I lokala metodstöd förekommer till exempel *hälsofrämjande*

---

<sup>112</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

<sup>113</sup> 8 kap. 7 § och 12 kap. 5 § HSL.

*arbetssätt, aktiverande arbetssätt* eller *funktionsstödjande arbetssätt*. Även *vardagsrehabilitering* förekommer med motsvande betydelse i lokala metodstöd. Begreppet *vardagsrehabilitering* har en delvis annan innebörd i de övriga nordiska länderna. Där liknar *vardagsrehabilitering* mer begreppet *reablement*<sup>114</sup> [84].

I detta material väljer Socialstyrelsen att använda begreppet *rehabiliterande arbetssätt* när personen ges möjlighet att i varje situation gör det personen kan, utifrån sina förutsättningar och sin dagsform.

Mer information om Det behövs ett hälsofrämjande förhållningssätt finns på sidan 49.

Mer information om Reablement – ett arbetssätt med stöd i forskningen finns på sidan 60.

## Att arbeta med ett rehabiliterande arbetssätt

Det behövs både tid och kompetens för att stödja en person att utföra aktiviteter själv. Att ta tillvara personens egna resurser och möjligheter att vara aktiv i vardagen ingår som en del i de dagliga insatserna som ges utifrån SoL.

Personal som arbetar i äldreomsorgen bör ha kunskap om ett funktionsbevarande och rehabiliterande arbetssätt samt förmåga att omsätta kunskapen i sitt praktiska arbete.<sup>115</sup>

Viktiga kompetenser, när omsorgspersonal ska stödja en person är lyhörddhet, ett helhetsperspektiv samt generella kunskaper om hälsa[85].

## Att stödja ett rehabiliterande arbetssätt

Rehabiliteringsprofessionerna har en viktig roll i att handleda och stödja omsorgspersonalen samt att bidra med sin kunskap och kompetens inom rehabiliterande arbetssätt[57].

Handledning av personal kan ske i form av en situationsanpassad och individuell handledning utifrån en enskild persons unika behov i hemmet, men även genom generella utbildningar till grupper av omsorgspersonal[57]. Generella utbildningar kan göras på olika sätt, och bland annat finns det stödmaterial i form av studiecirkelar[86].

Det behöver finnas kontaktvägar så att hälso- och sjukvården kan göra en bedömning av personens förmåga i de fall omsorgspersonalen känner sig osäker. Det kan exempelvis handla om personer med nedsatt beslutsförmåga eller personer som har svårt att beskriva sina egna behov.

Verktyg och rutiner för kommunikation samt tillgång till tid är viktiga organisatoriska förutsättningar. Det behöver även finnas en ledning som stödjer en samverkan, en närhet mellan organisationerna, samt en kontinuitet och stabilitet i verksamheterna för det ska bli ett gott samarbete mellan omsorgspersonalen och rehabiliteringsprofessionerna [85].

### →Läs mer:

- *Dagverksamhet för personer med Demenssjukdom* Socialstyrelsen 2020 [87].

---

<sup>114</sup> Reablement beskrivs närmare på sid. 63.

<sup>115</sup> Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre.

- Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom : en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom Socialstyrelsen 2019 [16].

## Exempel på olika arbetsmodeller vid rehabilitering i hemmet

Vid rehabilitering i hemmet förekommer olika typer av arbetsmodeller, arbetssätt och team. Nedan finns några exempel som kan inspirera i omställningen till nära vård.

Flera av arbetssätten innefattar multiprofessionella team.<sup>116</sup> Multiprofessionella team är vanliga vid rehabilitering i hemmet, och särskilt i samband med att patienten skrivs ut från slutenvården.

Det finns olika sätt att bedriva rehabilitering i hemmet, och de lokala förutsättningarna och organisationen har en stor betydelse för vad som fungerar i olika kommuner. Det kan behövas olika typer av team som är sammansatta på olika sätt, för att möta olika patienters behov. Behoven kan även förändras över tid. Det behövs till exempel ett lägsta antal patienter för att ett team som enbart arbetar med hemrehabilitering ska vara effektivt och lönsamt. Inflödet av patienter påverkas av storleken på upptagningsområde och hur väl rutiner med andra vårdgivare fungerar. Det har även betydelse hur väldefinierad målgruppen för insatsen är[1].

Mer information finns i *Multiprofessionella team* på sid 18.

## Reablement – en arbetsmodell med stöd i forskningen

En arbetsmodell som passar väl in i omställningen mot en nära och personcentrerad vård, är den som på engelska benämns som ”reablement”. Benämningen reablement används i forskning för att beskriva en arbetsmodell för rehabilitering i hemmet. Skillnaden mot andra teambaserat arbetsmodeller för rehabilitering i hemmet är att reablement alltid är oberoende av en persons ålder, förmåga, diagnos och omgivning. Reablement inkluderar också flera besök under en intensivare period och sker alltid i hemmet. På samma sätt som inom all rehabilitering har personalen i mötet med patienten ett hälsofrämjande förhållningssätt<sup>117</sup> och ett rehabiliterande arbetssätt.

Vad som ingår i begreppet reablement har varierat mellan olika länder och vetenskapliga studier. Ett internationellt nätverk av forskare genomförde därför en vetenskaplig studie där de via konsensus (Delphi-metoden) enades om en definition av begreppet. De enades även om syfte och mål med arbetssättet, de inkluderade målgrupperna, och andra viktiga komponenter [88].

---

<sup>116</sup> Multiprofessionella team beskrivs närmare på sidan 23.

<sup>117</sup> Hälsofrämjande förhållningssätt beskrivs närmare på sidan 49.

Det finns för närvarande inget svenskt begrepp för ordet reablement. Socialstyrelsen har därför valt att fortsätta att använda ordet reablement i detta kunskapsstöd.

Socialstyrelsens svenska översättning av definitionen för Reablement, vars engelska version har tagits fram genom ett internationellt konsensusförfarande.

### **Reablement**

Reablement är ett personcentrerat, holistiskt arbetssätt som syftar till att förbättra en persons fysiska och/eller övriga funktioner och förmågor. Målet är att öka eller bibehålla personens självständighet i meningsfulla dagliga aktiviteter i bostaden och närmiljön, samt för att minska personens behov av vård och omsorg på längre sikt. Reablement innefattar flera besök och tillhandahålls av ett samordnat och multiprofessionellt team med kompetens i arbetssättet. Det ingår en omfattande initial bedömning, följt av regelbundna uppföljningar och framtagande av en målorienterad plan. Reablement ger stöd åt personer att uppnå sina mål, till exempel genom att ge stöd i dagliga aktiviteter, anpassa hemmiljön och tillhandahålla hjälpmedel, samt att engagera personens sociala nätverk. Reablement är ett inkluderande arbetssätt som är oberoende av en persons ålder, förmåga, diagnos och omgivning.

Även i Sverige har detta sätt att arbeta utvecklats och vuxit fram under de senaste decennierna, framförallt inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det startade i samband med ÄDEL-reformen och den så kallade kvarboendeprincipen, och tog fart när lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård kom.

Det är vanligt att tillämpa arbetssättet när personen kommit hem från sjukhus, och att det sker i samarbete mellan hälso- och sjukvård och social omsorg [89].

De äldre personer som får tillgång till reablement upplever en ökad livskvalitet, förbättrad hälsa, och större självständighet i vardagliga aktiviteter, jämfört med personer som får ett traditionellt omhändertagande [90-93]. Även behovet av vård på längre sikt verkar kunna påverkas när reablement används [93].

*Canadian occupational Performance Measure (COPM)* är ett bedömningsinstrument som förespråkas internationellt, vid bedömningar i samband med reablement [90] [94]. I COPM får personen uttrycka vad sin egen upplevelse av vad som begränsningar, och vilka av begränsningarna som personen själv anser viktigast att arbeta med. I Sverige är det dock vanligare att använda bedömningsinstrument som ADL-taxonomin och Short Physical Performance Battery (SPPB)<sup>118</sup> [95].

Både i Sverige och internationellt är arbetsterapeuter och fysioterapeuter nyckelpersoner i reablement-teamen [89]. Det varierar vilka övriga

<sup>118</sup> Olika bedömningsinstrument som används i Sverige beskrivs även i bilaga 2.4 i kunskapsunderlag Hälsoekonomi för rehabilitering i hemmet.2023 Socialstyrelse.

professioner som inkluderas och hur teamen organiseras. Upplägget behöver anpassas utifrån personens behov och mål [89].

De verksamheter som inkluderar alla komponenter i definitionen av reablement har möjlighet att standardiserat jämföra sina resultat med andra verksamheter som utför arbetet på samma sätt. Det främjar också framtida forskning kring reablement eftersom det skapar förutsättningar för större studiepopulationer när man kan slå samman resultat från olika verksamheter i olika kommuner.

## Intensiv hemrehabilitering

Intensiv hemrehabilitering är en rehabiliteringsform som stämmer överens med definitionen av *reablement*. Men vid intensiv hemrehabilitering är insatserna tidsbegränsade och pågår i regel under 4–10 veckor[1].

Sammansättningen i rehabiliteringsteamet kan variera, men brukar inkludera arbetsterapeut-, fysioterapeut- och undersköterskekompetens. Utöver dessa knyts ofta sjuksköterska, biståndshandläggare och i vissa fall även hemtjänstpersonal till teamet. Ytterligare kompetenser kan behövas i teamet, även om de inte finns inom den egna verksamheten, till exempel dietist, logoped, psykolog eller kurator.

En intensiv hemrehabilitering inleds med att teamet gör en inventering och en bedömning av det behov som finns av rehabilitering inklusive behov av hjälpmedel och bostadsanpassning. Planeringen och målen formuleras tillsammans med patienten i en rehabiliteringsplan.

En rehabiliteringsbedömning kan påbörjas redan inför en utskrivning från ett sjukhus eller från ett korttidsboende. Bedömningen kompletteras då med en grundligare bedömning när patienten är i sitt ordinarie boende. I andra fall kan en bedömning göras i samband med att en person ansöker om nya eller utökade hemtjänstinsatser.

En eller flera av personalen från hemrehabiliteringsteamet kommer därefter regelbundet hem till patienten för att stötta denne, och för att utföra insatser enligt den gemensamma rehabiliteringsplanen. Frekvensen för dessa besök varierar utifrån behov och metod, från ett par gånger i veckan till flera gånger om dagen. Vanligen trappas frekvensen ner allt eftersom behoven minskar.

Vissa kommuner följer upp med en ny bedömning ett par månader efter att insatserna avslutats[1].

Intensiv hemrehabilitering kan ha positiv effekt på funktions- och aktivitetsförmåga samt livskvalitet. Det uppger kommuner som följt upp dessa insatser[1].

## Trygg hemgång

Trygg hemgång är en arbetsmodell som erbjuds främst till de äldre personer som har ett behov av extra stöd i samband med utskrivning från sjukhus till det egna hemmet. Trygg hemgång innebär extra omsorgstid till en äldre person under en begränsad period (1 till 2 veckor) av personal i särskilda team. Syftet är att skapa trygghet och att stödja personens självständighet[96]. Personalen i teamet använder ett rehabiliterande arbetssätt, i kombination med rehabiliterande insatser, för att stödja personen



till att bibehålla och återvinna förmågor. Det varierar hur nära rehabiliteringsprofessionerna är knutna till dessa team.

Trygg hemgång är en svensk företeelse och finns uppskattningsvis i hälften av landets kommuner. Effekterna av trygg hemgång vid utskrivning från slutenvården kan inte säkerställas[96].

### Tidig understödd utskrivning vid stroke (ESD)

Personer som har en lindrig till måttlig stroke bör erbjudas tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet, med en fortsatt koordinerad rehabilitering[97]. Arbetsättet kallas också ESD, Early Supported Discharge. Det multidisciplinära teamet vid ESD utgår i regel från sjukhusets strokeenhet, men kan även utgå från primärvården, i regionen eller kommunen. Ett ESD-team medverkar vid koordineringen av utskrivning från sjukhuset och utför en individuell rehabilitering i hemmet direkt efter utskrivning [98]. Utgångspunkten är en individanpassad och målinriktad rehabilitering med flera professioner som arbetar tillsammans, och där specialkompetensen följer en patient från sjukhuset ut till hemmet [99].

### Att identifiera ett rehabiliteringsbehov i samverkan med biståndshandläggare

Ungefär en tredjedel av de personer som får hemtjänstinsatser, och som har en nivå av ett lätt hjälpberoende, ökar sitt hjälpberoende under det första året efter att hemtjänstinsatsen inleddes[100].

Det pågår olika utvecklingsarbeten i Sverige, för att minska risken för ett ökat hjälpberoende. Ett sådant är en arbetsmodell som innebär att rehabiliteringskompetens är med tidigt i utredningen om behov av stöd i hemmet, till exempel behov av hemtjänst[101]. Det är framförallt en arbetsterapeut som arbetar nära biståndshandläggare, men det kan även vara någon annan rehabiliteringsprofession med lämplig kompetens. I arbetsättet ingår att ta reda på om en person kan klara av dagliga aktiviteter själv med hjälp av träning, hjälpmedel eller andra strategier. Personen erbjuds en rehabiliteringsbedömning samt åtgärder vid behov, innan en biståndshandläggare fattar ett beslut om insatser. Åtgärder kan vara träning, hjälp att hitta strategier, anpassningar i hemmiljön och hjälpmedel.

Det finns även andra tillfällen, där en bedömning från en rehabiliteringsprofession kan vara ett viktigt underlag i biståndshandläggarens utredning om behov av insatser. Denna typ av samverkan skapar möjligheter för en helhetsbild av personens situation i hemmet. Biståndshandläggare och rehabiliteringsprofessionerna har mycket gemensamt i arbetsätt när de utreder och identifierar behov. Men de arbetar utifrån olika lagar, på hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens område. Det ger olika förutsättningar, och ibland kan skillnader märkas och skapa frågor i den dagliga samverkan. Den som är ansvarig för en verksamhet kan förekomma detta genom att sprida kunskap om vad som skiljer lagstiftningarna åt och hur dessa påverkar de verksamheter man arbetar i. Syftet är att väcka nyfikenhet och skapa förståelse för varandras arbete och möjligheter till lösningar.

## Konsultation och kompetensstöd vid rehabilitering i hemmet

Rehabilitering i hemmet på primärvårdsnivå ges till personer i olika åldrar, med olika diagnoser och funktionsnedsättningar. För att tillgodose personers olika behov kan samverkan med en specifik specialist eller specialistklinik behövas. Särskilt viktigt är detta för personer som har svårt att ta sig till en mottagning. Gemensamma besök i hemmet med personal från de olika vårdnivåerna är ett alternativ som underlättar samordning och dialog samt gör patienten delaktig. Ett annat exempel är när personal som är ansvarig för rehabiliteringen i hemmet närvarar vid ett mottagningsbesök i den specialiserade vården.<sup>119</sup>

Kunskap om hemmiljön är värdefull information även vid planering av åtgärder från den specialiserade vården, på mottagning eller vårdavdelning. Kontakterna mellan primärvårdens och den specialiserade vårdens rehabilitering kan både handla om personer som är kända i den specialiserade vården sedan tidigare och om råd kring en person som eventuellt har nytta av rehabilitering på specialiserad nivå. En bra samverkan med konsultationer mellan professioner på olika vårdnivåer och hos olika huvudmän, kan även leda till en successiv kompetens- och kunskapsöverföring.

Ibland behöver patienten åtgärder från olika vårdnivåer samtidigt, eller i direkt anslutning. Det är viktigt att verksamheterna identifierar dessa tillfällen, och undviker att glapp uppstår i personens rehabilitering. Det kan till exempel vara när en patient har specialiserad dagrehabilitering i kombination med vissa rehabiliterande insatser i hemmet, utan att dessa är i samma organisation. Ett annat exempel är när personen fått rehabilitering av ett sjukhusanslutet hemrehabiliteringsteam, och ska få fortsatt rehabilitering på primärvårdsnivå.

Mer information finns i *Konsultationer för att bedöma och besluta* på sidan 34.

## En gemensam tankemodell för att främja kommunikationen

*International Classification of Function, Disability and Health* (ICF) är ett verktyg med flera användningsområden. Ett syfte är att tillhandahålla ett gemensamt språk för funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa [102].

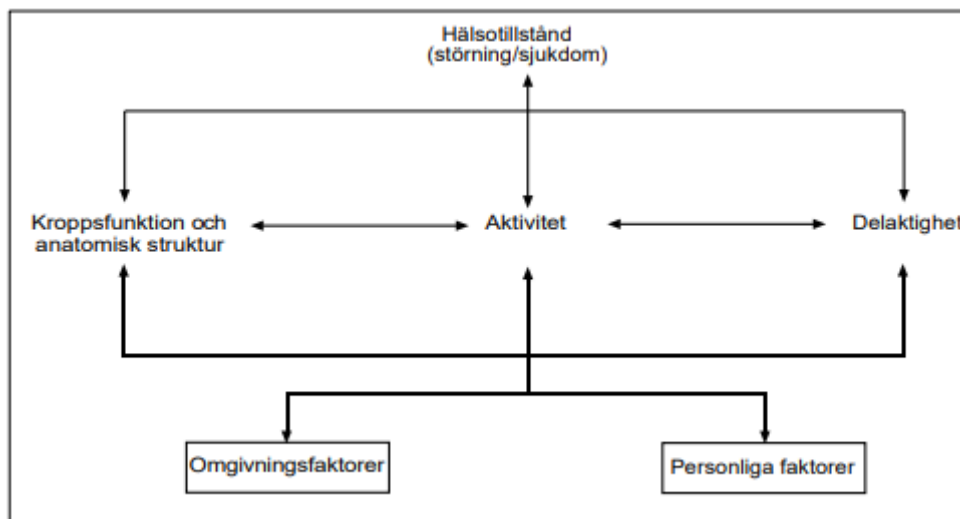
Åtgärder inom vården och rehabiliteringen i hemmet innefattar ofta många delar av en persons liv, och inkluderar olika vård- och omsorgsprofessioner. ICF kan därför fungera som en tankemodell [103] som stödjer personcentrering, och underlättar kommunikationen mellan professionerna. Se Figur 4. Med ICF som ett samtalsunderlag kan professionerna fånga in många viktiga aspekter. Vad är viktigt för personen? Vilka resurser har personen? Vad begränsar personen? Hur påverkas personen av den sociala, kulturella och fysiska miljön?

Tankemodellen kan fungera som en brygga, och en gemensam grundsyn, inom hälso- och sjukvården samt mellan hälso- och sjukvården och

<sup>119</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

socialtjänsten. Socialstyrelsen har gett ut ett stöd för att överföra information vid utskrivning från slutenvården, som baseras på ICF[104]. Risken för missförstånd minskar, när samma tankemodell och samma ord används.

**Figur 4. Sambanden mellan hälsotillstånd, kroppsfunktion, aktivitet, delaktighet, omgivningsfaktorer och personliga faktorer**



Källa: Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) Svensk version 2022 Socialstyrelsen.

→ **Läs mer:**

- På *Socialstyrelsen.se* finns mer information om ICF.
- *ICF och KVÅ inom kommunal hälso- och sjukvård*. En webbutbildning från Socialstyrelsen. [kunskapsguiden.se/utbildningar/](https://kunskapsguiden.se/utbildningar/).
- *ICF e-lärande*. En webbutbildning från WHO. [icf-elearning.com](https://icf-elearning.com).

# Strukturerad rehabilitering i hemmet – en process

## Använd strukturerad och evidensbaserad rehabilitering i hemmet

Det handlar bland annat om att

- tidigt identifiera behov av rehabilitering
- säkerställa att patienter i hemmet får bedömning av legitimerade rehabiliteringsprofessioner, utifrån patienternas individuella behov
- det finns lätta och tydliga kontaktvägar för patienter och närstående
- planeringen av rehabiliteringen är personcentrerad och tillgänglig för patienten och eventuellt närstående.
- åtgärder bygger på bästa tillgängliga kunskap
- rehabiliteringen följs upp, och att patienten ges förutsättningar för att fortsätta använda sina förmågor.

## Rehabiliteringsprocessen

Rehabilitering startar efter att en skada, en sjukdom eller en funktionsnedsättning uppstår eller identifieras.

Rehabiliteringsprocessen är ett systematiskt arbetssätt för att utreda, bedöma behov, planera, genomföra insatser och för att följa upp resultat. I processen utgår man från en patients upplevda aktivitetsbegränsning, behov och intressen. En rehabiliteringsprocess har en början och ett slut, och pågår ofta under en förutbestämd tidsperiod. Den kan även sträcka sig mellan olika vårdnivåer och huvudmän.

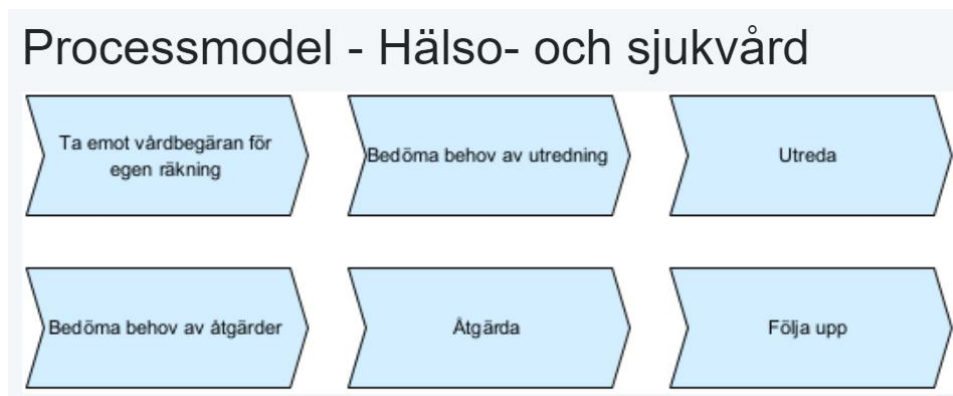
Strukturerad rehabilitering i hemmet innebär att stegen i rehabiliteringsprocessen följs. De olika stegen är olika omfattande och tidskrävande beroende på patientens behov och förutsättningar. Vid en strukturerad rehabilitering i hemmet får patienten stöd med rehabiliteringen antingen av ett multiprofessionellt team eller av enstaka rehabiliteringsprofessioner (unimodal), det kan ibland kompletteras med egenvård. Strukturerad rehabilitering i hemmet kan ske under en kort eller en lång tidsperiod. Den kan ske i en intensiv form, eller med glesa insatser. Den kan ske på primärvårdsnivå, på specialiserad nivå eller i en kombination. Kommuner eller regioner kan vara huvudmän och vårdgivaren kan var offentlig eller privat. Målgruppen för rehabilitering i hemmet är heterogen och oftast används flera olika arbetsmodeller därför parallellt.

Viktiga delar för en framgångsrik rehabilitering i hemmet är

- en strukturerad utredning
- en planering med dokumenterade planer
- att arbeta mot patientens mål [105, 106].

All vård följer samma processmodell. Socialstyrelsen har beskrivit processmodeller både för hälso- och sjukvård, vård och omsorg och socialtjänst [107]. Syftet är att strukturera all den information om det som sker i olika vård- och omsorgsprocesser på samma sätt.

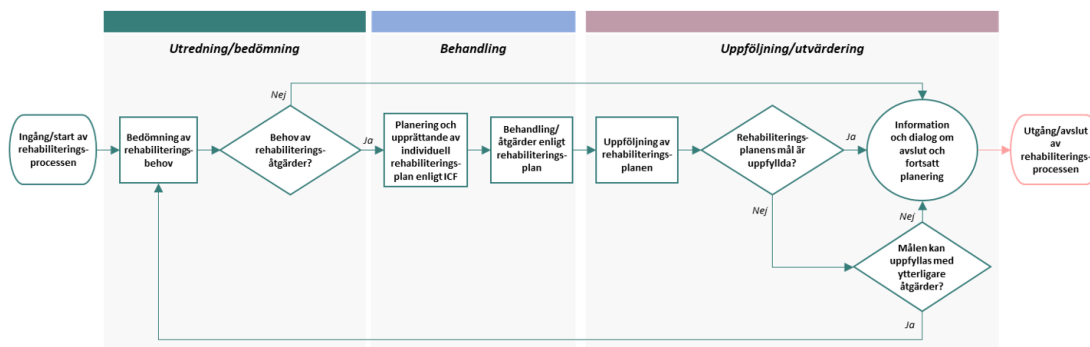
**Figur 4 Nationell vårdprocess enligt Nationell informations-struktur (NI)**



Källa: informationsstruktur.socialstyrelsen.se

Nationella programområdet (NPO) för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård har publicerat en generisk modell för rehabilitering som ett stöd för att integrera rehabilitering i all hälso- och sjukvård [108].

**Figur 5. Generisk modell för rehabilitering**



Källa: Nationella programområdet (NPO) för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin.

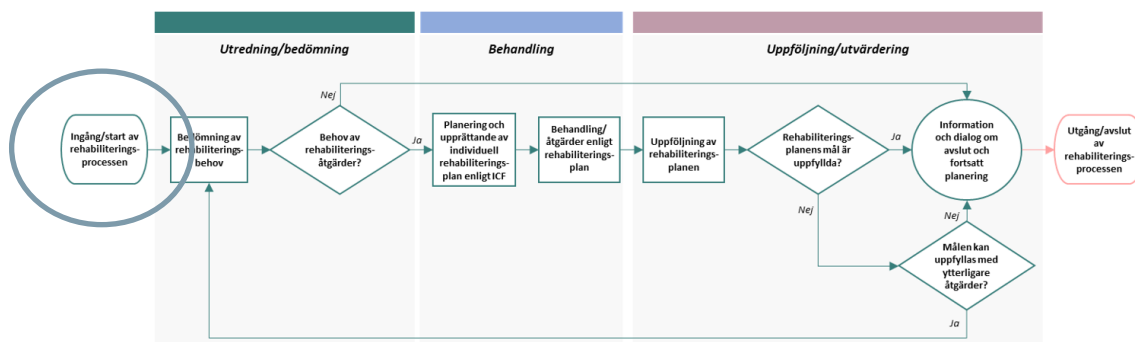
Modellen baseras på Socialstyrelsens definition av rehabilitering och utgår från processmodellen. Den riktar sig till kliniska verksamheter, såväl till ledningen som till medarbetare.

Den generiska modellen ger förutsättningar för en jämlik och kunskapsbaserad rehabilitering med ett personcentrerat arbetssätt [108].

Den generiska modellen syftar även till att säkerställa att rehabiliteringen integreras på ett enhetligt sätt i de personcentrerade och sammanhållna

vårdförloppen som publiceras av *Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård*. Modellen är applicerbar på all typ av rehabilitering eftersom den är generisk.

## Upptäcka behov och ta emot en vårdbegäran – ingång till rehabilitering



Det är angeläget att patientens rehabiliteringsbehov identifieras så snart som möjligt. En tidig bedömning och kontakt med rätt instans kan öka förutsättningarna för en förbättrad hälsa och funktion, samt minska risken för bestående besvär. Nyttillkomna förändringar kan exempelvis identifieras vid strukturerade riskbedömningar och i ett nära samarbete med omsorgspersonalen och de närstående.<sup>120</sup> Inom hemtjänsten och på särskilda boenden för äldre samt på LSS-boenden är det till exempel särskilt föreskrivet att det ska finnas rutiner för hur undernäring ska upptäckas, samt om, hur och när hälso- och sjukvården ska kontaktas.<sup>121</sup>

Det är viktigt att det finns kontaktvägar till och mellan arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, kuratorer, logoped, läkare, psykologer och sjuksköterskor oavsett om de tillhör samma organisation eller inte. Förutsättningarna för att patienten får rätt bedömning och omhändertagande utifrån sina mål och behov ökar, när det är lätt att kontakta och remittera vidare till den profession som behövs.<sup>122</sup> Det behöver även finnas tydliga och lätta kontaktvägar för patienter och närstående.

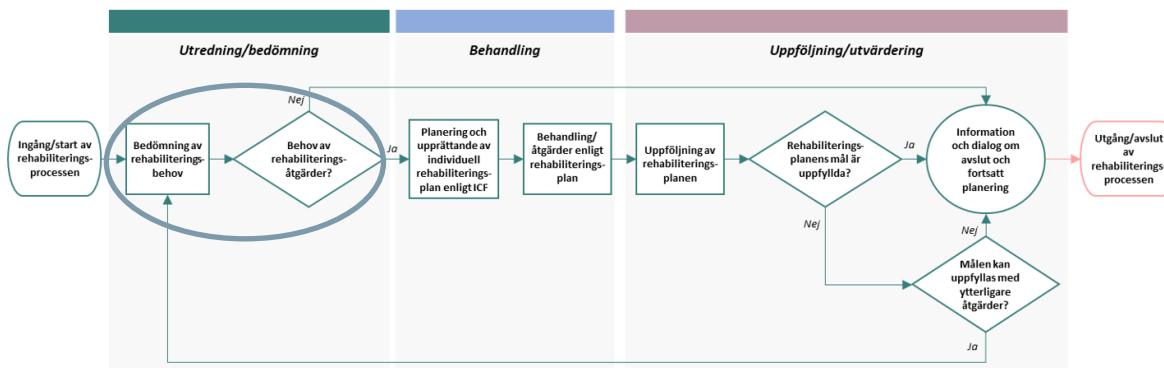
<sup>120</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

<sup>121</sup> 7 § HSLF-FS 2022:49.

<sup>122</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

# Utreda och bedöma rehabiliteringsbehov

Att bedöma om en utredning behövs



## Översiktlig kartläggning

Med en översiktlig kartläggning kan hälso- och sjukvården skapa en helhetsbild av patientens samlade behov, för att ta reda på om det behövs bedömningar och utredningar från flera rehabiliteringsprofessioner. Dessa kan vara organiserade hos olika huvudmän, varför det är viktigt med samverkan.

En översiktlig kartläggning kan göras på olika sätt. Den kan till exempel innehålla frågor om vad som är viktigt för personen, risker för fall, undernäring, och för lite fysisk aktivitet (se även avsnittet Främja hälsa och förebygga ohälsa). Kartläggningen kan också utgå ifrån lokala checklistor och frågeformulär eller strukturerade bedömningsinstrument om sådana finns att tillgå.

## Allt är inte medicinsk rehabilitering

Det kan vara svårt att avgöra om rehabilitering inom hälso- och sjukvårdens område eller någon annan insats är lösningen på ett identifierat behov. Behovet är ibland stort, men lösningarna ligger utanför hälso- och sjukvårdens uppdrag. Behovet av att gå en promenad kan till exempel för en person vara en åtgärd som är medicinskt förebyggande eller behandlande efter till exempel en skada, medan syftet för en annan person är allmänt hälsofrämjande.

**Följande frågor kan den legitimerade personalen ställa sig som stöd för en bedömning om en insats är en åtgärd för hälso- och sjukvården.**

Fråga	Svar JA	Svar NEJ
1. Är åtgärden en "medicinsk insats för att utreda, förebygga eller behandla sjukdomar och skador"? . Är det rehabilitering, habilitering eller hjälpmedel?	se fråga 2.	Om det är något den enskilde kan ansöka om som bistånd, informera och hjälp till med kontakten.

2. Är åtgärden i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet inom din profession?	se fråga 3.	Om det är något den enskilde kan ansöka om som bistånd, informera och hjälp till med kontakten.
3. Handlar det om ett uppdrag för den vårdgivare jag arbetar hos?	Gå vidare i Rehabiliteringsprocessen.	Hänvisa vidare till den ansvarige vårdgivaren.

## Att utreda

En utredning behövs för att avgöra vilken åtgärd och behandling som ska sättas in för att nå patientens mål.

I en utredning identifieras patientens motivation och önskemål. Det är viktigt att skapa en relation inför det fortsatta arbetet – ett partnerskap, [109]. Om patienten har svårt att uttrycka sina behov själv kan de närstående eller den personal som känner personen väl vara ett stöd.

Beroende på frågeställning kan utredningen beröra såväl kroppsfunktioner och aktiviteter som delaktighet och omgivningsfaktorer. Därtill behöver patientens och omgivningens resurser och hinder identifieras [110].

Det är även viktigt med frågor om det behövs förebyggande åtgärder, till exempel vid risk för fall eller undernäring.

Respektive rehabiliteringsprofession utreder inom sitt ansvars- och kompetensområde. I en teambaserad rehabilitering grundas mål och plan på deras bedömningar.

### Bedömningsinstrument

Varje yrkesgrupp har sina strukturerade bedömningsinstrument, vilka bygger på forskning och beprövad erfarenhet [111]. Vilket eller vilka instrument som är lämpliga avgör den legitimerade professionen utifrån patientens behov och aktuell frågeställning. Det framkom i en stor svensk enkätstudie, om arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom kommunal rehabilitering, att strukturerade bedömningar med bedömningsinstrument endast gjordes i strax under hälften av fallen [95].

Det finns även bedömningsinstrument som berör flera dimensioner av patientens hela situation och som kan passa vid multiprofessionellt teamarbete.

Genom att använda strukturerade bedömningsinstrument blir bedömningarna mer objektiva och personalen kan upptäcka svårigheter som patienten inte själv kan sätta ord på. Bedömningarna kan upprepas på ett likvärdigt sätt och användas för uppföljning både på individuell nivå och på gruppnivå. Uppföljningarna blir inte heller beroende av att samma personal gör både bedömningen och uppföljningen. Det underlättar även för patienten att vara delaktig [111].

Vårdgivaren behöver planera så att det finns lämpliga bedömningsinstrument utifrån verksamhetens målgrupper. Vårdgivaren kan även behöva ta fram lokala checklistor och frågeformulär, inom områden där det saknas vetenskapliga bedömningsinstrument.



Läs gärna mer om exempel på bedömningsinstrument som använts i svenska kommuner i *Kunskapsunderlag - Rehabiliteringsinsatser i hemmet bilaga 2.4*.

→ **Läs mer:**

- *Om standardiserade bedömningsmetoder*. En kortfattad beskrivning om bland annat om vad bedömningsinstrument är och hur man kommer igång [111].

## Att bedöma behov av åtgärder och att sätta mål

I en personcentrerad rehabilitering i hemmet vägs den professionella bedömningen samman med patientens mål och tankar och därefter planerar personalen och patienten tillsammans den fortsatta rehabiliteringen.

Målen för rehabiliteringen behöver utgå från vad patienten själv vill uppnå. Ett strukturerat sätt att sätta personcentrerade mål ger bättre förutsättningar för en framgångsrik rehabilitering, och innebär att personen aktivt deltar, formulerar sig och reflekterar kring målen [106, 112]. Frågan ”Vad är viktigt för dig?” ger en bra start för ett samtal, och flera olika möjliga mål kan bli tydliga för både personen och personalen [90]. Personalen kan hjälpa till att formulera målen genom att guida med fler frågor, och behöver få möjlighet att träna på detta [110, 112].

Vid en teambaserad rehabilitering sätts mål för hela den gemensamma rehabiliteringsprocessen.

→ **Läs mer:**

- *Metodstöd – Guida och stödja målsättning vid rehabilitering i hemmet*. Ett metodstöd som publiceras tillsammans med detta kunskapsstöd.

## Att sätta mål vid nedsatt kognitiv eller kommunikativ förmåga

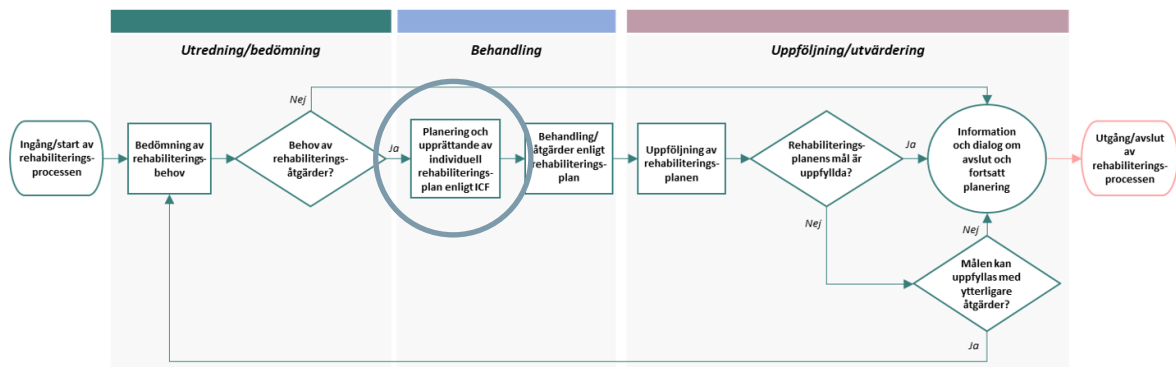
Man kan behöva använda förenklade eller alternativa sätt att kommunicera, för att personer med en nedsatt kommunikationsförmåga ska kunna uttrycka sina mål [113]. Logopedier har särskild kompetens inom kommunikation, om extra stöd behövs.

Det finns tillfällen där personer inte kan delta på grund av sin kognitiva förmåga. Mål för personens rehabilitering kan ändå ha ett värde genom att göra omgivningen delaktig och motiverad [106, 112]. Samtalet hålls vid sådana tillfällen med närstående eller med personal som känner personen väl.

→ **Läs mer:**

- Om att *Stödja vuxna personers vilja* på Kunskapsguiden.se <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/stodja-vuxna-personers-vilja/>.

# Planera rehabilitering i hemmet



Efter utredningen och målsättningen görs en planering. Det förekommer olika varianter av rehabiliteringsplaner, anpassade utifrån de olika verksamheternas och patienternas respektive behov.

Mer information om *Planera vården i hemmet* finns på sidan 40.

## Innehållet i en rehabiliteringsplan

En rehabiliteringsplan är värdefull ur flera aspekter. Den visar på ett pedagogiskt sätt kopplingen mellan resultatet av utredningen och bedömningen, samt målen och de planerade åtgärderna. På så sätt blir rehabiliteringsplanen ett verktyg som skapar delaktighet och motivation. Det är viktigt att en rehabiliteringsplan är tillgänglig för patienten och, om patienten vill, även för de närstående eller andra som på olika sätt deltar i patientens rehabilitering.

Rehabiliteringsplanen beskriver också vem som ansvarar för de planerade åtgärderna och vem patienten kan kontakta vid behov. Planen beskriver även det som patienten kan utföra själv som egenvård.

För att beskriva funktionstillstånd, hinder och resurser rekommenderar Socialstyrelsen att man använder Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF).<sup>123</sup> ICF gör det möjligt att beskriva en persons funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utifrån en biopsykosocial modell. Genom att använda ett gemensamt språk underlättas kommunikationen mellan olika hälso- och sjukvårdsprofessioner och personal inom olika verksamheter.

För patienter med sammansatta behov krävs ofta en samordning av olika rehabiliteringsåtgärderna mellan professioner, verksamheter och huvudmän. För samordning av olika insatser ska en individuell plan upprättas. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.<sup>124</sup> Av förarbetena framgår att planen bör utgå från den enskildes egna mål, behov och intressen.<sup>125</sup>

<sup>123</sup> 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

<sup>124</sup> 8 kap. 7 § tredje stycket samt 12 kap. 5 § andra stycket HSL.

<sup>125</sup> Regeringens proposition *Stöd och service till vissa funktionshindrade* prop. 1992/93:159, s. 121.

Definition enligt Socialstyrelsens termbank:

## Rehabiliteringsplan

vård- och omsorgsplan som beskriver rehabilitering för den enskilde.

*Anmärkning:* Rehabiliteringsplanen utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennes anhörig/närstående och tas i regel fram med den enskildes samtycke

Det ska finnas mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov.

Rehabiliteringsplanen används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.

Planeringen av rehabilitering ska samordnas när behov finns, men rehabiliteringsplanen kan också vara ett resultat av planering i den egna verksamheten.

I *Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet* beskrivs utförligt vad som är viktigt att en rehabiliteringsplan innehåller. Där beskrivs en ICF-baserad rehabiliteringsplan som vänder sig till både patienter och rehabiliteringspersonal [108]. Nedan ges exempel på innehåll till de moment som kan vara lämpliga när man upprättar en ICF-baserad rehabiliteringsplan i hemmet [110]. Verksamheterna styr till stor del själva vilka moment samt innehåll som är värdeskapande för patienterna i respektive verksamhet.

### Exempel på moment och innehåll som en ICF-baserad plan för rehabilitering i hemmet kan innehålla

Moment	Exempel på innehåll
Bedömning	Sammanfattning av resultaten från utredning och bedömning. <ul style="list-style-type: none"><li>• Funktionsnedsättningar</li><li>• Aktivitetsbegränsningar och delaktighets inskränkningar</li><li>• Omgivnings- och personfaktorer i form av resurser och hinder.</li></ul>
Mål	Patientens huvudmål och delmål
Åtgärder	Beskriver planerade åtgärder. Både de vården ansvarar för och de som patienten själv ansvarar för. Beskriver vem som är ansvarig för respektive åtgärd. Beskriver tidsplanen och omfattningen för genomförandet av åtgärderna. <ul style="list-style-type: none"><li>• Vad</li><li>• Vem/Ansvar</li><li>• När/Tidsplan</li></ul>
Uppföljning	Tillfälle för uppföljning av målen. Utvärdering av åtgärder. Uppföljning av mål.

Momenten och exempel på innehåll utgår från Generisk modell för rehabilitering [105] och dialoger med NPO Rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin 2022.

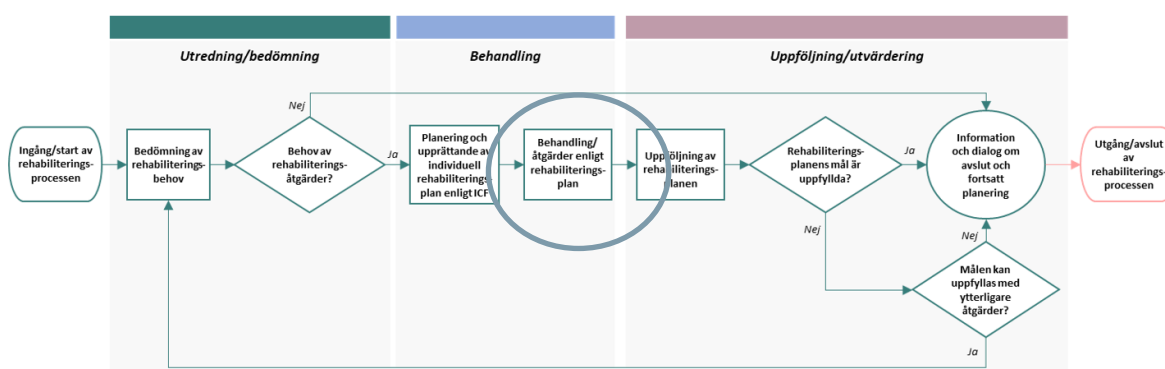
Mer information finns i *Planering av vård i hemmet* sid 45.

➔ **Läs mer:**

- *Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet* Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård 2022 [108].

## Åtgärda och behandla

Åtgärder och behandlingar vidtas utifrån rehabiliteringsplanen.



Nationellt stöd om åtgärder och behandlingar finns bland annat i *Nationellt kliniskt kunskapsstöd* (NKK) med vårdförlopp, vårdprogram och riktlinjer. För beslutsfattare finns exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Det har i tidigare kartläggningar framkommit att rekommendationer kring rehabiliteringsinsatser som finns i olika nationella riktlinjer behöver bli mer synliga och tillgängliga för att stödja implementeringen i kommunerna[4].

År 2021 var de vanligaste åtgärderna vid rehabilitering inom kommunal hälso- och sjukvård inom områdena hjälpmedelsförskrivning, förflyttningar och personlig vård[34].

## Socialstyrelsens nationella riktlinjer och rehabilitering i hemmet

Socialstyrelsen publicerar nationella riktlinjer inom många olika diagnosområden.<sup>126</sup> Rekommendationer om rehabilitering finns i flera av de olika nationella riktlinjerna. Socialstyrelsen publicerar även nationella kunskapsstöd med rekommendationer för verksamhetsnära beslutsfattare och professioner. Vilka rekommendationer som är lämpliga att användas vid rehabilitering i hemmet kan bero på olika faktorer och behöver baseras på en riskbedömning.

Exempel på nationella rekommendationer (från år 2022) inom rehabiliteringsområdet som är möjliga att utföra i hemmet finns i Bilaga 1. *Rehabilitering - nationella rekommendationer samt kvalitetsmått*. I tabellen beskrivs ett urval av åtgärder som är möjliga att utföra i en hemmiljö.

<sup>126</sup> Rekommendationerna i de nationella riktlinjerna ger vägledning för beslut på gruppnivå, och riktar sig främst till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Syftet är att vården ska vara evidensbaserad.

Tabellen ska ses som en utgångspunkt och inspiration till vidare läsning. Vårdgivaren kan, utifrån sina lokala förutsättningar, bedöma att även andra rekommendationer är säkra och lämpliga att använda vid rehabilitering i hemmet.

De nationella riktlinjerna och rekommendationerna revideras, och nya tillkommer kontinuerligt.

➔ **Läs mer:**

- om Nationella riktlinjer och Nationella kunskapsstöd på [socialstyrelsen.se](http://socialstyrelsen.se)
- Socialstyrelsens nationella riktlinjer, fokus på kommunal hälso- och sjukvård. En webbutbildning framtagen för att främja en kunskapsbaserad vård och omsorg inom kommuner och regioner. [kunskapsguiden.se/utbildningar/](http://kunskapsguiden.se/utbildningar/).

## Råd om fysisk aktivitet

Socialstyrelsen publicerade år 2018 Nationella riktlinjer om ohälsosamma levnadsvanor. I tabell 4 ges exempel på rekommendationer som kan tillämpas vid rehabilitering i hemmet.

### Exempel på nationella rekommendationer från "Nationella riktlinjer om ohälsosamma levnadsvanor"

Åtgärd	Rekommendation	Motivering till rekommendation
Rådgivande samtal med skriftlig ordination (prio 2)	Hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal med skriftlig ordination av fysisk aktivitet till vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva.	Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden har måttlig effekt på andelen som når 90–150 minuter av fysisk aktivitet per vecka på måttlig intensitetsnivå och ökar troligen den fysiska aktivitetsnivån generellt.
Rådgivande samtal med tillägg aktivitetsmätare (prio2) Ref)	Hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal med tillägg av aktivitetsmätare till vuxna med särskild risk som är otillräckligt fysiskt aktiva.	Tillståndet har en stor svårighetsgrad och åtgärden har måttlig effekt på fysisk aktivitet och stillasittande.

En skriftlig ordination om fysisk aktivitet kan till exempel ges som fysisk aktivitet på recept (FaR®)<sup>127</sup>, eller som ett skriftligt träningsprogram.

Åtgärden aktivitetsmätare innebär att en patient uppmanas att regelbundet och systematiskt mäta sin fysiska aktivitet för att bli motiverad att öka sin fysiska aktivitet eller för att minska sitt stillasittande genom självmonitorering. En aktivitetsmätare, som en stegräknare, registrerar antalet steg vid promenader eller löpning och vid all annan förflyttning till fots. En accelerometer kan exempelvis registrera den totala fysiska aktiviteten, men även intensiteten, durationen och frekvensen, det vill säga aktivitetens mönster.

<sup>127</sup> Metoden FaR är en evidensbaserad metod för ordination av fysisk aktivitet. De mest centrala delarna i metoden är det personcentrerade förhållningssätt i samtalet som leder fram till rekommendationer för fysisk aktivitet som förmedlas genom en skriftlig ordination. Handboken FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) sammanfattar evidens för hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla ett stort antal sjukdomar. [<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/fysisk-aktivitet/fysisk-aktivitet-pa-recept-far/>]

## Individuellt förskrivna hjälpmedel

Hjälpmedel bidrar till att öka personens självständighet eller till att nå andra mål som personen har med sin rehabilitering. Olika hjälpmedel kan medföra att personen behöver mindre stödinsatser från exempelvis närstående eller omsorgspersonal.

Det är vanligt att hjälpmedel förskrivs individuellt för användning i hemmet, både för det dagliga livet och för vård och behandling.

Definition enligt Socialstyrelsens termbank:

### **Hjälpmedel för det dagliga livet**

individuellt utprovad produkt som syftar till att bibehålla eller öka aktivitet, delaktighet eller självständighet genom att kompensera en funktionsnedsättning

#### *Anmärkning*

Exempel på hjälpmedel för det dagliga livet är rollatorer, griptänger, hörapparater, förstoringssystem och appar för påminnelser. Förskrivs eller köps på konsumentmarknaden efter rådgivning av behörig hälso- och sjukvårdspersonal. De flesta hjälpmedel för det dagliga livet är medicintekniska produkter.

### **Hjälpmedel för vård och behandling**

Förskriven medicinteknisk produkt som syftar till att kontrollera, bibehålla eller förbättra ett medicinskt tillstånd och som är avsedd att kunna användas utan hälso- och sjukvårdsutbildning.

#### *Anmärkning*

Exempel på hjälpmedel för vård och behandling är antidecubitusmadrass, cpap, handortos, insulinpump, nutritionspump, ståstöd och tensapparat. Ordet ”avsedd” syftar på tillverkarens avsikt.

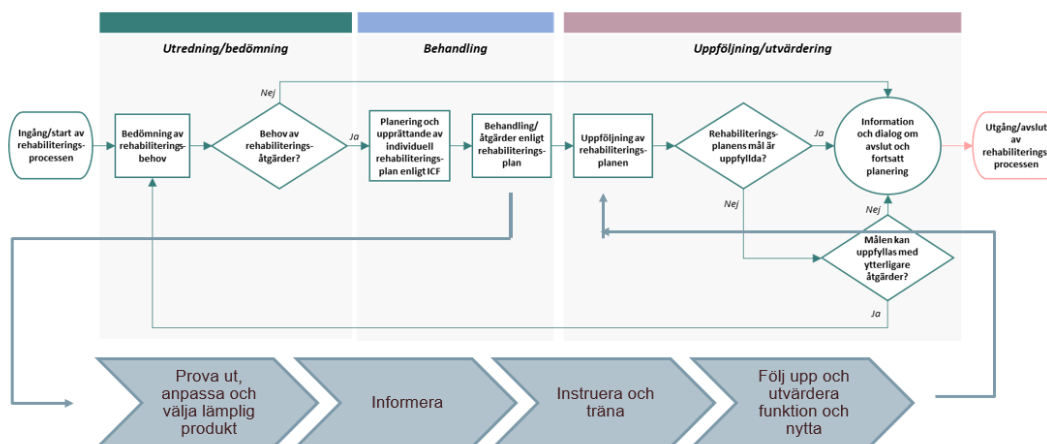
Det vanligaste hjälpmedlet vid rörelsenedsättning är rollator [12].

Den som förskriver ett hjälpmedel behöver följa förskrivningsprocessen, för att hjälpmedlet ska få en optimal effekt på rehabiliteringen.

Förskrivningsprocessen beskrivs i Socialstyrelsens förskrivarstöd [49].

Förskrivningsprocessen är en delprocess av rehabiliteringsprocessen (figur 6), och förutsätter att rehabiliteringsprocessens tidigare steg är genomförda.

Figur 6. Förskrivningsprocessen i relation till rehabiliteringsprocessen.



Det är viktigt att personen som får ett hjälpmedel förskrivet också får instruktioner och möjligheter att träna på hur hjälpmedlet ska användas. Det behövs praktisk träning, kunskap och information för att en rullstol ska fungera väl för personen [114]. Om hjälpmedlet är en medicinteknisk produkt ska vårdgivaren genom rutiner bland annat säkerställa att användaren instrueras och tränas i att använda produkten.<sup>128</sup>

Hjälpmiddel är konkreta åtgärder som patienten och omgivningen har lätt att se nyttan av. En noggrann utredning är dock viktig för att uppmärksamma att behovet kanske är större eller annorlunda än det som först identifierades. Hjälpmiddel ska ses som kompletterande åtgärder och får inte ersätta annan rehabilitering. En uppföljning av de förskrivna hjälpmedlen är väsentlig för att säkerställa att personens mål är uppnått.

I Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården finns bland annat bestämmelser om vilka rutiner som ska finnas för förskrivning av medicintekniska produkter till en patient<sup>129</sup> och vilken kompetens som krävs för att förskriva dessa produkter.<sup>130</sup>

Varje vårdgivare ska säkerställa att det finns rutiner för förskrivning, utlämnande och tillförande av medicintekniska produkter.<sup>131</sup> Rutiner ska säkerställa att förskrivning, utlämnande eller tillförande av en medicinteknisk produkt till patienten följs upp och utvärderas fram till dess att behovet upphört eller ansvaret för patienten har övertagits av en annan vårdgivare.<sup>132</sup>

#### → Läs mer:

- *Förskrivning av hjälpmedel - Stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning*. Socialstyrelsen 2021 [49]

<sup>128</sup> 2 kap. 3 § 7 Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.

<sup>129</sup> 2 kap. 3 § HSLF-FS 2021:52.

<sup>130</sup> 3 kap. 1 § första stycket 2 HSLF-FS 2021:52.

<sup>131</sup> 2 kap. 3 § HSLF-FS 2021:52.

<sup>132</sup> 2 kap. 3 § 9 HSLF-FS 2021:52.



- *Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården.*
- *Meddelandeblad Vålfärdsteknik inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården nr 3/2019.*

## Anpassningar i hemmiljön

Genom att göra förändringar i miljön där personen vistas kan olika hinder undanröjas. Det kan skapa förutsättningar för en person med en funktionsnedsättning att leva ett mer självständigt liv. Förändringar i hemmiljön kan göras både i förebyggande syfte, och för att kompensera för funktionsbegränsningar. Det kan vara enklare förändringar som en ommöblering för bättre framkomlighet, eller Anpassningar av bostaden. Vissa behov av Anpassningar kan tillgodoses med hjälpmedel som erbjuds av region eller kommun. Personer med funktionsnedsättning kan också få bidrag till Anpassning av sin bostad enligt lagen (2018:222) om bostadsanpassningsbidrag.

Några vanliga bostadsanpassningar är automatiska dörröppnare, iordningsställande av duschplats, spisvakt, stödhandtag, fasta ramper och borttagning av trösklar.

### → Läs mer:

- En digital *handbok om bostadsanpassningsbidrag* på Boverket.se [www.boverket.se/sv/babhandboken/](http://www.boverket.se/sv/babhandboken/)

## Säkra personförflyttningar

Det är vanligt att man vid rehabilitering i hemmet bedömer och vidtar åtgärder vid olika typer av förflyttningssvårigheter som en person har i hemmet[12]. Förflyttningssituationer i hemmet innefattar allt från att vända sig i sängen, till att kunna ta sig runt i sin närmiljö. Genom att klara av förflyttningssituationer kan personen återvinna sin självständighet och sin möjlighet att vara delaktig.

I dessa situationer behöver hälso- och sjukvården ta hänsyn till både patientsäkerheten, personalens arbetsmiljö och patientens rehabiliteringsbehov.

### → Läs mer:

- *Säkra personförflyttningar* Myndigheten för arbetsmiljökunskap 2022[115].
- *Samlad stöd för patientsäkerhet*. En webbplats från Socialstyrelsen. [patientsakerhet.socialstyrelsen.se](http://patientsakerhet.socialstyrelsen.se).
- *Vårdhandboken.se* har ett område om *förflyttningssvårigheter* och ett om *arbetsätt och ergonomi i vård och omsorg*. [vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/forflyttningssvårigheter/](http://vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/forflyttningssvårigheter/).

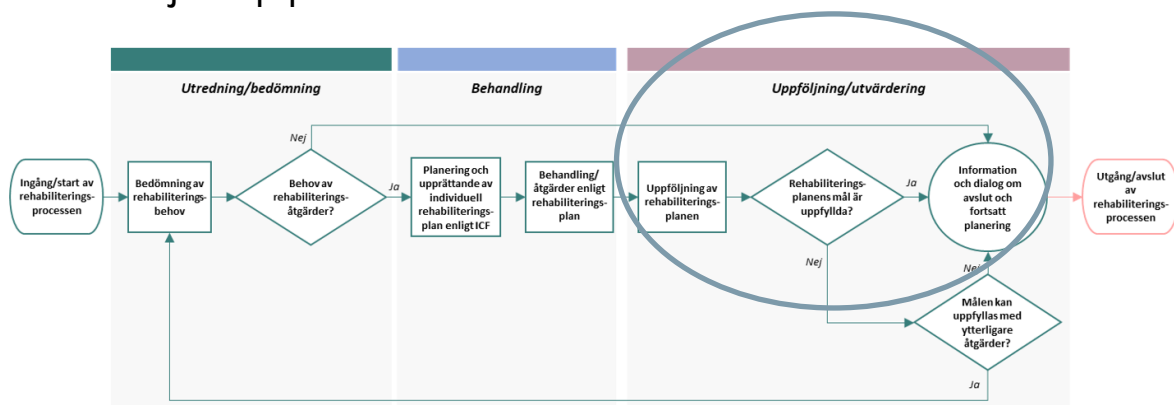
## Utvärdera åtgärder

Alla åtgärder behöver utvärderas. Det är lämpligt att använda samma standardiserade bedömningsinstrument som i utredningen, för att kunna jämföra före och efter att åtgärden sattes in. Utvärderingar kan leda till



löpande justeringar av åtgärderna och ligga till grund för en uppföljning av rehabiliteringen.

## Följa upp och avsluta



### Följ upp mot uppsatta mål

En uppföljning av patientens mål i rehabiliteringsplanen, innebär i praktiken att göra en ny bedömning. Uppföljningen kan ske vid i förväg bestämda tillfällen, eller extra tillfällen vid behov. Sådana extra tillfällen kan vara vid förändring i personens hälsotillstånd, eller av en omgivningsfaktor som ändrar förutsättningarna att nå målen. Extra uppföljning kan även behövas om planerade åtgärder förändrats eller om nya åtgärder tillkommit. De som följer upp tar ställning till om rehabiliteringen ska avslutas eller fortlöpa.

### Revidering

Patientens liv och förutsättningar kan ändras. Mål och planerade åtgärder behöver därför ibland revideras, så att de fortsatt känns meningsfulla för patienten. Revidering av målen kan ge patienterna bättre återhämtning, välbefinnande och livskvalitet [116].

Skörhet ökar med åldern [117]. Det kan vara en anledning till att målen inte nås, och av skäl som varken patienten eller personalen styr över.

Rehabiliteringspersonalen och patienten behöver tillsammans ta ställning till om fortsatt rehabilitering är aktuell, om förutsättningarna för att nå målen har förändrats. Det kan behövas en förnyad bedömning, utredning eller andra rehabiliterande åtgärder. Detsamma gäller om målen var för lågt satta från början och det finns möjligheter för en ytterligare förbättring.

### Ny KVÅ-kod

Från 2023 finns KVÅ-kod:

*Uppföljning och revidering av rehabiliteringsplan AW027*

Beskrivningstext: Uppföljning av plan som upprättats för rehabilitering, med revidering av befintlig plan.

Utesluter: Uppföljning av rehabiliteringsplan (AW024)

## Avsluta rehabiliteringen i hemmet

På samma sätt som vid annan rehabilitering avslutas rehabilitering i hemmet när målen i rehabiliteringsplanen är uppnådda, eller att det av någon orsak inte är aktuellt att fortsätta med rehabilitering[108]. Ibland finns en på förhand bestämd tidsperiod, till exempel vid arbetssättet intensiv rehabilitering i hemmet.

Oavsett varför rehabiliteringen avslutas behöver patienten få information om vad patienten kan göra själv för att bibehålla och utveckla sina funktioner och förmågor. Det är extra betydelsefullt att informera personen om förebyggande insatser och hälsosamma levnadsvanor i samband med att personen inte längre kommer ha kontakt med hälso- och sjukvården. Ett sätt kan vara att arbeta med FaR – fysisk aktivitet på recept.

Det är viktigt att ge information om vart patienten ska vända sig vid frågor eller nytillkomna behov, om det inte finns en plan på fortsatta vård- eller rehabiliteringskontakter.

Det är även viktigt att omgivningen har ett hälsofrämjande förhållningssätt i det dagliga livet, och att omsorgspersonalen fortsätter att ha ett rehabiliterande arbetssätt, för att bibehålla personens funktioner och förmågor.<sup>133</sup>

Om rehabiliteringsåtgärden gäller ett förskrivet hjälpmedel så avslutas förskrivningsprocessen först när både funktionen och nyttan är uppnådda enligt uppsatta mål, och det sannolikt inte medför någon risk för tillbud eller skada [49]. Det innebär att rehabiliteringen i hemmet och förskrivningsprocessen kan avslutas vid olika tidpunkter. Ny rehabilitering kan alltid bli aktuell vid framtida behov.

### Ny KVÅ-kod

Från 2023 finns KVÅ-kod:

*Avslutande av rehabiliteringsplan AW035*

Beskrivningstext: Uppföljning och avslutande av rehabiliteringsplan, exempelvis då målen är uppnådda eller att det av någon orsak inte är aktuellt att fortsätta med rehabilitering

Mer information finns i *Intensiv hemrehabilitering* sidan 62.

*Det behövs ett hälsofrämjande förhållningssätt* på sidan 49 och

*Rehabiliterande arbetssätt vid omsorgsarbete i hemmet* på sidan 58.

<sup>133</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

# Kvalitet och uppföljning av rehabilitering i hemmet

## Följa upp insatser, kvalitet och hälsoekonomiska effekter av rehabilitering i hemmet

Det handla bland annat om att:

- prioritera och besluta om vilka nyckeltal som ska följas upp
- initiera uppföljningar och egenkontroller i samverkan med andra vårdaktörer
- använda en tydlig metodik vid ekonomisk uppföljning.

## Använd KVÅ-koder för att följa rehabiliteringen på gruppnivå

Att följa rehabiliteringsprocessen med KVÅ-koder

Ett sätt för både regioner och kommuner att följa upp den strukturerade rehabiliteringen i hemmet kan vara att använda KVÅ-koder.

Följande KVÅ-koder är användbara vid uppföljning av rehabiliteringsplaner:

- upprättande av rehabiliteringsplan AW020
- uppföljning av rehabiliteringsplan AW024
- uppföljning och revidering av rehabiliteringsplan AW027
- avslutande av rehabiliteringsplan AW035.

## De vanligaste rehabiliteringsåtgärderna med KVÅ-koder i kommunerna 2021

Kommunerna är skyldiga att rapportera sina insatser i den kommunala hälso- och sjukvården till Socialstyrelsen.<sup>134</sup> Det ger en möjlighet att följa rehabiliteringen som kommunen som vårdgivare genomför, både lokalt och nationellt. Uppgifterna kan användas både för att förstå verksamhetens innehåll och vid utveckling respektive förändring av verksamheten.

Det var främst arbetsterapeuter och fysioterapeuter, som rapporterade rehabiliteringsåtgärder under år 2021. De övriga rehabiliteringsprofessionerna, som har rapporterat in rehabiliteringsåtgärder under år 2021 är dietister, logopedier och psykologer. Dessa stod tillsammans för mindre än 0,2 procent av de inrapporterade åtgärderna.<sup>135</sup>

<sup>134</sup> Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:67) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

<sup>135</sup> Intern sammanställning av åtgärder uppdelade på yrke år 2022, från registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

## De 10 mest registrerade KVÅ-åtgärderna, för arbetsterapeuter och fysioterapeuter inom den kommunala rehabiliteringen under 2022

Arbetsterapeut	Fysioterapeut
Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel (exklusive rullstol)	Utprovning och förskrivning av övriga hjälpmedel (exklusive rullstol)
Uppföljning av hjälpmedelsförskrivning	Muskelfunktions- och styrketräning
Bedömning av hjälpmedelsbehov	Gångträning
Utprovning och förskrivning av rullstol	Uppföljning av hjälpmedelsförskrivning
Bedömning av att ändra kroppsställning	Bedömning av att gå
Konferens om patient	Bedömning av att ändra kroppsställning
Bedömning av att förflytta sig med hjälpmedel	Rörlighetsträning
Konferens med patient	Bedömning av att förflytta sig med hjälpmedel
Bedömning av att gå	Bedömning av hjälpmedelsbehov
Externt informationsutbyte	Träningsprogram

Källa: Intern sammanställning av åtgärder uppdelade på yrke 2022, från registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

De vanligaste åtgärder för dietister är ”Nutritionsbehandling, kosttillägg, berikning”, ”Konferens om patient” samt ”Nutritionsbehandling, individuellt anpassad kost”.<sup>136</sup> Logopeders och psykologers inrapporterade åtgärder är för få, för att redovisa.

## Följ upp kvaliteten vid rehabilitering i hemmet

Verksamhetsuppföljning ger information om vad som behöver utvecklas för att förbättra kvaliteten på rehabiliteringen i hemmet.

Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och de mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård.<sup>137</sup> Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.<sup>138</sup> Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för verksamheten som ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.<sup>139</sup>

Det finns flera sätt för att kontrollera, följa upp och utvärdera kvaliteten på rehabiliteringen i hemmet. Alla fokusområden i *Analysverktyg för patientsäkerhet* är exempelvis möjliga att applicera på rehabilitering i hemmet [118]. Vårdgivaren ska också bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete där det bl.a. ingår att utöva egenkontroll.<sup>140</sup> Resultat från bland annat egenkontroller och sammanställningar av avvikelserapporter, inkomna klagomål och synpunkter ska ligga till grund för att förstå vad som behöver utvecklas och vilka åtgärder som ska vidtas för att säkra verksamhetens kvalitet.<sup>141</sup> Rehabilitering i hemmet innefattar ofta samverkan med både

<sup>136</sup> C:a 500 registreringar/åtgärd.

<sup>137</sup> 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

<sup>138</sup> 5 kap. 4 § HSL.

<sup>139</sup> 3 kap. 1 § SOSFS 2011:9.

<sup>140</sup> Se 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9.

<sup>141</sup> Se 5 kap. 6-7 §§ SOSFS 2011:9.

socialtjänsten och olika vårdgivare. Vårdgivare ska genom processer och rutiner säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.<sup>142</sup> Rehabilitering och hjälpmedel är riskområden, när det kommer till samverkan [36].

Vårdgivaren beslutar vilka utfallsmått och nyckeltal som är viktiga för att mäta kvaliteten på rehabiliteringen i sin verksamhet.

Exempel på databaser och nationella kvalitetsregister som kan användas vid utvärdering av kvaliteten vid rehabilitering i hemmet samt exempel på nyckeltal med koppling till rehabilitering i hemmet finns i Bilaga 1.

*Rehabilitering - nationella rekommendationer samt kvalitetsmått.*

**→Läs mer:**

- *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*

## Hälsoekonomisk uppföljning av rehabilitering i hemmet

Socialstyrelsen har studerat kostnader och effekter av insatser med rehabilitering i hemmet.

Nedan följer en sammanfattning av resultatet.

Mer information finns i kunskapsunderlaget *Rehabiliteringsinsatser i hemmet, en litteraturöversikt av de ekonomiska vinsterna av hemrehabilitering i en internationell kontext* (bilaga 1) och *En ekonomisk analys av hemrehabilitering i svenska kommuner 2007–2022* (bilaga 2)

### Resultat av litteraturöversikt och hälsoekonomisk analys

En generell utmaning, för att kunna jämföra resultat från nationella rapporter, är brister i metodiken. De flesta kommuner har inte haft någon kontrollgrupp att jämföra sina resultat med och endast två kommuner har haft stöd av forskare.

#### Litteraturöversikt

Utifrån resultatet av litteraturöversikten kan man inte dra generella slutsatser att hemrehabilitering är kostnadseffektivt. I ett första steg behövs fler större studier med tillräckligt stora studiepopulationer för att kunna dra slutsatser om vilken effekt, rehabilitering i hemmet har på både kliniska effektmått, livskvalitet och behovet av omsorgsinsatser över tid, vilket påverkar resursanvändningen och kostnaderna.

#### Utvärdering i svenska kommuner

Patienternas behov av hemtjänst har minskat efter insatserna, och det har resulterat i kostnadsbesparingar för kommunerna. Möjligheten att dra säkra

---

<sup>142</sup> 4 kap. 6 § tredje stycket SOSFS 2011:9.

slutsatser från utvärderingarna är dock begränsad, eftersom endast två av kommunerna hade kontrollgrupper som inte fått hemrehabilitering.

### *Hälsoekonomisk analys*

Hemrehabilitering kan resultera i lägre kostnader för en kommun redan efter ett år. Det beror på att ett minskat hemtjänstbehov uppväger kostnaden för insatsen. En exempelberäkning visar att besparingen för insatsen över en tvåårsperiod motsvarar mellan 5 600–196 000 kronor per vårdtagare, jämfört med kontrollgruppen.

En kostnadsnyttoanalys visar att hemrehabilitering kostar cirka 280 000 kronor/år per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY). Det bedöms som en måttlig kostnad per vunnet QALY. Denna redovisning gäller dock enbart för en grupp personer som har fått hemrehabilitering, så hälsovinsterna och kostnaderna ställs därför inte i relation till personer utan insats. Ett orsakssamband är därför svårt att påvisa.

Det saknas tillräckliga data för ett generellt svar om insatsernas inverkan på kommunernas kostnader, eller om nyttan för patienterna. Parametrar som påverkar kan även vara hur tidigt rehabiliteringen inleds, patientens ålder, underliggande sjukdomar eller tidigare omsorgsbehov.

## Framtida hälsoekonomiska utvärderingar av rehabilitering i hemmet

Metoderna för hälsoekonomiska utvärderingar kan förbättras i kommunerna. Det skulle förbättra möjligheten till mer heltäckande hälsoekonomisk analys, och analys av kostnadseffektivitet i relation till andra typer av åtgärder. Utformningen av insatserna, mätmetoderna och uppföljningen av insatserna kan utvecklas.

Hur man kan inkludera de närståendes livskvalitet är ett annat område som kan utvecklas. En rapport från Karolinska Institutet visar på hur en sådan inklusion av närstående kan se ut [119].

Vårdgivarna skulle med fördel även kunna samarbeta med universitet och högskolor vid införande och uppföljning av nya metoder för rehabilitering i hemmet.

Identifierade utvecklingsområden<sup>143</sup> för uppföljning och utvärdering av hemrehabilitering:

1. *Tydlighet om vad som ingår i insatsen och vilka avgränsningar som gjorts.* Det är viktigt att kunna jämföra resultat över tid och mellan kommuner. Vid en sådan jämförelse behöver det tydligt framgå vilka aktiviteter som ingått i hemrehabiliteringen, vilka yrkeskategorier som utfört insatsen, och hur processen för att identifiera och bjuda in patienter har sett ut. Om avgränsningar har gjorts, såsom specifika geografiska områden i kommunen eller endast verksamheter i egen regi, bör detta också redovisas.
2. *Avgränsad målgrupp med tydliga inklusions- och exklusionskriterier.* Det vanligaste är att inkludera äldre personer ( $\geq 65$  år), efter en

---

<sup>143</sup> Områdena identifierades under arbetet med Kunskapsunderlag om hälsoekonomi för rehabilitering i hemmet, Socialstyrelsen

utskrivning från sjukhus, eller där hemtjänsten eller någon annan har identifierat en försämring i en persons hälsotillstånd. Det är också viktigt att på förhand definiera och redovisa exklusionskriterier, exempelvis kognitiv svikt eller specifika sjukdomstillstånd.

3. *En tillräckligt stor studiepopulation.* Det behövs tillräckligt stora grupper som får insatsen, för att slutsatser ska kunna dras om vilken effekt rehabilitering i hemmet har på kliniska effektmått, livskvalitet och behovet av omsorgsinsatser över tid. Man kan behöva samarbeta med andra vårdgivare för att samla in data.
4. *En jämförbar kontrollgrupp som kan följas upp över tid.* Det krävs en jämförbar randomiserad<sup>144</sup> kontrollgrupp, för att isolera de eventuella effekterna av insatsen över tid. Om det inte är möjligt, kan retrospektiva kontrollgrupper skapas från registerdata eller genom att följa upp utfall i olika jämförbara delar av kommunen, eller i andra kommuner som inte fått insatsen.
5. *Mäta och följa upp valda variabler vid inledning, vid avslut, samt över en längre tid.* En baslinjemätning görs innan insatsen påbörjas, både för de som ska få insatsen och för kontrollgruppen. En uppföljande mätning görs när insatsen avslutas. Ytterligare mättillfällen behövs för att mäta förändring över tid. Det kan exempelvis innebära nya mätningar vid sex månader, ett år och två år efter insatsen. Det är viktigt eftersom positiva effekter av hemrehabilitering kan visa sig efter att insatsen avslutats och hålla i sig över tid. Detta behöver samtidigt vägas mot att personernas hälsa och behov av kommunala insatser även påverkas av andra faktorer över tid. Använd vetenskapligt validerade bedömningsinstrument vid uppföljningen.
6. *Uppföljning av insatsens effekt av omsorgsbehov, samt nytta för individen.* Behov av hemtjänstinsatser, hjälpmedel, särskilt boende eller korttidsboende vid olika tidpunkter efter insatsen kan registreras och jämföras med behoven hos en kontrollgrupp. Med hjälp av vetenskapligt validerade bedömningsinstrument kan exempelvis upplevda fysiska och psykiska hälsotillstånd, aktivitets- och funktionsförmåga samt livskvalitet följas upp.
7. *Uppföljning av direkta kostnader för insatsen för både kommunen och andra huvudmän.* Det behövs både en tydlig redovisning av de kostnader som är kopplade till insatsen och de ekonomiska resultaten av att införa insatsen, för att möjliggöra en hälsoekonomisk analys (exempelvis besparingar kopplade till ett minskat resursutnyttjande). Redovisningen kan innehålla kostnader för bland annat personal, lokaler, utbildning och eventuella IT-stöd. Kostnader redovisas helst per person och för en definierad tidsperiod, exempelvis för en genomsnittlig insatsperiod eller per månad. De ekonomiska resultaten kan följas upp för både den kommunala verksamheten, exempelvis minskning av hemtjänst eller behov av särskilt boende, och för regionala hälso- och sjukvården, exempelvis minskning av återinskrivningar eller akutbesök.

---

<sup>144</sup> Randomisering innebär att lottnings till experimentgrupp och kontrollgrupp har styrts vilken insats personen kommer få.

8. *Uppföljning av de närståendes upplevda hälsotillstånd och livskvalitet, samt av tid för informell vård.* Det sistnämnda kan användas för att följa upp indirekta kostnader för samhället, i form av exempelvis produktionsbortfall för anhörigvårdare.

### **Checklista vid hälsoekonomisk uppföljning**

En tydlig metodik behöver finnas, för att man ska kunna dra slutsatser och jämföra resultat. Det innebär att följande är bra att tänka på:

- Tydliga definitioner och beskrivningar av vad som ingår i en insats, och vilka avgränsningar som har gjorts.
- En avgränsning av målgruppen som får insatser med tydliga inklusions- och exklusionskriterier.
- En tillräckligt stor studiepopulation. Man kan behöva samarbeta med andra vårdgivare för att samla in data.
- En jämförbar kontrollgrupp som kan följas upp över tid
- Mäta och följa upp valda variabler vid inledningen, vid avslut, samt över en längre tid.
- Följa upp insatsens effekt av omsorgsbehov, samt nytta för individen.
- Följa upp en insats direkta kostnader för både kommunen och andra huvudmän.
- Följa upp närståendes upplevda hälsotillstånd och livskvalitet, samt tiden för informell vård som är utförd av dessa.



# Referenser

1. Kunskapsunderlag Hälsoekonomi för rehabilitering i hemmet. Socialstyrelsen; 2023.
2. Kunskapsunderlag rehabilitering i hemmet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
3. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
4. Stöd till kunskapsbaserad rehabilitering i kommunal hälso- och sjukvård – en förstudie. 2020.
5. Insatser under 2021 för att främja omställningen till en god och nära vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
6. Kunskapsguiden Personcentrering. 22-11-28 Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-varld/personcentrering/personcentrering-utifran-organisations-och-ledningsperspektiv/>
7. Nollvision. För en demensvård utan tvång och begränsningar. Stockholm: Svenskt Demenscentrum; 2015.
8. Dudas K, Olsson L-E, Wolf A, Swedberg K, Taft C, Schaufelberger M, et al. Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013; 12(6):521-8.
9. Fors A, Ekman I, Taft C, Björkelund C, Frid K, Larsson MEH, et al. Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care - A randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*. 2015; 187:693-9.
10. Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården [Elektronisk resurs]. 2021.
11. För ökad trygghet och kontinuitet i primärvården. Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
12. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
13. SBU. Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer - interdisciplinära team [Elektronisk resurs]: SBU; 2015.
14. Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården [Elektronisk resurs]. 2022.
15. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
16. Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom : en modell för mångprofessionell samverkan för personcentrerad vård och omsorg vid demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
17. Almevall A, Nordmark S, Niklasson J, Zingmark K. Experiences of home as an aspect of well-being in people over 80 years: A mixed method study. *Journal of Advanced Nursing*. 2022; 78(1):252-63.
18. Dahlin-Ivanoff S, Haak M, Malmgren Fänge A, Iwarsson S. The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2007; 14(1):25-32.
19. Ekstedt M, Flink M. Hemsjukvård : olika perspektiv på trygg och säker vård. Stockholm: Liber; 2019.

20. FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Regeringskansliet Socialdepartementet; 2008.
21. Holmberg M, Valmari G, Lundgren SM. Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012; 26(4):705-12.
22. Agera för säker vård : nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2020.
23. Nationell anhörigstrategi - inom hälso- och sjukvård och omsorg [Elektronisk resurs]. 2022.
24. Barn som anhöriga : konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
25. Våld : handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
26. Anmäla oro för barn : stöd för anmälningsskyldiga och andra anmälare. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
27. Stärkt patientsäkerhetsarbete i kommuner Genomförandestöd till verktyg för stärkt patientsäkerhetsarbete. SKR; 2020.
28. Samlat stöd för patientsäkerhet Ledning och styrning. 2022-06-27. Hämtad 2020-01-13 från:  
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/ledning-och-styrning/overgripande-malsattning/>
29. Nationellt ramverk för patientsäkerhet. Sveriges kommuner och landsting
30. Andersson A, Estling E. Patientsäkerhet i kommunal hälso-och sjukvård. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2017.
31. Samlat stöd för patientsäkerhet Risker och vårdskador. 2022-05-11. Hämtad från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/>
32. Anne-Helen; A, Kristina; K. National statistics of interventions in Municipal Health Care using the Swedish Classification of Health Care Interventions. Poster Booklet. Poster ID 509. WHO-FIC 2022 Annual meeting: Geneva, Switzerland; 2022.
33. Karlsson M. Att styra mot uthållig organisatorisk samverkan i hälso- och sjukvårdsprocesser: Främjande och motverkande faktorer. Luleå: Luleå tekniska universitet; 2021.
34. Almborg Ann-Helen, Kristina K. National statistics of interventions in Municipal Health Care using the Swedish Classification of Health Care Interventions. 2022.
35. Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
36. IVO. Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande [Elektronisk resurs]: Inspektionen för vård och omsorg; 2018.
37. National Early Warning Score 2 NEWS2 - Övervakning och bedömning av vitalparametrar Löf (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag); 2018.
38. SKR. Nära vård i hemmet för äldre : inspiration för dig som arbetar inom vård och omsorg: SKR 2021.
39. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 : utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

40. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021 : utvecklingen i regioner och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
41. Sveriges prehospitala akutsjukvård -nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
42. Krisberedskap i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård 2018. Stockholm: Socialstyrelsen.
43. Behov av förbättrade vårdövergångar vid stroke. 2020-05-27. Hämtad från: [https://nyheter.ki.se/behov-av-forbattrade-varldovergangar-vid-stroke](https://nyheter.ki.se/behov-av-forbatttrade-varldovergangar-vid-stroke)
44. Samlat stöd för patientsäkerhet Kommunikation och informationsöverföring. 2022-09-15. Hämtad från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varldskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/>
45. Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering. Riksdagstryckeriet, Stockholm: Riksdagen; 2017.
46. Vad har IVO sett 2021? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2021. IVO; 2022.
47. Journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården : handbok vid tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40). Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
48. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022 : uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
49. Förskrivning av hjälpmedel : stöd vid förskrivning av hjälpmedel till personer med funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
50. Hemmet – platsen för framtidens vård och omsorg med stöd av digitala tjänster och produkter. SKR.
51. Iyawa GE, Herselman M, Botha A. Digital Health Innovation Ecosystems: From Systematic Literature Review to Conceptual Framework. *Procedia Computer Science*. 2016; 100:244-52.
52. Egenmonitorering hälso-och sjukvård. 2023-01-25. Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/ehalsa/egenmonitoreringdigitala produkter.15226.html>
53. C-G Östensson KS, Ulf Westling. Swelife Diabetes En implementeringsstudie om egenmonitorering för diabetespatienter.: Karolinska Institutet; 2021.
54. Välfärdsteknik Forskningsartiklar kring välfärdsteknik och en summering av de etiska aspekterna. Socialstyrelsen; Myndigheten för delaktighet; 2017.
55. Paillard-Borg S, Fratiglioni L, Xu WL, Winblad B, Wang HX. An active lifestyle postpones dementia onset by more than one year in very old adults. *Journal of Alzheimer's disease* : JAD. 2012; 31(4):835-42.
56. Rosano C, Simonsick EM, Harris TB, Kritchevsky SB, Brach J, Visser M, et al. Association between Physical and Cognitive Function in Healthy Elderly: The Health, Aging and Body Composition Study. *Neuroepidemiology*. 2005; 24(1-2):8-14.
57. Rehabilitering för hemmaboende äldre personer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
58. Older people: independence and mental wellbeing. 2015. Hämtad 2022 från: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng32/chapter/Recommendations>
59. Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer [Elektronisk resurs]. 2016.

60. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
61. Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor – prevention och behandling. Nationellt programområde för levnadsvanor; 2021.
62. Börjesson M, Dohrn I-M. FYSS 2021: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Läkartidningens Förlag; 2021.
63. Amcoff E. Riksmaten - vuxna 2010-11: Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige. . Uppsala: Livsmedelsverket;; 2012.
64. Att förebygga och behandla undernäring : kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2020.
65. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2019; 38(1):10-47.
66. Kunskapsguiden Alkohol. 2020-03-31 Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/mat-och-naring-for-aldre-personer/alkohol/>
67. Brandrisk för särskilt utsatta. 2021-12-01 Hämtad 2022-11-03 från: <https://www.msb.se/sv/amnesomraden/skydd-mot-olyckor-och-farliga-amnen/brandskydd/starkt-brandskydd-for-sarskilt-riskutsattany-sida/>
68. Kunskapsguiden Munvård för äldre. 2016-02-29. Hämtad från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/munvard-for-aldre-personer/>
69. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
70. Blåsdysfunktion hos äldre personer : indikatorer vid urininkontinens och andra symtom vid vård av äldre personer i särskilt boende eller hemsjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
71. Fallprevention, en kostnadseffektiv åtgärd? Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
72. Vård och omsorg för äldre : Lägesrapport 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
73. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and ageing*. 2022; 51(9).
74. Samlat stöd för patientsäkerhet Trycksår. 2022-05-17. Hämtad 2019-12-19 från: <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varnskador/varnskador/trycksar>
75. Vägledning för att förhindra ofrivillig ensamhet bland äldre personer - Primärvård och äldreomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
76. Dahlberg L, Frank A, Lennartsson C, McKee K, Naseer M, Rehnberg J. Ensamhet bland äldre personer i Norden [Elektronisk resurs]. Copenhagen: Nordisk Ministerråd; 2020.
77. Öppna jämförelser 2022 Resultat från undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
78. Kramer SE, Kapteyn TS, Kuik DJ, Deeg DJH. The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. *Journal of Aging and Health*. 2002; 14(1):122-37.

79. Förebygg ofrivillig ensamhet hos äldre personer – fakta och reflektionsfrågor avsett för hemtjänst och särskilt boende för äldre. Socialstyrelsen; 2022.
80. Björkman Randström K, Asplund K, Paulson M, Svedlund M. Hemmet som arena för äldres rehabilitering. Östersund: Mittuniversitetet; 2013.
81. Bergström A, Vik K, Haak M, Metzeltin S, Graff L, Hjelle KM. The jigsaw puzzle of activities for mastering daily life; service recipients and professionals' perceptions of gains and changes attributed to reablement—A qualitative meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2022;1-12.
82. Antonovsky A, Elfstadius M. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur; 2005.
83. Andersson L. Att få leva tills jag dör : om ett rehabiliterande synsätt. Solna: Fortbildningsförlaget; 2006.
84. Pettersson C, Iwarsson S. Vardagsrehabilitering - en kunskapsöversikt: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2015.
85. Högstedt K, Johansson K. Hälsofrämjande hemtjänst. Stockholm: Nestor,; 2021.
86. Rehabiliterande & aktiverande förhållningssätt. Studiehandedning för dig som arbetar inom vård och omsorg. Haninge: Nestor FoU-center; 2012.
87. Dagverksamhet för personer med demenssjukdom : en vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
88. Metzeltin SF, Rostgaard T, Parsons M, Burton E. Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing & Society*. 2022; 42(3):703-18.
89. Zingmark M, Kylén M. Feasibility of a reablement-program in a Swedish municipality. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2022;1-12.
90. Assander S, Bergström A, Eriksson C, Meijer S, Guidetti S. ASSIST: a reablement program for older adults in Sweden - a feasibility study. *BMC Geriatrics*. 2022; 22(1):1-20.
91. Winkel A, Langberg H, Wæhrens EE. Reablement in a community setting. *Disability and rehabilitation*. 2015; 37(15):1347-52.
92. Lewin GF, Alfonso HS, Alan JJ. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clinical interventions in aging*. 2013; 8:1273-81.
93. Tessier A, Beaulieu M-D, McGinn CA, Latulippe R. Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthcare policy = Politiques de sante*. 2016; 11(4):49-59.
94. Tuntland H, Aaslund MK, Langeland E, Espehaug B, Kjekken I. Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. 2016.
95. Zingmark M, Evertsson B, Haak M. Characteristics of occupational therapy and physiotherapy within the context of reablement in Swedish municipalities: A national survey. *Health & social care in the community*. 2020; 28(3):1010-9.
96. Trygg hemgång – intensiva hemtjänstinsatser vid utskrivning från slutenvård (SBU). 2021 2021-11-01. Hämtad från: <https://www.sbu.se/ut202124>
97. Nationella riktlinjer för vård vid stroke, Stöd för styrning och ledning 2020 Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

98. Stroke. NaN. Riktlinje för tidig understödd utskrivning från sjukhus med rehabilitering i hemmet efter stroke. version 3: Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Sveriges regioner i samverkan; 2022.
99. Almroth L. Specialiserad rehabilitering i hemmet/ESD i hela Skåne. Malmö: Region Skåne, Framtidskontoret; 2021.
100. Magnus Z, Fredrik N. Transitions between levels of dependency among older people receiving social care – a retrospective longitudinal cohort study in a Swedish municipality. *BMC Geriatrics*. 2021; 21(1):1-8.
101. Återrapporeringen av stimulansmedel för God och Nära vård 2021 - Internt arbetsmaterial. Socialstyrelsen; 2022.
102. Hur kan ICF användas? En manual för användning av Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
103. Individens behov i centrum : ett stöd för att använda ICF och strukturerad dokumentation i socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
104. Informationsutbyte vid utskrivning från slutenvård. 2022 2022-06-16. Hämtad 2022 2022-05-16 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/tillampning-av-klassifikationer-urval/informationsutbyte-vid-utskrivning-fran-sluten-varld/>
105. Chadborn NH, Goodman C, Zubair M, Sousa L, Gladman JRF, Dening T, et al. Role of comprehensive geriatric assessment in healthcare of older people in UK care homes: realist review. *BMJ Open*. 2019; 9(4):e026921.
106. Parsons JGM, Parsons MJG. The effect of a designated tool on person-centred goal identification and service planning among older people receiving homecare in New Zealand. *Health & social care in the community*. 2012; 20(6):653-62.
107. Nationell informationsstruktur 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
108. Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård; 2022.
109. Patientdelaktighet i hälso- och sjukvård - minimikrav för personcentrerad vård. Stockholm: Svenska Institutet för Standarder (SIS); 2020.
110. Lexell J R-FM. Rehabiliteringsmetodik: Lund: Studentlitteratur; 2017.
111. Om standardiserade bedömningsmetoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
112. Kang E, Kim MY, Lipsey KL, Foster ER. Person-Centered Goal Setting: A Systematic Review of Intervention Components and Level of Active Engagement in Rehabilitation Goal-Setting Interventions. *Arch Phys Med Rehabil*. 2022; 103(1):121-30.e3.
113. Richard J. Siegert WML. Rehabilitation goal setting : theory, practice and evidence: Boca Raton: CRC Press;; 2015.
114. Rullstolar och tilläggsutrustning. Utvärdering av effekt, upplevelser och erfarenheter samt kostnadseffektivitet. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022.
115. Säkra personflyttningar - en forskningsbaserad guide för bättre arbetsmiljö. Myndigheten för arbetsmiljökunskap; 2022.
116. Scobbie L, Thomson K, Pollock A, Evans J. Goal adjustment by people living with long-term conditions: A scoping review of literature

- published from January 2007 to June 2018. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2021; 31(8):1314-45.
117. Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-Year Outcomes of Frailty in Older Adults in Relation to Deficit Accumulation. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010; 58(4):681-7.
  118. Analysverktyg patientsäkerhet. Hämtad från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/systematiskpatientsakerhetsarbete/analysverktygpatientsakerhet.33406.html>
  119. Emelie Heintz, Kinza Degerlund Maldi, Arpana Sharma, Bobby Simarmata, Davidson T. Externa effekter hos närstående vid beslut om subvention av läkemedel: Karolinska institutet; 2022.
  120. Markörbaserad journalgranskning inom hemsjukvård : för att identifiera och mäta skador och kvalitetsbrister i vården : handbok. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2019.

# Bilaga 1. Rehabilitering - nationella rekommendationer samt kvalitetsmått

**Tabell 1. Några exempel på nationella rekommendationer (från 2022) inom rehabiliteringsområdet, som är möjliga att utföra i hemmet**

Diagnos	Hälso- och sjukvården bör bland annat erbjuda	Vid följande tillstånd
Stroke	Tidig understödd utskrivning från sjukhus till hemmet där ett multidisciplinärt stroke team både koordinerar utskrivning och utför fortsatt rehabilitering i hemmiljön	Lindrig till måttlig stroke.
	ADL-träning i hemmet efter utskrivning	Nedsatt ADL-förmåga efter stroke.
	Anpassning av omgivningsfaktorer för att öka aktivitet och delaktighet	Nedsatt ADL-förmåga efter stroke.
	Fallpreventiva åtgärder.	Ökad risk för fall efter stroke.
	Konditions- och styrketräning.	Inaktivitet efter stroke.
Demens	Multiprofessionellt teambaserat arbete inom vård och omsorg	Demenssjukdom
	Strukturerad utredning av funktions- och aktivitetsförmågan som en del i utredningen samt underlag för fortsatt vård- och omsorgsplanering.	Misstänkt demenssjukdom.
	Individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel.	Demenssjukdom
	Diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument	Demenssjukdom
	Strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av fysiska skyddsåtgärder.	Demenssjukdom och insatta fysiska skyddsåtgärder.
	Strukturerade och kontinuerliga utvärderingar av välfärdsteknik	Demenssjukdom och insatt välfärdsteknik.
Rörelseorganens sjukdomar	Diagnostik med stöd av en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd.	Symtom som ger misstanke om artros i knä eller höft.
	Fysisk träning	Artros i knä eller höft.
	Patientutbildning som tillägg till fysisk träning	Artros i knä eller höft.
	Regelbunden fysisk träning.	Inflammatorisk reumatisk sjukdom (reumatoid artrit, axial spondylartrit och psoriasisartrit).
	Strukturerad individanpassad handträning med handledning.	Reumatoid artrit eller psoriasisartrit, med nedsatt funktion i händerna.
	Teamrehabilitering i öppen vård.	Tidig reumatoid artrit, axial spondylartrit eller psoriasisartrit. Etablerad reumatoid artrit, axial spondylartrit eller psoriasisartrit.
Astma/KOL	Patientutbildning och stöd i egenvård, individuellt eller i grupp.	Astma, vuxen.



	Interprofessionell samverkan.	KOL
	Bedömning av hälsostatus med frågeformuläret CAT.	KOL
	Mätning av fysisk kapacitet med sex minuters gångtest.	KOL
	Konditions- och styrketräning.	KOL, nedsatt fysisk kapacitet.
	Energibesparande tekniker.	KOL, ADL-problematik
	Nutritions-behandling, näringsdryck.	KOL, BMI < 22
MS och Parkinsons sjukdom	Tillgång till multidisciplinärt team.	MS och Parkinsons sjukdom.
	Rehabiliteringsinsatser av sväljförmåga, kompensatoriska strategier	Parkinsons sjukdom, dysfagi.
Diabetes	Stöd till ökad fysisk aktivitet.	Typ 1 och typ 2-diabetes.
	Interventioner riktade till patienten, och som syftar till att stärka patientens empowerment.	Diabetes och bristande delaktighet i den egna vården.

Källa: Socialstyrelsen.se Regler och riktlinjer: nationella riktlinjer  
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>  
 För fullständig lista på rekommendationer se aktuell nationell riktlinje för respektive diagnos.

**Tabell 2. Exempel på källor för jämförelser av resultat kopplade till rehabilitering i hemmet**

Vad egenkontrollen kan innefatta	Exempel inom rehabilitering i hemmet
Jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister.	I <i>Senior Alert</i> , kan en verksamhet följa riskbedömningar, åtgärder och uppföljningar för bl.a. fall, undernäring och trycksår. I <i>Svenska palliativregistret</i> kan smärta och trycksår följas. I <i>BPSD</i> <sup>145</sup> registret kan teamarbete i syfte att minska utåtagerande beteende vid demens, följas upp.
Jämförelser av verksamhetens resultat, dels med uppgifter i öppna jämförelser, dels med resultat lista på andra verksamheter.	I <i>Kolada</i> <sup>146</sup> finns flera nationella mått samlade, se tabell XX. <i>Äldreguiden</i> jämför olika hemtjänstutförare och äldreboenden. Här framgår bl.a. hur ofta ett äldreboende erbjuder styrke- och balansträning, och andelen personer som har en individuell plan för sina måltider.
Jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat.	Det går bl.a. att följa antalet upprättade rehabiliteringsplaner via <i>statistikdatabasen för den kommunala hälso- och sjukvården, KVÅ</i> . Verksamheten kan studera sin följsamhet till standardiserade nationella vårdförlopp, förskrivningsprocessen, samt lokala rutiner och processer om rehabilitering i hemmet. Verksamheten kan följa upp sina mål i samband med rehabilitering, och nyckeltal från bedömningsinstrument.
Granskning av journaler.	Markörbaserad journalgranskning är en metod för att genom journalgranskning identifiera och mäta skador och kvalitetsbrister[120]. I kollegial granskning kan verksamheten t.ex. granska om mål finns i planen och om uppföljningar gjorts enligt lokala rutiner. <sup>147</sup>
Undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos	Undersöka rehabiliterande förhållningssätt/arbetsätt med t.ex. intervjuer

<sup>145</sup> Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens.

<sup>146</sup> Kolada är en databas från Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA). RKA är en ideell förening med svenska staten och Sveriges Kommuner och Regioner som medlemmar.

<sup>147</sup> Workshops och dialogsamtal med verksamhetsföreträdare 2022.

personalen, som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet.	eller webenkäter med patienter och omvårdnadspersonal. Patientsäkerhetskulturmätningar.
Analys av uppgifter från patientnämnder.	Information om patienters upplevelser av vården som kommer via patientnämnden är värdefull för att utveckla verksamhetens kvalitet.
Hämta in synpunkter från revisorer och intressenter.	Information från revisorer och intressenter är värdefull för att utveckla verksamhetens kvalitet.

**Tabell 3. Exempel på nyckeltal med koppling till rehabilitering i hemmet från databasen Kolada**

Nyckeltal	Anmärkningstext i Kolada
Fallskador bland personer 80+, 3-årsm, antal/1000 inv.	Antal personer som vårdats i slutenvård pga. fallskador per 1000 invånare som är 80 år och äldre. Fallolycka definieras genom de yttre orsakskoderna W00-W19, enligt klassifikationen ICD 10 - SE. Avser endast personer som blivit in- och utskrivna från sjukhus pga. fall. Avser genomsnitt för tidsperioden år T-2 till år T. Källa: Socialstyrelsen Patientregistret
Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - Offentlig regi - hälsotillstånd och rörelseförmåga, andel (%)	Detta är ett utvecklingsnyckeltal, se frågor och svar på kolada.se för mer information. Måttet visar hur stor andel av personerna med beslut om permanent särskilt boende i enskild regi, som uppger att de har dålig hälsa och dålig rörelseförmåga. Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen samt SKR:s och Socialstyrelsens Öppna jämförelser - vård och omsorg om äldre.
Multiprofessionella team för personer med demenssjukdom i ordinärt boende	Detta är ett utvecklingsnyckeltal, se frågor och svar på kolada.se för mer information. Kommunen erbjuder vård och omsorg av multiprofessionella demensteam till personer med demenssjukdom i ordinärt boende. Med multiprofessionella team avses en grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner eller kompetenser som samarbetar kring den enskildes behov. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät ÖJ socialtjänst.
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa för personer i särskilt boende, andel (%)	Detta är ett utvecklingsnyckeltal, se frågor och svar på kolada.se för mer information. Andel personer i särskilt boende med risk för fallskada, undernäring, trycksår eller nedsatt munhälsa och där minst en åtgärd mot riskområdet utförts. Källa: Senior Alert.
Strokeinriktad rehabilitering av multiprofessionella rehabiliteringsteam i ordinärt boende	Detta är ett utvecklingsnyckeltal, se frågor och svar på kolada.se för mer information. Kommunen erbjuder strokeinriktad rehabilitering i ordinärt boende av multiprofessionella rehabiliteringsteam till personer som fått stroke och har milda eller måttliga symtom. Med multiprofessionella rehabiliteringsteam avses en grupp av vård- och omsorgspersonal med kunskap om strokesjukvård. Insatsen kan bedrivas i egen eller annan regi. Källa: Socialstyrelsens kommunenkät ÖJ socialtjänst.

## Bilaga 2. Metod

### Varför vi tar fram kunskapsstöd

Socialstyrelsen tar fram kunskapsstöd med eller utan nationella rekommendationer. Kunskapsstöden baseras på bästa tillgängliga kunskap och ska bidra till en god vård och omsorg på lika villkor. Kunskapsstöd fokuserar på områden där behovet av vägledning är som störst. Det kan exempelvis vara områden där kunskapsläget är osäkert, eller där det finns omotiverade praxisskillnader. Socialstyrelsens kunskapsstöd täcker inte in alla frågeställningar inom ett område. De kan ge vägledning och rekommendationer om åtgärder på gruppnivå och kan med fördel vara en utgångspunkt när vårdgivarna tar fram till exempel vårdprogram och vårdförlopp. Beslut om vilka kunskapsstöd som Socialstyrelsen tar fram fattas av myndigheten eller kommer på uppdrag direkt från regeringen.

### Underlag för kunskapsstöd

Kunskapsunderlag till Socialstyrelsens kunskapsstöd, bygger på bästa tillgängliga kunskap i form av vetenskap och beprövad erfarenhet. Vid den vetenskapliga sammanställningen för underlaget använder vi i första hand vetenskapligt genomförda systematiska översikter av god kvalitet. Om det inte finns översikter av god kvalitet kan även en sammanvägning av enskilda effektstudier användas om resultatet av dessa och ensammanvägning av resultat har tillräckligt god kvalitet.

### Varför ett kunskapsstöd för hälso- och sjukvård i hemmet

Arbetet med kunskapsstödet utgår från de behov av stöd som identifierades i en förstudie kring kommunal hälso- och sjukvård som genomfördes 2018, i samverkan med partnerskapet med Sveriges kommuner och regioner, SKR (då SKL) och de Regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) för kommunalt finansierad hälso- och sjukvård[3]. I förstudien framkom att det behövs stöd för att främja samverkan mellan huvudmän och vårdgivare samt mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det framkom också behov av kunskapsbaserade stöd som är anpassade till kommunernas behov och förutsättningar bland annat kring omvårdnad, prevention, rehabilitering och habilitering. Utifrån förstudien prioriterades att under 2019 genomföra en förstudie specifikt kring rehabilitering[4]. Behovsinventeringen i det arbetet gjordes med ett brett anslag för att fånga de behov som finns kring kommunal rehabilitering. Parallellt fick Socialstyrelsen uppdraget att stödja omställningen till god och nära vård som innebar flera olika projekt inom många olika områden i omställningen.

Förstudien för rehabilitering inom kommunal hälso- och sjukvård landade i behov av ett kunskapsstöd för den rehabilitering som bedrivs i hemmet och dess slutsatser ligger till grund för avsnittet om rehabilitering inom kunskapsstödet samt för *Kunskapsunderlag rehabilitering i hemmet*[2] och *Kunskapsunderlag – Hälsoekonomiska effekter av rehabiliteringsinsatser i hemmet*[1].

## Hur vi tagit fram innehållet i kunskapsstödet

För att identifiera områden inom hälso- och sjukvård i hemmet som behöver nationellt stöd har vi haft flera dialoger med sakkunniga och intressenter inom områdena, både internt och externt. Dialogerna har förts utifrån kompetens och erfarenheter i relation till vård, inklusive specialiserad vård, och rehabilitering i hemmet. Resultaten av dialogerna och behoven, som tidigare uppmärksammats i förstudien, har legat till grund för innehållet i kunskapsstödet.

Vi har haft kontinuerligt samtal med kunniga inom olika områden internt på Socialstyrelsen. Det är personer med kompetens och erfarenhet inom:

- patientsäkerhet
- kommunal- och regional hälso- och sjukvård
- juridik
- socialtjänst
- krisberedskap
- barn- och unga
- äldre
- god och nära vård
- inom rehabilitering och hjälpmedel.

Vi har genomfört ett flertal dialogmöten med professionsföreträdare, patientföreningar, beslutsfattare och yrkesföreträdare från regioner och kommuner inom olika vårdnivåer.

Från dessa interna och externa dialoger utkristalliserades ett antal områden kopplat till vård och rehabilitering i hemmet som behöver stöd från Socialstyrelsen.

Deltagande aktörer se bilaga 3.

## Löpande samverkan och dialoger

Vi har, vid framtagandet av kunskapsstödet, samverkat löpande med SKR och aktörer inom nationella kunskapsstyrningssystemet, exempelvis nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin. Samverkan har också skett med Nationell arbetsgrupp (NAG) Medicinsk samverkan och läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

Arbets sättet har varit iterativt med ett flertal avstämningar under tiden för framtagandet av kunskapsstödet, med interna och externa aktörerna, för att

säkerställa att arbetet fokuserade på betydelsefulla områden inom nära vård som behöver nationellt stöd.

I mars 2022 genomfördes en digital workshop med representanter från olika delar av landet. Syftet med denna var att få en bild av vad kunskapsstödet skulle innehålla, vilka områden som ansågs viktiga att lyfta fram i stödet. Inför denna workshop hade Socialstyrelsen tagit fram några teman. Dessa användes som underlag för diskussioner som fördes både i mindre och större grupper. Resultatet i workshopen belyste behov av stöd, särskilt till den kommunala hälso- och sjukvården. Det framkom färre uppgifter om behov av stöd för den specialiserade vården.

Under våren 2022 har också flera olika intervjuer genomförts.

För att inventera specialiserade vårdens medverkan i omställningen genomfördes gruppintervjuer med fyra regioner. Syftet med dessa intervjuer var att få en fördjupad bild av den specialiserade vårdens medverkan och roll i omställningen för nära vård. Urvalet var chefer, beslutsfattare från specialiserad vård och primärvård, läkare från primärvård och specialiserad vård. Vid intervjuerna deltog även ansvariga för omställningen nära vård.

Tre andra intervjuer har genomförts med enskilda personer med ansvar inom nära vård. En medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), en enhetschef för ett särskilt boende och en verksamhetschef för kommunal hälso- och sjukvård. Vidare genomfördes ytterligare en intervju med en representant för Vårdförbundet tillsammans med en verksamhetschef för hemsjukvård. Syftet med dessa fyra intervjuer var att under arbetets gång säkerställa innehåll och relevansen i kunskapsstödet.

## Informationssökning

Kunskapsstödet hälso- och sjukvård i hemmet har tagits fram utifrån Socialstyrelsens delprocess för att ta fram kunskapsstöd med eller utan rekommendationer. Utifrån resultatet av dialogerna och samverkan genomfördes sedan litteratursökningar för att identifiera befintlig kunskap inom områdena. Kunskapsstödet innehåller baseras på resultaten från litteraturgenomgången och inkluderar

- nationell statistik,
- statliga utredningar och propositioner,
- olika typer av förstudier, uppföljningar och rapporter från Socialstyrelsen och andra myndigheter,
- olika typer av kunskapsbaserade stöd från Socialstyrelsen, exempelvis nationella riktlinjer
- vetenskaplig litteratur.

## Arbetsätt för att ta fram svensk benämning av begreppet "reablement"

Inom internationell forskning används ibland begreppet reablement för ett sätt att bedriva rehabilitering i hem och i dess närmiljö. Vad som ingår i begreppet reablement har varierat mellan olika länder och vetenskapliga studier. Det har därför gjorts en internationell konsensus kring innehållet i reablement[88].

I Socialstyrelsens arbete med att ta fram ett kunskapsstöd för rehabilitering i hemmet identifierades ett behov av att formulera ett svenskt begrepp för reablement, samt en översättning av innehållet på svenska, för att kunna beskriva hur man kan arbeta med rehabilitering i hemmet på olika sätt. Syftet var ett begrepp ska utgå från den internationellt framtagna konsensusdefinitionen av begrepp och innehåll.

### *Metod och genomförande*

Initialt samrådde projektet med en terminolog på Socialstyrelsen om svenska termer inom rehabiliteringsområdet. För att hitta en svensk översättning av ordet reablement, beslöts att först översätta definitionen. Till det anlätades en professionell engelskspråkig översättare för att översätta den internationella definitionen från engelska till svenska. Därefter skickades översättningen till sakkunniga svensktalande forskare inom den internationella forskargruppen ReAble Network<sup>148</sup>, vara av 3 svarade samt till personer inom nätverket för medicinskt ansvariga för rehabilitering, MAR- nätverket, vara av 3 svarade. Dessa fick reflektera över den svenska översättningen generellt men också och komma med kommentarer på val av specifika ord i översättningen.

Socialstyrelsen sammanställde kommentarerna från de sakkunniga (forskare och MAR), stämde av med sakkunnig på myndigheten samt med den anlitade sakkunniga experten i projektet. En ny text formulerade utifrån kommentarerna. Därefter skickades den redigerade texten ut till forskare och MAR igen för verifiering av den slutgiltiga svenska definitionen. Denna gång inkom svar från 5 forskare och 3 MAR. Efter andra utskicket, bearbetades förslagen av sakkunnig på myndigheten samt med den anlitade sakkunniga experten i projektet.

Slutligen har texten granskats av en extern språkgranskare. Det är denna version som återfinns i kunskapsstödet.

Parallellt med första översättningen av definitionen fick gruppen forskare och sakkunniga ge förslag på svensk benämning för reablement. Dessa personer ombads i en andra omgång att rangordna (1–3) de förslag på svensk benämning för reablement som inkommit efter första utskicket till de två grupperna. Det fanns en plan att göra ett konsensusförfarande via digitala enkäter till yrkesverksamma och forskare i Sverige för att, utifrån den svenska översättningen, enas om ett begrepp på svenska. Detta bedömdes slutligen inte rymmas inom uppdraget och Socialstyrelsen har i detta kunskapsstödet valt att använda det engelska begreppet, reablement. De inkomna förslagen var teambaserad hemrehabilitering, strukturerad hemrehabilitering, intensiv hemrehabilitering, vardagsrehabilitering, hem- och vardagsrehabilitering, återerövra funktion och vardagliga aktiviteter samt reablement.

---

<sup>148</sup> <https://reable.auckland.ac.nz/>

## Bilaga 3. Deltagande aktörer

Många har bidragit med värdefull kunskap och kloka inspel till detta kunskapsstöd. Vi vill särskilt tacka alla externt deltagande organisationer, kommuner och regioner som bidragit med representanter i olika workshops, möten, samtal och läst utkast. Alla deltagare har bidragit med insikter både från sin arbetsplats, sin profession och sitt engagemang i professions eller patientföreningar. Nedan redogörs för de organisationer representanterna primärt rekryterades från.

Afasiförbundet  
Borgholms kommun  
Borlänge kommun  
Dals Eds kommun  
Distriktssköterskeföreningen Sverige  
Eskilstuna kommun  
FOU Sörmland  
Fysioterapeuterna  
Gävle kommun  
Hjärnkraft  
Lindesbergs kommun  
MAR-gruppen  
Melleruds kommun  
Mora kommun  
Nationell arbetsgrupp (NAG) Medicinsk samverkan och läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård  
Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin  
Nässjö kommun  
Nätverket ReAble, svenska företrädare  
Region Jönköping  
Region Kronoberg  
Region Skåne  
Region Uppsala  
Region Västerbotten  
Region Östergötland  
Reumatikerförbundet  
Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering  
Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldre- och demensvård  
SKR, Sveriges kommuner och regioner  
Skånes kommuner  
Strokeförbundet  
Svensk Förening för Allmänmedicin  
Svensk Förening för Palliativ Medicin  
Svensk förening för rehabiliteringsmedicin

Svensk Geriatrisk Förening  
Svensk sjuksköterskeförening  
Svenska Barnläkarföreningen  
Svenska Distriktsläkarföreningen  
Svenska logopedförbundet  
Svenska läkarsällskapet  
Sveriges Arbetsterapeuter  
Sveriges ortopedingenjörers förening  
Söderköping kommun  
Vårdförbundet  
Öckerö kommun

I kunskapsunderlaget *Hälsoekonomiska effekter av rehabiliteringsinsatser i hemmet* har Socialstyrelsen köpt tjänster av IHE - Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi samt Lumell Associates. Extern granskare av kunskapsunderlaget har varit Erik Rosendahl, professor Umeå universitet Institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, Fysioterapi.





**Hälso- och sjukvård i hemmet**  
(artikelnr 2023-3-8458) kan laddas ner från  
[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)