

# Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

Förstudie

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 2019-2-17  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

# Förord

Socialstyrelsen har tagit initiativ till en förstudie för att kartlägga och analysera hur myndigheten kan utöka och förbättra stödet till kommunal hälso- och sjukvård. Inriktningen har varit att förstärka stödet till kommunerna i rollen som huvudman för hälso- och sjukvården men också till verksamheter som utför kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

Arbetat har utförts i samverkan med Partnerskapet med SKL och de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS).

Rapporten riktar sig i första hand till Huvudmannagruppen och Rådet för styrning med kunskap. Den omställning som beskrivs i rapporten kommer att ha betydelse för kommuner, professionsorganisationer, företrädare för patienter och brukare och de kan också ha nytta av att ta del av rapporten.

I arbetet med förstudien har främst deltagit medarbetare från Avdelningen för styrning med kunskap inom socialtjänsten, Avdelningen för styrning med kunskap inom hälso- och sjukvården, Avdelningen för Statistik och jämförelser, Avdelningen för utvärdering och analys och Rättsavdelningen. Ansvarig avdelningschef har varit Jenny Rehnman och projektledare har varit folkhälsorådet Iréne Nilsson Carlsson.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
Patienter i kommunal hälso- och sjukvård har komplicerade hälsoproblem .....	7
Kommunerna verkar i en komplex miljö.....	7
Förslag till åtgärdsplan .....	8
Bakgrund, syfte och mål .....	10
Omfattning och avgränsningar.....	11
Metod och genomförande.....	12
Beskrivning av vårdlandskapet .....	14
Strukturer.....	14
Patienter i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården .....	19
Åtgärder i olika boendeformer och verksamheter .....	21
Diagnoser och dödsorsaker .....	23
Kvaliteten i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och närliggande omsorgen .....	24
Användning av e-hälsa och välfärdsteknik .....	29
Personalen inom kommunal hälso- och sjukvård .....	30
Målgruppsanalyser som berör kommunal hälso- och sjukvård och närliggande omsorg .....	33
Kunskapsluckor och exempel på stöd som kan utvecklas .....	36
Förutsättningar att beskriva vårdlandskapet.....	36
Underlag för jämförelser och analys.....	39
Fortsätta att utveckla dokumentation, uppföljning och analys .....	40
Anpassa kunskapsstöd till kommunal hälso- och sjukvård och närliggande omsorg .....	41
Förbättringsområden inom specifika hälsoproblem .....	44
Synpunkter och erfarenheter bland patienter, brukare och professioner	47
Patienter och brukare .....	47
Professionsorganisationer och yrkesgrupper.....	48
Analys och prioriteringar för 2019 och framåt .....	49



# Sammanfattning

Huvudmannagruppen har framfört att Socialstyrelsen bör utveckla stödet till den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har därför genomfört en förstudie för att analysera hur myndigheten bäst kan stärka stödet till hälso- och sjukvården med utgångspunkt från behoven i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och närliggande omsorgen. Förstudien har genomförts i samverkan med partnerskapet med SKL och de Regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS).

## Patienter i kommunal hälso- och sjukvård har komplicerade hälsoproblem

Kommuner och landsting har ett delat ansvar för hälso- och sjukvården. En utgångspunkt i förstudien är att Socialstyrelsens stöd ska främja samverkan mellan huvudmän och vårdgivare samt hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar får delar av sin vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunernas roll och ansvar avspeglas inte tillräckligt i beskrivningarna av hälso- och sjukvården och i en del av de nationella initiativ som har tagits för att utveckla hälso- och sjukvården.

Behoven av kommunal hälso- och sjukvård har förändrats. Kortare vårdtider och snabbare utskrivning av medicinskt färdigbehandlade patienter från sjukhusen leder till att åtgärder för rehabilitering och habilitering i större utsträckning behöver utföras i den kommunala hälso- och sjukvården. Den tekniska utvecklingen gör att även patienter med svårare hälsoproblem kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhus.

Många patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver vård för vanliga folksjukdomar, som t.ex. hjärtsjukdomar, diabetes, KOL, depression m.m. De behöver också åtgärder på grund av problem med inkontinens, undernäring och för att förebygga fall m.m. För en jämlik vård är det angeläget att kommunerna och verksamheterna har tillgång till kunskap om rekommenderade metoder. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) behöver goda förutsättningar för att fullgöra sitt ansvar att verka för en god och säker hälso- och sjukvård.

## Kommunerna verkar i en komplex miljö

Patienter i kommunal hälso- och sjukvård behöver ofta både vård och sociala insatser. Vårdåtgärder och sociala insatser kan behöva utföras av flera olika verksamheter och kan utföras både av verksamheter i egen regi och av andra utförare. Ofta kan många vård- och omsorgsgivare behöva samverka med en patient.

I en komplex miljö är en väl fungerande samverkan väsentlig för patienter och personal. Det finns risker när patienter flyttar mellan olika verksamheter,

t.ex. när det gäller överföring av information. Det finns risker att uppföljningen brister när en patient får insatser inom olika verksamheter. En samverkan som bygger på tillit mellan verksamheterna gör det lättare att få till ett förtroendefullt samarbete med fokus på patientens behov.

Kompetensförsörjningen är en utmaning för hälso- och sjukvården. Det finns behov av att kommuner och landsting tillsammans arbetar strategiskt med kompetensplanering, att utveckla attraktiva arbetsplatser och att satsa på kompetensutveckling av befintlig personal.

## Förslag till åtgärdsplan

Socialstyrelsen vill genom målgruppsanpassade stöd ge förutsättningar för en mer jämlik kommunal vård och omsorg av god kvalitet. För att stärka den kommunala hälso- och sjukvården behövs ett paket av insatser som involverar flertalet avdelningar på Socialstyrelsen under en längre period. De förslag som presenteras i förstudien syftar till att underlätta för kommunerna inom ramen för befintlig lagstiftning. Förslag från utredningen om en god och nära vård kan komma att leda till att ytterligare steg tas för att underlätta och tydliggöra kommunernas uppdrag inom hälso- och sjukvårdsområdet. I förstudien föreslås en flerårig åtgärdsplan med en årlig uppföljning som omfattar följande delar:

- 1. Beskrivning av de regler som styr kommunal hälso- och sjukvård**  
En beskrivning av gällande regler för att ge kommunerna bättre överblick av regelverket som styr hur de kan bedriva sin verksamhet.
- 2. Stöd till samverkan**  
Samla och sprida information om olika modeller för samverkan, överenskommelser som träffas och organisatoriska lösningar.
- 3. Synliggöra kommunal hälso- och sjukvård i beskrivningarna av hälso- och sjukvården**  
Systematiskt inkludera kommunal hälso- och sjukvård i beskrivningarna av hälso- och sjukvården.
- 4. Stöd till att utveckla mål och nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård**  
Utveckla nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård som kan användas för mål, uppföljning och jämförelser.
- 5. Stöd för kunskapsbaserad omvårdnad, prevention, rehabilitering, habilitering m.m.**  
Utveckla kunskapsbaserade stöd som är anpassade till kommunernas behov och förutsättningar.
- 6. Stöd till vård vid särskilda diagnoser**  
Med stöd av nationella riktlinjer, vägledningar och andra kunskapsstöda fram kunskapsbaserade stöd som anpassas till kommunernas behov och förutsättningar.



## **7. Stöd till kompetensutveckling**

Ta fram utbildningar, utbildningsmaterial och guidematerial för att stödja kommunernas arbete med kompetensutveckling av sin personal

Ett framgångsrikt genomförande av åtgärdsplanen förutsätter samverkan i Partnerskapet med Socialstyrelsen, SKL och Regionala samverkans- och stödstrukturen, samt med berörda nationella programområden inom systemet för kunskapsstyrning, myndigheter i rådet för styrning med kunskap och företrädare för patienter och professioner och andra yrkesgrupper. Varje delprojekt/aktivitet behöver vid fortsatt planering säkerställa samverkan och tillgång till kunskapsunderlag m.m. för ett behovsdrivet utvecklingsarbete och för att undvika dubbelarbete.

# Bakgrund, syfte och mål

Kommunerna svarar för en stor del av hälso- och sjukvården för många av de sköraste patienterna. Det gäller främst äldre och multisjuka och personer med stora funktionsnedsättningar. Behoven inom kommunal hälso- och sjukvård förväntas vara stora under överskådlig tid.

Den kommunala hälso- och sjukvården påverkas av ett extra stort förändringstryck. Nya bestämmelser om utskrivningsklara patienter ställer större krav både på kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utredningen om en god och nära vård, som presenterade ett delbetänkande i juni 2018 och slutbetänkande våren 2020, omfattar även den kommunala hälso- och sjukvården. Utredningen har bl.a. i uppdrag att analysera begreppen öppen respektive slutenvård. I uppdraget ingår även att utreda och lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Huvudmannagruppen med koppling till rådet för styrning med kunskap har framfört att de vill att Socialstyrelsen ger mer stöd till kommunerna för att underlätta deras uppdrag att ge en vård och omsorg av god kvalitet. Socialstyrelsen har mot bakgrund av huvudmannagruppens synpunkter tagit initiativ till ett projekt som syftar till att ge förslag på en plan för vilka stöd som Socialstyrelsen kan och bör erbjuda kommunerna och personalen i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och närliggande omsorgen. Det är angeläget att vården och omsorgen som ges är kunskapsbaserad.

Socialstyrelsen har en färdplan som styr myndighetens arbete och ett av inriktningsmålen är att samordna nationellt och styra mot god vård och omsorg. Socialstyrelsen ska stötta utvecklingen av socialtjänst och hälso- och sjukvård genom att lyssna till behov och samverka med andra. Målet när vi enligt färdplanen bland annat genom att våra produkter är anpassade på rätt sätt och distribueras i rätt kanaler så att våra målgrupper på ett enkelt sätt kan ta del av dem, att vi har en gemensam omvärldsanalys och digitala lösningar som underlättar och möter behoven.

## Effektmål

Genom målgruppsanpassade stöd ger vi förutsättningar för en mer jämlik kommunal vård och omsorg av god kvalitet.

## Projektmål

Vi har genomfört en förstudie som ger oss kunskap om mottagarnas behov av stöd och förutsättningar att ta emot stöd från Socialstyrelsen. Vi har tagit fram förslag på stödinsatser och en plan för vilka stöd som kan och bör erbjudas kommunerna eller personalen i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och närliggande omsorgen. Förstudien ska innehålla följande delar:

- En beskrivning av vårdlandskapet för patienter som vårdas i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och närliggande omsorg
- En redovisning av väsentliga kunskapsluckor
- Förslag till stöd som Socialstyrelsen bör erbjuda kommunerna eller personalen i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och omsorgen. Förslagen bör innehålla ett beslutsunderlag med tidplan för leverans och bedömning av resurser för att genomföra stödinsatserna.

## Omfattning och avgränsningar

Med kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och närliggande omsorg avses verksamhet som bedrivs i egen regi eller av andra utförare. Uppdraget fokuserar på hälso- och sjukvård, men omfattar också sådan omsorg som ofta ges samtidigt till personer som får kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

Projektet är en förstudie och innebär en bred kartläggning av vilken kompetens som finns inom Socialstyrelsens avdelningar och enheter när det gäller kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och närliggande omsorg.

Uppgifter som är aktuella att samla in och sammanställa gäller:

- Kunskap om strukturer, processer och resultat av den kommunala hälso- och sjukvården
- Behovs- och målgruppsanalyser som har genomförts på området
- Kunskapsstöd som Socialstyrelsen erbjuder den kommunala hälso- och sjukvården och närliggande omsorg
- Pågående arbete med att ta fram ytterligare kunskapsstöd till den kommunala hälso- och sjukvården och närliggande omsorg.

Med stöd i det insamlade materialet ska projektet analysera vilka gap som finns mellan kommunernas behov och det stöd som Socialstyrelsen erbjuder. Analysen ska omfatta om det saknas stöd om frågeområden som är viktiga för kommunerna och hur stöden bör utformas för att vara anpassade till kommunernas förutsättningar att använda stöden. Frågor om behov av och förutsättningar att använda digitaliserade stöd ingår att analysera. Socialstyrelsens möjligheter att ge det stöd som kommunerna behöver ska också analyseras och om det är lämpligare att stödet ges av någon annan myndighet eller aktör.

Socialstyrelsens analyser ska stämmas av med företrädare för kommuner och landsting, och det kan t.ex. ske genom Nationella programområden, NSK och NSK-S. Det kan också ske genom samverkan i Partnerskapet mellan Regionala samverkans- och stödstrukturerna, Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialstyrelsen. Analyserna behöver även stämmas av med brukare, patienter och professionsföreträdare. Förslag till stöd ska vidareutvecklas i dialog med företrädare för kommuner och landsting, brukare, patienter och professionsföreträdare.

Projektet ska samverka med myndigheter inom rådet för styrning med kunskap och med Sveriges kommuner och landsting samt med de regionala sam-

verkans- och stödstrukturerna. Den samverkan sker inom ramen för partnerskapet mellan RSS, Socialstyrelsen och SKL. Projektet ska följa arbetet i pågående statliga utredningar inom området, t.ex. utredningen om en god och nära vård.

## Metod och genomförande

1. En workshop har genomförts med alla berörda avdelningar och enheter för att skapa en översiktlig bild av:
  - Kunskap om strukturer, processer och resultat av den kommunala hälso- och sjukvården
  - Behovs- och målgruppsanalyser som har genomförts på området
  - Kunskapsstöd som Socialstyrelsen erbjuder den kommunala hälso- och sjukvården och närliggande omsorg
  - Pågående arbete med att ta fram ytterligare kunskapsstöd till den kommunala hälso- och sjukvården och närliggande omsorg.
2. Skriftliga underlag har samlats in från enheterna för att komplettera informationen från workshopen. En arbetsgrupp har analyserat materialet från workshopen och det skriftliga underlaget och analysen diskuteras med styrgruppen för projektet
3. Avstämning med externa intressenter  
Parallellt med Socialstyrelsens projekt har ett pilotprojekt om kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och närliggande omsorg startats inom partnerskapet mellan RSS, Socialstyrelsen och SKL. En uppgift för piloten har varit att diskutera utmaningar inom Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och vilka behov av stöd som finns från Socialstyrelsen. Utöver piloten inom partnerskapet har avstämningar skett med:
  - Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering
  - Brukare och patienter; t.ex. PRO, SPF, Funktionsrätt Sverige
  - Professionsföreträdare; t.ex. Kommunalarbetareförbundet, Vårdförbundet och Vision.
  - Myndigheter inom rådet för styrning med kunskap
  - Huvudmannagruppen med koppling till rådet för styrning med kunskap

Resultatet av arbetet ska sammanställas i en rapport med förslag till ledningsgruppen om hur arbetet bör tas vidare. Rapporten ska innehålla:

- En beskrivning av vårdlandskapet för patienter som vårdas i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Förstudien ska visa information som vi kan få fram om patienter som vårdas i den kommunala hälso- och sjukvården och vilka vårdinsatser de ges. Det ingår även att redovisa information vi kan få fram om insatser som patienter i den kommunala hälso- och sjukvården får från landstingen. Den kommunala hälso- och

sjukvårdens samverkan med socialtjänsten och den specialiserade hälso- och sjukvården ingår också i beskrivningen av vårdlandskapet. Möjligheten att följa indikatorer för god vård ingår också i kartläggningen av vårdlandskapet.

- En redovisning av väsentliga kunskapsluckor som framkommit vid kartläggningen av vårdlandskapet. I redovisningen ingår att översiktligt redovisa förutsättningarna att framöver få fram viktig information som saknas.
- Förslag till stöd som Socialstyrelsen bör erbjuda kommunerna eller personalen i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och omsorgen. Förslagen bör innehålla ett beslutsunderlag med tidplan för leverans och bedömning av resurser för att genomföra stödinsatserna.

# Beskrivning av vårdlandskapet

Detta kapitel beskriver vården för patienter som får hälso- och sjukvårdsinsatser i olika boendeformer och i det egna hemmet (hemsjukvård). Vården av patienter i dagverksamhet enligt socialtjänstlagen (2001:453) SoL och daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS omfattas också. Många patienter i kommunal hälso- och sjukvård får också vårdinsatser från landstingen och omsorg från socialtjänsten. Dessa samverkansytor beskrivs därför också som en del av vårdlandskapet.

## Strukturer

### Ansvar för hälso- och sjukvården

Landstinget har det övergripande ansvaret och ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget samt verka för en god hälsa hos befolkningen.<sup>1</sup>

Kommunerna ska erbjuda god hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. De läkarresurser som behövs ska landstingen avsätta till kommunerna.<sup>2</sup>

Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård i

- Permanent särskilt boende, korttidsboende och dagverksamhet som är reglerade i SoL<sup>3,4</sup>
- Bostad med särskild service (LSS-boenden) samt daglig verksamhet som är reglerade i LSS<sup>5</sup>
- Det egna hemmet, kallat ordinärt boende, i form av hemsjukvård<sup>4</sup> om region/landsting och den aktuella kommunen<sup>6</sup> kommit överens om att kommunen ska ta över ansvaret för sådan hälso- och sjukvård.

Det kan noteras att det finns verksamheter inom kommunerna av liknande karaktär där kommunen inte har något hälso- och sjukvårdsansvar, t.ex. hem för vård eller boende och korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt LSS.

---

<sup>1</sup> 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL

<sup>2</sup> 12 kap. 1 och 3 §§ och 16 kap. 1 § HSL

<sup>3</sup> 12 kap 1 § HSL

<sup>4</sup> 3 kap 6 § och 5 kap 5, 7 §§ SoL

<sup>5</sup> Prop 92/93:159, S. 182

<sup>6</sup> 14 kap 1§HSL

## Ledning och styrning av den kommunala hälso- och sjukvården

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten ska utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer.<sup>7</sup>

Kommunen kan bedriva den hälso- och sjukvård som den ansvarar för i egen regi eller sluta avtal med någon annan att utföra den. Kommunen behåller dock sitt huvudmannaskap för hälso- och sjukvårdsverksamheten.<sup>8</sup>

Den som bedriver en hälso- och sjukvårdsverksamhet är en vårdgivare. Det kan t.ex. vara kommunen själv eller en privat utförare. Vårdgivaren har ett organisatoriskt ansvar att planera, leda och kontrollera verksamheten så att den lever upp till kravet på god vård.<sup>9</sup>

Alla hälso- och sjukvårdsverksamheter ska ha en verksamhetschef. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen behöver inte ha medicinsk kompetens men utan sådan kompetens får verksamhetschefen inte bestämma över vård och behandling av patienter.<sup>10</sup>

I kommunen måste det finnas minst en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut ansvara för de uppgifter som annars ska utföras av en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Han eller hon brukar då kallas medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).<sup>11</sup>

MAS och MAR har ett särskilt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare förordnat om.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen (2008:355), PDL,
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt 6 kap. 4§ patientsäkerhetslagen (2010:659) och för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det.<sup>12</sup>

Utöver de reglerade uppgifterna är det kommunen eller annan uppdragsgivare som bestämmer vilka arbetsuppgifter som MAS eller MAR ska ha. Verksamhetschefen kan inte bestämma över de arbetsuppgifter som MAS och MAR har enligt lagar och föreskrifter.

---

<sup>7</sup> 11 kap. 1 § HSL

<sup>8</sup> 15 kap. 1 § HSL

<sup>9</sup> 1 kap. 3 § och 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL

<sup>10</sup> 4 kap. 2 § HSL och 4 kap. 1 och 4 §§ hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

<sup>11</sup> 11 kap 4 § HSL

<sup>12</sup> 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen

## Den kommunala hälso- och sjukvården behöver samverka med andra

Insatser enligt HSL, och stöd och hjälp enligt SoL kan ibland vara ömsesidigt stödjande. De insatser som patienten får av socialtjänsten kan ha stor betydelse för att han eller hon ska klara att sköta sin hälsa. Samtidigt kan hälso- och sjukvårdsinsatser minska behovet av stöd från socialtjänsten.

Patienter som får kommunalt finansierad hälso- och sjukvård har ofta behov av insatser från flera olika utförare inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs ofta kombinerat med verksamheter som bedrivs enligt SoL och LSS, t.ex. hemtjänst eller omvårdnad i särskilt boende eller bostad med särskild service. Den som får kommunal hälso- och sjukvård har i regel också behov av vård av läkare och annan vård som landstingen svarar för som ges vid vårdcentraler, sjukhus och andra vårdinrättningar.

Runt en person som får kommunal hälso- och sjukvård kan det alltså finnas

- kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård och socialtjänst,
- landstinget som huvudman för hälso- och sjukvård,
- olika vårdgivare och
- olika utförare av socialtjänst.

Den komplexa strukturen runt personen kan göra det svårt att ge en samordnad vård och omsorg. Det kan också vara svårt att avgöra vad i verksamheterna som är hälso- och sjukvård respektive socialtjänst och vem som ansvarar för vilken insats.

För att säkerställa att de olika parterna samverkar med varandra finns regler om samverkan både om den enskilda personens vård och omsorg och om överenskommelser som kommuner och landsting ska ingå.

### *Regler om samverkan*

#### Samverkan om vården av enskilda mellan kommunernas och landstingens hälso- och sjukvård

Det finns ett generellt krav på samverkan mellan kommuner och landsting om hälso- och sjukvården av enskilda. I 16 kap. 2 § HSL regleras att landstinget och kommunen ska samverka så att en enskild, som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården, också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar som hans eller hennes tillstånd fordrar.

#### Samverkan i ledningssystem

Vårdgivare och den som bedriver socialtjänst och verksamhet enligt LSS ska ha ett ledningssystem med processer och rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. I ledningssystemen ska det finnas processer och rutiner som möjliggör samverkan mellan verksamheter för att förebygga vårdskador respektive säkra kvaliteten på insatser.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> 4 kap. 2, 5 och 6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



### Samordnad individuell plan – sk SIP

Enligt 16 kap 4 § HSL och 2 kap 7 § SoL gäller att när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska landstinget och kommunen tillsammans upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Av planen ska det framgå:

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

### Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård började gälla den 1 januari 2018. Syftet är att planering för en trygg hemgång ska påbörjas i ett tidigt skede och involvera berörda aktörer i både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen.<sup>14</sup>

### Samarbete om vissa patientgrupper

Landstinget ska enligt 16 kap. 3§ HSL ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om:

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,
2. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och
3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Motsvarande bestämmelser för kommunen finns i 5 kap. 1d, 8a och 9a§§ SoL.

### Läkarinsatser

Läkarinsatser ingår inte i kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård. Det är landstinget som ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap 1§ HSL. Det samma gäller hemsjukvård i ordinärt boende, om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap 1§ HSL.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> 4 kap 1 § lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

<sup>15</sup> 12 kap 3 §, 14 kap 1 § och 16 kap. 1 § HSL

Landstinget ska med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.<sup>16</sup> I avtalen brukar ingå vilka planerade uppgifter som läkare ska ansvara för och hur tillgången till läkare vid behov, t.ex. vid akuta ärenden, ska lösas. Det kan också finnas samverkansavtal som beskriver rutiner för samarbetet mellan läkare och legitimerad personal i kommunen.

#### Hemsjukvård i ordinärt boende

Landstinget får överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende till en kommun inom landstinget om landstinget och kommunen kommer överens om det.<sup>17</sup> Vilka principer som ska gälla för inskrivning i kommunalt finansierad hemsjukvård regleras i överenskommelser mellan respektive landsting eller region och berörda kommuner. I överenskommelserna regleras hur ordningen ser ut för att avgöra om en patient i ordinärt boende har behov av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Exempel på kriterier som används är hur omfattande vård som behövs och hur långvarigt behovet är och hur svårt patienten har att ta sig från hemmet till vårdcentralen (den s.k. tröskelprincipen). Det skiljer mellan olika landsting och regioner bl.a. när det gäller vilket ansvar som har överlåtits till kommunerna för hemsjukvård för barn.

#### Hjälpmedel

Hjälpmedel för det dagliga livet och hjälpmedel för vård och behandling förskrivs av olika legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Hjälpmedel används av många personer som även har insatser enligt LSS eller SoL.

Precis som för andra hälso- och sjukvårdsinsatser har landstingen det övergripande ansvaret också för hjälpmedel.<sup>18</sup> Kommunerna har ett ansvar att i samband med den hälso- och sjukvård som de ska erbjuda också erbjuda hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.<sup>19</sup> Landsting och kommuner kan också komma överens om att kommunen ska ta över ytterligare ansvar för hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.<sup>20</sup>

Hjälpmedelsverksamheten, baserad på HSL, är på en övergripande nivå organiserad efter funktionshinderområden. Ansvaret är i praktiken delat mellan landsting, regioner och kommuner i enlighet med träffade överenskommelser på detta sätt.<sup>21</sup>

Landstingen/regionerna ansvarar för:

- hjälpmedel till personer med hörselnedsättning för alla åldrar
- hjälpmedel till personer med synnedsättning för alla åldrar
- hjälpmedel till barn oavsett funktionsnedsättning
- ortopedtekniska hjälpmedel oavsett ålder

---

<sup>16</sup> 16 kap 1 § HSL

<sup>17</sup> 14 kap 1 § HSL

<sup>18</sup> 8 kap 7§ HSL

<sup>19</sup> 12 kap 5 § HSL

<sup>20</sup> 14 kap 3 § HSL

<sup>21</sup> Socialstyrelsen Hjälpmedel i kommuner och landsting En nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning

- medicinska behandlingshjälpmedel oavsett ålder

Landstingen, regionerna och kommunerna har ett delat ansvar för följande hjälpmedel:

- hjälpmedel till personer med rörelsenedsättning förutom ortopedtekniska hjälpmedel
- hjälpmedel till personer med kommunikativa- eller kognitiva funktionsnedsättningar
- inkontinenshjälpmedel

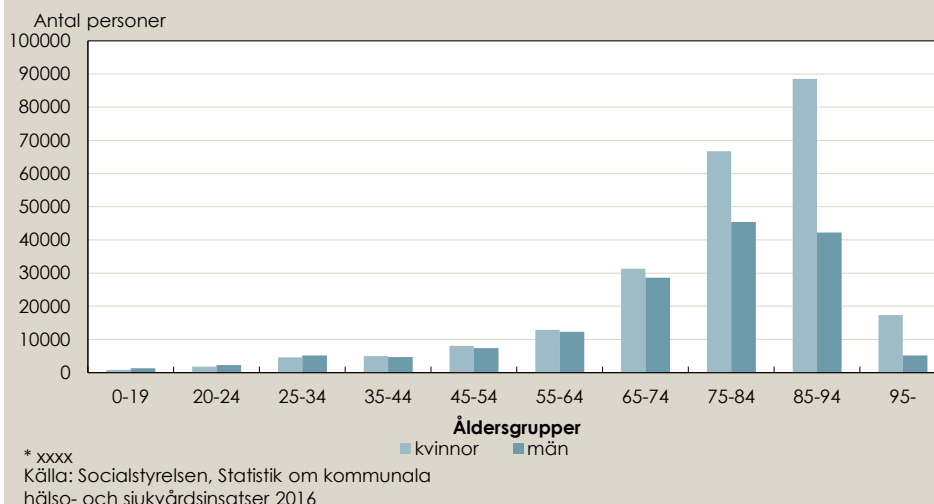
## Patienter i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården

År 2016 vårdades nära 400 000 patienter i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Det gäller sammantaget för verksamhet som kommunen enligt lag är skyldig att bedriva och sådan som landstingen kan överlåta på kommunerna efter överenskommelser (hemsjukvård i ordinärt boende). Alla landsting utom Stockholms läns landsting har överenskommelser om att kommunerna ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende. (Stockholms läns landsting har en överenskommelse med Norrtälje kommun.)

Flertalet patienter som omfattas av kommunal hälso- och sjukvård är äldre. I åldersgrupperna över 65 år var 63 procent kvinnor och andelen kvinnor är högst bland de allra äldsta. Det är få barn som omfattas av kommunal hälso- och sjukvård och 2016 var det 2 200 personer under 20 år som fick någon insats under året. (Figur 1)

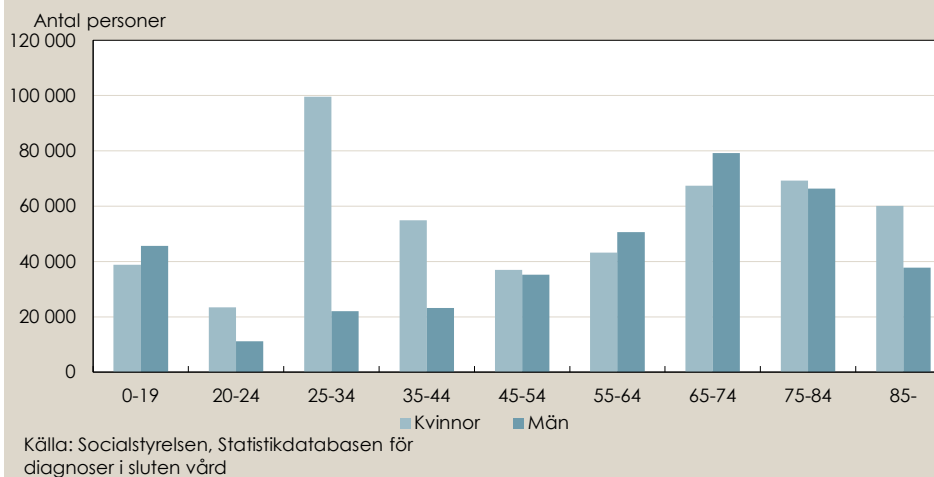
Ibland behöver en person kommunalt finansierad hälso- och sjukvård under en period t.ex. i samband med utskrivning från slutenvård. Men många behöver insatser regelbundet och över 40 procent av alla som fått kommunal hälso- och sjukvård har fått minst en åtgärd varje månad från samma kommun under 2016.

**Figur 1. Antal personer som någon gång under 2016 var mottagare av kommunal hälso- och sjukvård**



I den landstingsdrivna slutenvården är det också en övervikt av äldre patienter, vilket avspeglar ett ökat vårdbehov med stigande ålder. Det är dock en betydligt större andel äldre patienter i den kommunala hälso- och sjukvården än i den landstingsdrivna slutenvården. Det är också en större andel kvinnor som får vård i kommunerna än i den landstingsdrivna slutenvården. Det gäller framförallt i åldersgrupperna från 65 år och uppåt. (figur 2)

**Figur 2. Patienter med diagnos i slutenvård 2016**



Ålders- och könsfördelningen i den kommunala hälso- och sjukvården liknar mer den som gäller för socialtjänsten. Många personer har behov både av kommunal hälso- och sjukvård och hemtjänst. Ungefär 68 procent av personerna 65 år eller äldre i ordinärt boende med hemtjänst erhöll också hemsjukvård. Inom permanent särskilt boende för äldre erhöll nästan 94 procent kommunal hälso- och sjukvård och sociala insatser.

# Åtgärder i olika boendeformer och verksamheter

De flesta patienter i kommunal hälso- och sjukvård ges vård i sitt ordinarie boende. Ungefär 33 procent bodde 2016 i särskilda boenden och bostäder med särskild service enligt SoL respektive LSS. Boendena kan antingen vara permanenta eller korttidsboenden. Kvinnorna är i majoritet både i hemsjukvård och i särskilda boenden.

## Kommunal hemsjukvård i ordinärt boende

Cirka hälften av kommunerna tog över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende i samband med ÄDELreformen i början av 1990-talet. Därefter har ansvaret för vården i ordinärt boende successivt växlats över till kommunerna. I början av 2014 hade sådan överlämning skett i samtliga regioner eller landsting, förutom i Stockholm där endast Norrtälje kommun ansvarar för hemsjukvård.

Fördelningen av ansvaret mellan respektive landsting och kommun regleras i lokala överenskommelser. Innehållet i överenskommelserna är olika och innebär bland annat att kommunernas ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende omfattar olika åldrar:

- 0 år och uppåt i 12 regioner/landsting; Blekinge, Dalarna, Kalmar, Gotland, Halland, Jämtland, Jönköping, Kronoberg, Skåne, Västernorrland Västra Götalandsregionen, Östergötland
- 7 år och uppåt i Landstinget i Värmland<sup>22</sup>
- 17 år och uppåt i Region Uppsala
- 18 år och uppåt i 6 regioner/landsting; Gävleborg, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västmanland, Örebro

För de åldersgrupper som inte omfattas av kommunal hemsjukvård har landstingen ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

Överenskommelserna reglerar principer för vem som bedöms ha behov av hemsjukvård och vilka mekanismer som finns för att parterna ska komma överens. En vanlig utgångspunkt är att det ska vara svårt för patienten att ta sig till vårdcentralen. Det kan också handla om att samordningen av vård och omsorgsinsatser fungerar bättre om patienten får hemsjukvård. En annan förutsättning kan vara att behovet av hemsjukvård ska pågå under en viss tid för att det ska bli aktuellt att bli inskriven i hemsjukvården. Vid mer tillfälliga behov kan landstinget/regionen bedriva sjukvård i hemmen.

## Permanent särskilt boende

111 300 personer bodde i permanent särskilt boende någon gång under 2016. Eftersom platserna på de särskilda boendena omsätts genom att personer flyttar ut och nya kommer till, så var det färre personer som bodde i permanent särskilt boende vid en viss tidpunkt under året. Den 31 oktober 2016 var det

---

<sup>22</sup> Blir Region Värmland 1 januari 2019

87 900 personer som hade ett verkställt beslut om insatser i permanent särskilt boende<sup>23</sup> (Tabell xx). Om vi antar att beläggningen är ungefär den samma under hela året betyder det att ca 23 000 personer lämnade det särskilda boendet under året. Det motsvarar drygt var fjärde plats på särskilda boenden. Personer under 64 år bor i genomsnitt något längre tid på särskilda boenden än personer 65 år och äldre.

Det är vanligast att personer får ett permanent särskilt boende med stöd av SoL. Det är främst personer under 65 år som beviljas bostad med särskild service enligt LSS. Den 31 oktober 2017 var det 27 800 personer som hade ett sådant boende och 3 700 av dem var 65 år eller äldre.

De flesta bor i särskilda boenden som drivs av kommunerna men cirka 24 procent hade insatser i bostäder som drevs av en enskild utförare den 1/10 2017<sup>24</sup>.

## Korttidsboende

Under år 2016 bodde 41 500 personer i korttidsboende någon gång under året. Antal personer i korttidsboende en särskild dag är betydligt färre och den 31 oktober 2016 hade 10 800 personer denna typ av insats<sup>25</sup>. Det är främst äldre personer som får korttidsboende och 2016 hörde 92 procent till åldersgruppen 65 år och äldre.

Korttidsboenden för äldre bedrivs vanligen i kommunal regi och endast 9 procent av patienterna hade korttidsboende i enskild regi den 1 oktober 2017. Det är vanligare att korttidsboenden för yngre bedrivs i enskild regi och bland åldersgruppen under 65 år hade 42 procent korttidsboenden i enskild regi den 1 oktober 2017<sup>26</sup>.

## Dagverksamhet enligt SoL

Under 2016 deltog 24 700 personer i dagverksamhet varav 7 000 personer hörde till gruppen under 65 år. Det betyder att dagverksamhet är relativt sett vanligare bland yngre än bland äldre med kommunal hälso- och sjukvård. Den 31 oktober 2016 hade 16 000 personer beslut om dagverksamhet vilket kan antas motsvara antalet platser för dagverksamhet.

### Tabell 1. Personer med insatser enligt socialtjänstlagen och kommunal hälso- och sjukvård

Antal personer vid punktmätning 31/10 2016, respektive någon gång under 2016

Ålder	Permanent särskilt boende <sup>1</sup>		Korttidsvistelse		Dagverksamhet	
	31/10	2016	31/10	2016	31/10	2016
0 – 64	4 300	5 200	1 200	3 100	5 400	7 000
≥ 65	83 600	106 100	9 600	38 400	10 600	17 700

<sup>1</sup> Permanent särskilt boende = särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre personer och bostäder med särskild service för personer med fysisk, psykisk eller annan funktionsnedsättning

Källa: Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2017, Socialstyrelsen

<sup>23</sup> Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning 2016, Socialstyrelsen

<sup>24</sup> Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2017, Socialstyrelsen

<sup>25</sup> Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning 2016, Socialstyrelsen

<sup>26</sup> Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2017, Socialstyrelsen

## Daglig verksamhet enligt LSS

Den 31 oktober 2017 hade 37 500 personer insatsen daglig verksamhet enligt LSS. Av dessa var endast 800 personer 65 år eller äldre.

**Tabell 2. Personer med insatser enligt LSS med kommunal hälso- och sjukvård**

Antal personer vid punktmätning den 31/10 2017

Ålder	Bostad med särskild service för vuxna den 31/10 2017, antal personer	Daglig verksamhet den 31/10 2017, antal personer
13 – 64 år	24 100	36 700
≥ 65 år	3 700	800

Källa: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, Socialstyrelsen

## Diagnoser och dödsorsaker<sup>27</sup>

Det finns en stor bredd i diagnoser hos patienter i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Bland personer under 18 år är genomgripande utvecklingsstörning, cerebral pares och epilepsi vanligast. Det speglar med stor sannolikhet kommunernas uppdrag i LSS-verksamheter. I de yngre grupperna förekommer även ett mindre antal med tumörsjukdomar.

Gemensamt för åldersgrupperna 18-64 år, 65-79 år och 80 år eller äldre är förekomst av hjärninfarkt (stroke orsakad av en propp) och i gruppen 65 år och äldre handlar det om flera olika besvär från hjärta/kärl. Hypertoni är den vanligaste bidiagnosen i samtliga åldersgrupper 18 år och uppåt.

Diabetes förekommer i alla dessa grupper och diagnosen KOL är också vanligt förekommande i samtliga åldersgrupper.

Ögonsjukdomarna ses i de högre åldrarna, liksom besvär från urinvägarna. Lårbensfrakturer är den allra vanligaste orsaken till att personer 80 år eller äldre vårdas i akutsjukvård och 75 procent av dessa är kvinnor.

Av de ca 91 000 personer som avled 2016 var 57 000 inskrivna i kommunal hälso- och sjukvård. Av dessa fördes 13 000 personer till sjukhus i livets slutskede. Det är tumörsjukdomar som ligger bakom sex av de tio vanligaste dödsorsakerna<sup>28</sup> bland personer 18 – 64 år. Hjärtsjukdomar, lunginflammation, KOL och diabetes finns bland de 10 mest förekommande dödsorsakerna i alla åldersgrupper från 18 år och uppåt.

Den vanligaste dödsorsaken för de båda äldsta åldersgrupperna dvs från 65 år och uppåt är hjärtinsufficiens.

<sup>27</sup> Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen 2018

<sup>28</sup> Ibid

# Kvaliteten i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och närliggande omsorgen

## Patientsäkerhet

Socialstyrelsen genomförde 2015 och 2016 en kartläggning av patientsäkerhetsarbetet i kommunal hälso- och sjukvård. Kartläggningen visade bland annat vad som upplevdes vara de största riskområdena, att det var en stor variation i det systematiska patientsäkerhetsarbetet, och att det önskades nationellt stöd i patientsäkerhetsarbete t ex. handböcker anpassade till kommunal verksamhet. Resultatet från intervjuer med ett urval kommuner förstärkte bilden av en stor bredd och variation i patientsäkerhetsarbetet och det gällde även ansvar och befogenheter för medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och samverkan med verksamhets- och enhetschefer samt med socialnämnderna/motsvarande. Vidare identifierades ett behov av mer kunskapsstöd för riskbedömningar och dialog om risker och vårdskador. Läkemedelshantering och delegering är ett riskområde. För att kunna genomföra markörbaserad journalgranskning krävs nya och andra förutsättningar än vad som finns i dagsläget.<sup>29</sup>

Det är ett antal riskområden som det är angeläget att kommunerna arbetar med för en god patientsäkerhet. Dessa områden har beskrivits av såväl Socialstyrelsen som SKL<sup>30</sup>. Dessa områden är:

- Kommunikation och information
- Fall
- Infektioner, smittspridning och vårdhygien
- Läkemedelsrelaterade problem, inklusive problem i vårdens övergångar
- Trycksår
- Undernäring
- Munhälsa
- Fördröjd, utebliven eller felaktigt utförd vård och behandling
- Medicintekniska produkter

Några av områdena omfattas av kvalitetsregistret Senior alert; fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen. I Senior alert ingår även blåsdysfunktion. Senior alert omfattar personer 65 år och äldre som har behov av eller som kan få behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. I Senior alert går det att dokumentera och följa alla steg i den vårdpreventiva processen direkt i registret. Processtegen omfattar bedöma risk och bakomliggande orsaker, planera och genomföra åtgärder, och följa upp åtgärdernas effekt. Täckningsgraden är 78 procent i särskilt boende enligt SoL men endast ca 15 procent av personerna med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende finns med i registret.

Av alla riskbedömningar i Senior Alert år 2016 hade 77 procent risk för fall, 60 procent hade risk för undernäring, 28 procent hade risk för trycksår,

<sup>29</sup> Socialstyrelsen: Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016, Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017

<sup>30</sup> SKL; Patientsäkerhet i kommunal hälso- och sjukvård; 2017.



42 procent hade risk för ohälsa i munnen och 8 procent hade risk för blåsdysfunktion. Av alla bedömningar där risk identifierats hade i snitt 82 procent minst en planerad förebyggande eller behandlande åtgärd.<sup>31</sup> Men av de åtgärder som registreras har sannolikt många begränsad effekt som enda åtgärd utan det behövs en kombination av insatser. Så detta är inte ett tillräckligt mått på att patienterna får en god vård.

Vårdrelaterade infektioner (VRI) följs i kommunerna genom Svenska HALT via Senior alert. Mätningen baseras på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll som används för mätningar inom särskilt boende i Europa, kallat HALT-2 (Healthcare associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities).

Mätningen från 2017, där 153 kommuner deltog, visar att 1,5 procent av vårdtagare på äldreboenden hade en VRI. Det var 2,9 procent som behandlades med antibiotika varav drygt 80 procent gavs för att behandla en infektion, övrigt är i förebyggande syfte. Den vanligaste riskfaktorn för VRI är att personen har någon form av sår och den näst vanligaste riskfaktorn är att personen har urinkateter.

Inom Svenska HALT har data om patienternas hälsa samlats in som visar att vårdbehoven är stora på äldreboendena. 64 procent av vårdtagarna var desorienterade, 56 procent var urininkontinenta och 32 procent avföringsinkontinenta. Många hade nedsatt rörlighet och 37 procent var rullstolsburna och 2 procent sängliggande. Störst vårdtyngd sågs på boenden med inriktning på demensvård. I gruppen med nedsatt rörlighet var sår dubbelt så vanligt och förekomst av urinkateter var tre gånger så vanligt.<sup>32</sup>

Övergångar mellan olika vårdgivare innebär patientsäkerhetsrisker. Under 2014 skrevs 1 100 000 personer ut från sjukhus i Sverige. Av alla utskrivna fick 330 000 fortsatt hälso- och sjukvård av kommuner och 220 000 fick omsorgsinsatser. Nya arbetssätt har introducerats för att främja en samlad vård och omsorg. Exempel är samverkan för att främja samsyn mellan vårdgivare och över huvudmannagränser, och lokala uppföljningar av antalet utskrivningsklara. Andra initiativ är gemensamt finansierade mellanvårdsformer, t.ex. en närvårdsenhet som är samfinansierad av landsting och kommun, ett korttidsboende med tillgång till sjukhusgeriatriker, mobila äldreomsorgsteam med bl.a. läkare och sjuksköterska som gör hembesök i ordinärt boende.<sup>33</sup>

Användningen av Nationell Patientöversikt (NPÖ) kan minska riskerna vid övergångar mellan vårdgivare. NPÖ omfattar hälso- och sjukvårdsdokumentation och inte socialtjänstdokumentation.

Trygghet och patientsäkerhet för den enskilde i behov av vård- och omsorgsinsatser i ordinärt boende är inte enbart beroende av den kommunala hälso- och sjukvården. Rent medicinskt finns förutsättningar för en avancerad vård i hemmet. Omsorgens organisation och förutsättningar att hantera personer med komplexa vårdbehov är av betydelse, bl.a. för att äldreomsorgens personal svarar för en stor del av tillsynen av individerna.

---

<sup>31</sup> Årsrapport 2016 Senior alert

<sup>32</sup> Svenska Halt i korthet 2016

<sup>33</sup> Socialstyrelsen Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017

## Några iakttagelser från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IVO genomförde 2017 en nationell tillsyn av 38 verksamheter med fokus på samverkan mellan slutenvård, primärvård, och rehabilitering och hälso- och sjukvård i hemmet för multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende. Tillsynen är en del av IVO:s riskbaserade tillsyn. De områden som ingått i granskningen handlar om hur samverkan fungerar samt hur verksamheternas patientsäkerhetsarbete och egenkontroll bedrivs i relation till samverkan.<sup>34</sup>

Huvudsyftet med tillsynen var att granska de förutsättningar som finns för att äldre multisjuka får vård som utgår från den enskildes behov. Därtill syftade granskningen till att bidra till utvecklingen av samverkan för multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende, men också till att sprida goda exempel till verksamheterna vad gäller systematiskt patientsäkerhetsarbete och egenkontroll av samverkan.

Granskningen visade en rad positiva exempel på hur samverkan kan bedrivas för att främja patientsäkerhetsarbetet för såväl patienter som verksamheter. I tillsynen har IVO bland annat sett att:

- Flertalet verksamheter har forum för regelbundna samverkansträffar
- Avvikelse- och klagomålshantering sker ofta i samverkan
- Riskidentifiering sker systematiskt och ofta i samverkan
- Systematiskt patientsäkerhetsarbete kring samverkan sker ofta över verksamhetsgränserna

IVO lyfter även fram att det finns utrymme för förbättringar. De huvudsakliga iakttagelserna av förbättringsområden som framkommit i tillsynen handlar om att:

- Egenkontroll av samverkan brister i systematik
- Egenkontrollen brister när åtgärder inte följs upp
- Verksamheternas informationsöverföring uppvisar brister
- Frånvaron av eller bristande läkemedelslistor är ett återkommande problem
- Vårdövergångar kan skapa otydlig ansvarsfördelning
- Bemanning och personalkontinuitet påverkar hur samverkan och egenkontroll bedrivs
- Rehabilitering och hjälpmedel är riskområden i samverkan

## Öppna jämförelser för äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen tar årligen fram öppna jämförelser (ÖJ) för äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården. Det görs bl.a. genom insamling av enkäter. I ÖJ redovisas indikatorer på hur kommunerna efterlever några

---

<sup>34</sup> Inspektionen för vård och omsorg Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård 2017

nationella rekommendationer. Senaste data avser 2018. En utförlig genomgång av indikatorerna ges i en Guide för att tolka resultaten.<sup>35 36</sup>

## Öppna jämförelser inom socialtjänsten

Några öppna jämförelser som gäller socialtjänstens område har bedömts vara relevanta att redovisa här. Det gäller öppna jämförelser som rör samordning av enskilda ärenden, personalens agerande vid våld, missbruk av alkohol respektive läkemedel, SIP och standardiserade bedömningsmetoder.

I öppna jämförelser redovisas om det finns aktuella rutiner för samordning av insatser som ges inom socialtjänsten. En formaliserad och strukturerad samordning i form av gemensamma skriftliga rutiner för handläggningen i enskilda ärenden bidrar till stabilitet, förutsägbarhet och kontinuitet. Rutiner som beskriver ansvarsfördelningen och ett bestämt tillvägagångsätt kan minska risken för godtycke och utgöra ett stöd för handläggarna, till nytta för den enskilde. Av öppna jämförelser framgår att 2018 hade 39 procent av kommunerna en aktuell rutin för samordning mellan missbruk och äldreomsorg, 50 procent av kommunerna hade en aktuell rutin för samordning mellan socialpsykiatri och äldreomsorg och 55 procent hade en aktuell rutin för samordning mellan LSS-vuxen och äldreomsorg.

Personalen i kommunerna behöver uppmärksamma och reagera om personer utsätts för våld, missbrukar alkohol eller läkemedel. I öppna jämförelser redovisas om det finns en aktuell rutin inom äldreomsorgen vid indikation på att en vuxen person utsätts för våld. 2018 hade 43 procent av kommunerna en sådan rutin.

Skriftliga rutiner för hur personalen bör agera vid indikation på beroende eller missbruk av alkohol eller andra beroendeframkallande medel och läkemedel kan vara ett stöd för personalens arbete. Det är socialtjänstens ansvar både att förebygga missbruk och se till att den enskilde får den hjälp och vård han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket.<sup>37</sup> 2018 hade 16 procent en sådan rutin för alkohol och andra beroendeframkallande medel och 10 procent hade en sådan rutin för läkemedel.

Patienter ska få en samordnad individuell plan (SIP) när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården, förutsatt att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och att den enskilde själv samtycker till planen.<sup>38</sup> Rutiner för att delge enskilda personer information om att de vid behov kan få en SIP är ett sätt att säkerställa att brukarna får kännedom om detta (och socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldigheter). I öppna jämförelser för 2018 redovisas att 49 procent av kommunerna har en sådan rutin.

Ett systematiskt arbetsätt med stöd av ett instrument eller en modell vid utredning av individens behov av stöd, kan vara ett sätt att säkerställa att den

<sup>35</sup> Socialstyrelsen Öppna jämförelser 2018 Äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård Guide för att tolka resultaten

<sup>36</sup> Socialstyrelsen Öppna jämförelser 2018 Äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård Resultat av insamlingen

<sup>37</sup> 3 kap. 7 § och 5 kap. 9 § SoL

<sup>38</sup> 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL

enskilde får sina behov beskrivna på ett likvärdigt sätt i hela landet och att individen får möjlighet att stärka sina egna resurser avseende genomförande av aktiviteter och delaktighet. Individens behov i centrum (IBIC) är ett sådant strukturerat arbetssätt. I öppna jämförelser redovisas om kommunerna använder IBIC vid alla utredningar för personer i ordinärt boende respektive permanent särskilt boende. 2018 redovisade 32 procent av kommunerna att de använde IBIC vid utredning av personer i ordinärt boende och 22 procent att de använde IBIC vid uppföljning av dessa personer. När det gäller personer i särskilt boende använde 29 procent av kommunerna IBIC vid utredningar och 16 procent vid uppföljning.

Socialtjänsten bör använda AUDIT för att identifiera riskfylld eller skadlig alkoholkonsumtion enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer. AUDIT (alcohol use disorders identification test) kan användas som intervju- och skattningsformulär och för att återkoppla resultatet till den enskilde. I öppna jämförelser för 2018 redovisas att 8 procent av kommunerna använder AUDIT

## Öppna jämförelser inom kommunal hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom erbjuda vård och omsorg utifrån ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt till personer med demenssjukdom. I öppna jämförelser redovisas hur stor andel av kommunerna som erbjuder vård och omsorg av multiprofessionella demensteam i ordinärt boende till personer med demenssjukdom. 2018 var det 41 procent av kommunerna som erbjöd sådan vård i ordinärt boende. Indikatorn bygger på rekommendationer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Hälso- och sjukvården kan med tidig understödd utskrivning till hemmet skriva ut strokepatienter med milda till måttliga symtom från sjukhus tidigare än vanligt om patienten får rehabilitering i hemmet av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam med kunskap om strokesjukvård. I öppna jämförelser redovisas hur stor andel av kommunerna som erbjuder sådan strokerehabilitering i ordinärt boende. 2018 var det 25 procent av kommunerna som erbjöd sådan vård i ordinärt boende. Indikatorn bygger på rekommendationer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Nationella riktlinjer för vård vid diabetes rekommenderar att patienter bör erbjudas en enkel fotundersökning. En sådan undersökning förebygger allvarliga problem i form av svårläkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter som ofta förekommer hos personer med diabetes typ 1 och typ 2. I öppna jämförelser redovisas hur stor andel av kommunerna som erbjuder sådan fotundersökning i ordinärt respektive särskilt boende. 2018 var det 20 procent av kommunerna som erbjöd patienterna i ordinärt boende och 24 procent av kommunerna som erbjöd fotundersökning i särskilt boende.

## Öppna jämförelser med stöd av registeruppgifter

### *Psykisk ohälsa*

Socialstyrelsen har presenterat öppna jämförelser av psykisk ohälsa för personer 65 år och äldre. Med psykisk ohälsa avses dels mindre allvarliga psykiska problem som oro och lättare nedstämdhet, dels mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos.<sup>39</sup>

I rapporten redovisas att bland personer 65 år och äldre med psykisk ohälsa har många även insatser från kommunen i form av kommunal hälso- och sjukvård. Bland personer med varaktiga kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser hade nära 65 procent psykisk ohälsa 2016.

Kontinuitet och samverkan mellan vårdnivåer har följts upp för gruppen 65 år och äldre. Andelen patienter som haft minst en läkarkontakt i psykiatrisk öppenvård upp till åtta veckor efter utskrivning från slutna psykiatrisk vård har ökat sedan 2013. Men bland patienter med kommunal hälso- och sjukvård var det endast 34 procent som hade haft en sådan läkarkontakt jämfört med 40 procent av patienter utan äldreomsorg eller kommunal hälso- och sjukvård.

## Användning av e-hälsa och välfärdsteknik

Socialstyrelsen har tagit fram nyckeltal för utvecklingen av e-hälsa i kommunerna och gör årliga uppföljningar genom en enkät till landets samtliga kommuner. Utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna är ojämn. Det finns skillnader både mellan kommuner och mellan olika verksamhetsområden. Det är framförallt inom äldreomsorgen som kommunerna har dragit nytta av tekniken och där går det att se en snabbare utveckling än inom andra verksamhetsområden.

Andelen trygghetslarm som är digitala ökar och i januari 2018 var cirka 81 procent av samtliga trygghetslarm digitala. Flera kommuner har kommenterat i fritextsvar att de räknar med att vara klara med digitaliseringen under 2018.

Användning av välfärdsteknik har ökat. En majoritet av kommunerna använder passiva larm och sensorer, samt vårdplanering med video, både i ordinarie boende och särskilda boenden. Användningen av trygghetskameror och gps-larm har ökat stort de senaste två åren. Cirka 60 procent av kommunerna kan erbjuda gps-larm och 46 procent har natt-tillsyn med hjälp av kamera.

Strukturerad dokumentation används av ca 60 procent av kommunerna för hälso- och sjukvård både inom hemsjukvård i ordinärt boende och särskilda boenden. Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) används inom ca 75 procent av kommunerna för hälso- och sjukvård i ordinärt boende och 76 procent av kommunerna i särskilt boende..

---

<sup>39</sup> Socialstyrelsen: Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre Uppföljning av vård och omsorg vid psykisk ohälsa hos äldre Öppna jämförelser, 2018

Användningen av den nationella patientöversikten (NPÖ) för att läsa information ökar. Det är 272 kommuner som har anslutit sig för att ta del av information i systemet. Samtidigt kan inte mer än 13 kommuner visa journalmaterial så att andra vårdgivare kan läsa det.

En liten andel av kommunerna har säkrat sina verksamhetssystem och andra system där personuppgifter behandlas. I endast cirka 22 procent av kommunerna kräver samtliga system en säker roll- och behörighetsidentifikation.

Andelen kommuner där berörd personal kan läsa och dokumentera information mobilt har ökat mellan 2015 och 2018. År 2015 hade all mobil personal inom den kommunala hälso- och sjukvården möjlighet att läsa och dokumentera mobilt i 5 procent av kommunerna. År 2018 var det mellan 20 och 24 procent. Ökningen har varit mindre inom socialtjänsten där andelen kommuner där all mobil personal kan läsa mobilt 2015 var 6 procent och 2018 var det 14 procent.<sup>40</sup>

## Personalen inom kommunal hälso- och sjukvård

### Personalstatistik från SKL

I kommunal vård och omsorg i egen regi var ca 200 000 personer sysselsatta med månadslön i november 2017. Av dem var drygt hälften undersköterskor eller skötare (105 000 personer) och en tredjedel (66 000 personer) vårdbiträden eller vårdare. Det fanns även ca 15 000 sjuksköterskor sysselsatta i kommunerna varav knappt 12 000 arbetade inom vård och omsorg. Inom vård och omsorg fanns ca 13 000 personliga assistenter anställda.

Knappt 70 000 anställda inom kommunal vård och omsorg var timavlönade i november 2017 och de hade en genomsnittlig sysselsättningsgrad på 38 procent. Av dessa var drygt 2 000 sjuksköterskor.<sup>41</sup>

### Socialstyrelsens statistik om legitimerad personal inom hälso- och sjukvården

I Socialstyrelsens statistikdatabas över personal inom hälso- och sjukvården finns uppgifter om legitimerad personal som var sysselsatta i november 2015. Uppgifterna är fördelade på olika näringsgrenar (SNI). Här redovisas sysselsatta inom vård och omsorg med boende respektive sysselsatta inom öppna sociala insatser. Dessa näringsgrenar fångar i huvudsak kommunal hälso- och sjukvård, men de innefattar även andra verksamheter där det i begränsad utsträckning kan finnas hälso- och sjukvårdspersonal. Det betyder t.ex. att några som redovisas som sysselsatta i offentlig regi kan vara statlig anställda och att några som arbetar inom offentlig eller privat regi kan arbeta med annat än kommunal hälso- och sjukvård.

<sup>40</sup> Socialstyrelsen E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, 2018

<sup>41</sup> 2017 års personalstatistiska undersökning från SKL

Enligt Socialstyrelsens databas var ca 10 000 sjuksköterskor sysselsatta i vård och omsorg med boende (varav 2 700 arbetade i privat regi) och ca 7 000 sjuksköterskor sysselsatta i öppna sociala insatser (varav 900 arbetade i privat regi). Det fanns även 3 300 specialistsjuksköterskor sysselsatta i vård och omsorg med boende varav 800 arbetade i privat regi. Inom öppna sociala insatser fanns 3100 specialistsjuksköterskor, varav 350 arbetade i privat regi.

Andra legitimerade grupper i kommunal hälso- och sjukvård är t.ex. arbetsterapeuter, fysioterapeuter och dietister. Ca 1 900 arbetsterapeuter var sysselsatta i vård- och omsorg med boende och 2 200 arbetsterapeuter inom näringsgrenen öppna sociala insatser. Ca 1200 fysioterapeuter var sysselsatta i vård och omsorg med boende och ca 1300 fysioterapeuter inom näringsgrenen öppna sociala insatser. Ca 30 dietister var sysselsatta inom vård och omsorg med boende och knappt 50 dietister var sysselsatta inom näringsgrenen öppna sociala insatser.<sup>42</sup>

**Tabell 3. Hälso- och sjukvårdspersonal sysselsatta inom vård och omsorg med boende 2015<sup>43</sup>**

Riket, kvinnor och män

Yrkesgrupp	Offentlig regi	Privat regi
Arbetsterapeut	1566	342
Dietist	22	9
Fysioterapeut	974	270
Sjuksköterska	7305	2686
Specialistsjuksköterska	2552	800

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas

**Tabell 4. Hälso- och sjukvårdspersonal sysselsatta inom öppna sociala insatser 2015<sup>44</sup>**

Riket, kvinnor och män

Yrkesgrupp	Offentlig regi	Privat regi
Arbetsterapeut	1996	236
Dietist	30	17
Fysioterapeut	1079	217
Sjuksköterska	6572	892
Specialistsjuksköterska	2757	350

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas

<sup>42</sup> Socialstyrelsens statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2015

<sup>43</sup> Vård och omsorg med boende innefattar boende med sjuksköterskevård, boende med särskild service för personer med utvecklingsstörning, psykiska funktionshinder eller missbruksproblem, samt vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade personer. Dessutom ingår annan vård och omsorgsboende som heldygnsvård med boende för barn och ungdomar med sociala problem och insatser i övriga boendeformer för vuxna som t.ex. härbergen, kvinnohus och övernattningshem för hemlösa.

<sup>44</sup> Öppna sociala insatser omfattar öppna sociala insatser för äldre och funktionshindrade personer, samt andra öppna sociala insatser. Verksamheter som innefattar logi omfattas ej.

## Socialstyrelsens regeringsuppdrag (delat med UKÄ) om samverkan om kompetensförsörjningen för hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet har ett gemensamt regeringsuppdrag att analysera och föreslå hur samverkansarenor på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas långsiktigt. I uppdraget ingår att föra en dialog om samverkan inom kompetensförsörjningsområdet mellan berörda aktörer med bäring på verksamhet i hälso- och sjukvården, utbildning och arbetsmarknad.

Därutöver ska myndigheterna så långt det är möjligt säkerställa en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över det totala kompetensbehovet i hälso- och sjukvården, oavsett driftsform eller huvudman.

Myndigheterna ska genomföra uppdraget i samarbete med berörda aktörer, bl.a. företrädare för hälso- och sjukvårdens huvudmän, universitet och högskolor, Arbetsförmedlingen, arbetsmarknadens aktörer och olika yrkesgrupper i hälso- och sjukvården, samt överväga hur patientorganisationer kan involveras i arbetet. Uppdraget skall slutredovisas senast 31 augusti 2019.

### Om kommunal hälso- och sjukvård i uppdraget

Kommunal hälso- och sjukvård omfattas av uppdraget och kommunala företrädare ingår i uppdragets referensgrupp samt i en expertgrupp knuten till uppdragets del om utveckling av statistik och prognoser.

- Ett förslag om utformning av en nationell samverkansplattform håller på att tas fram. Parallellt berörs även hur regional samverkan skall stärkas, och inte minst kommunernas delaktighet i samverkan på regional nivå. Kommuner deltar idag i mycket begränsad omfattning, vilket framgår av vår kartläggning av samverkansforum på kompetensförsörjningsområdet i hela landet.
- Arbetet pågår för att utveckla prognoser anpassade för hälso- och sjukvården, på nationell och regional nivå, i samarbete med SCB. Under hösten genomförs ett pilotarbete att ta fram prognoser för ett urval av yrkesgrupper (sjuksköterskor, audionomer, psykologer och apotekare). Vi utvecklar även statistiken, genom att ta fram statistikflöden som visar hur yrkesgrupper i vården går från utbildning, legitimation, etablering på arbetsmarknaden och till specialisering. Vi har hittills tagit fram sådana flöden för sjuksköterskor och barnmorskor. Under hösten görs motsvarande arbete för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och tandhygienister.



# Målgruppsanalyser som berör kommunal hälso- och sjukvård och närliggande omsorg

Projektet har samlat in uppgifter om målgruppsanalyser som tidigare har genomförts av Socialstyrelsen och som berör kommunal hälso- och sjukvård och närliggande omsorg. Syftet har varit att ta vara på kunskap om målgruppen som är viktig vid utformning av nya stöd. Genomgången av insamlingen visade att de flesta av de målgrupps- eller behovsanalyser som Socialstyrelsen genomfört främst fokuserar på ett från början definierat uppdrag och syftar till att få fram ett bra innehåll i produkten (ofta redan innan definierat som en utbildning, en webbutbildning ett metodstöd/beslutsstöd/vägledning). Själva målgruppsanalysen handlar om vilken kunskap målgruppen har behov av på området och hur stödet ska vara utformat i det specifika fallet snarare än om målgruppens generella möjligheter och förutsättningar för att ta till sig och använda kunskapen. Nedan lyfts slutsatser från några behovskartläggningar som rör olika målgrupper och verksamheter.

## Målgrupper: Undersköterskor och vårdbiträden<sup>45</sup>

Nedan följer några generella insikter om målgruppens inställning, tankar och behov *i förhållande till utbildningar* idag.

- För de som är bekväma med att gå utbildningar är det inspirerande med ökad förståelse och kunskap inom sitt område.
- Verksamheterna har olika sätt att informera om utbildningar. Ibland får personalen söka själva efter intressanta utbildningar och ibland är det chefen som styr vilka utbildningar som är viktiga för verksamheten och vilka medarbetare som bör gå.
- Det är viktigt att känna att den nya kunskapen behövs och hur den ska användas för att bli motiverad
- En stor utmaning ligger idag i att personalen ofta själva får ordna med avbytare. Att gå en utbildning kan skapa en oro, ”Vem täcker upp när jag är borta?”
- Många önskar ett variationsrikt utbildningsformat där personalen själva blir involverade och inte behöver sitta still alltför länge. Man vill inte uppleva att det bara är kunskapsinmatning utan att man får reflektera själv och diskutera i grupp under utbildningen.
- Vissa hindras av annat modersmål, inlärningssvårigheter eller byråkratiskt språk. Många inom målgruppen har utmaningar med språket. Det finns en

---

<sup>45</sup> Socialstyrelsen Behovskartläggning av hur undersköterskor och vårdbiträden på bästa sätt ska tillägna sig utbildning inom området våld mot äldre.

utbredd oro kring att tala inför en större grupp och man räds att utbildningen ska innehålla obekväma situationer. Många önskar samtal i mindre grupper där alla får stöd att medverka med sin upplevelse. Flertalet har även en rädsla för att bedömas och tror att de inte ska klara kunskapskraven.

- Det finns en rädsla för datorer och datorn blir idag en tröskel i sig, att komma över för att påbörja en utbildning. Samtidigt är bilden att e-utbildningar ofta är tråkigt utformade. En oengagerad mottagare vill bara ta sig igenom till rätt svar, snarare än att lära sig för att använda kunskapen i sitt arbete.
- Engagemanget ökar vid igenkänning och mottagarna kan bidra med egna erfarenheter. ”Jag vill känna igen mig i riktiga case”
- Många pratar om vikten av att kunna diskutera och utbyta erfarenheter med varandra.
- Det finns sällan någon tid till reflektion eller diskussion efter avslutad utbildning vilket försvårar för personalen att använda sin nya kunskap.
- Chefens och kollegornas attityd är avgörande för att ny kunskap ska kunna användas. ”De som har jobbat i många år har svårt att bryta rutiner”. I dessa fall är det viktigt att chefen backar upp. Samtidigt är det svårt att sprida kunskap i en miljö med hög personalomsättning. ”Det är mycket nytt folk och svårt för timanställda att lära sig allt”.

## Målgrupper inom hjälpmedelsområdet: arbetsterapeuter, fysioterapeuter, distriktssköterskor, sjuksköterskor och logoped<sup>46</sup>

Många uppger att förskrivarnas arbetssituation är tidspressad. Detta gäller framför allt de stora förskrivargrupperna som förskriver hjälpmedel inom rörelse-, kommunikations- och kognitionsområdet. Tiden för träning och uppföljning är begränsad, vilket hindrar en bra förskrivning. Tid för kompetensutveckling verkar också vara ett problem. Det saknas ofta tid att gå på sortimentsutbildning och mässor samt hålla sig uppdaterad om ny teknik. Det förefaller som om vissa ersättningssystem inte stimulerar till teamarbete och kompetensutveckling. Förskrivarna påpekar även behovet av nätverksträffar inom olika hjälpmedelsområden.

## Målgrupp inom kost och nutrition: chefer och personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst<sup>47</sup>

Nedan följer några generella behov i förhållande till en uppdatering av vägledningen som ska gälla alla chefer och all personal inom hälso- och sjukvård

---

<sup>46</sup>Socialstyrelsen Förstudie om stöd vid förskrivning av hjälpmedel

<sup>47</sup> Socialstyrelsen Förstudie om uppdatering av vägledning kring kost och nutrition

och socialtjänst utifrån en hearing (med representanter för Akademikerförbundet SSR, Dietisternas riksförbund, Nutritionsnätverket för sjuksköterskor, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor, Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldreomsorg, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska logopedförbundet och Sveriges kommuner och landsting.)

Samtliga deltagare var överens om att undernäring är ett stort problem och att nutrition inte har samma status som t e x läkemedelsbehandling. Framför allt lyftes svårigheter i det ordinarie boendet, där många multisjuka vårdas av hemtjänstpersonal som har begränsat med tid. Ett problem som togs upp är brister i organisation och struktur inom vård och omsorg, man vet inte vem som ska göra vad när det gäller undernäring. Ett annat att chefer inom äldreomsorgen inte prioriterar arbetet med undernäring. En bristande kontinuitet hos personalen var ytterligare en svårighet som lyftes. Vid hearingen lyftes också behov av att belysa vårdkedjan. Flera av deltagarna i hearingen tog upp att det finns brister i överrapporteringen mellan vårdgivare. Att många äldre inte fångas upp när de blir utskrivna från sjukhuset. Att SIP, den samordnade, individuella planen skulle behöva användas mer och att kommunikationen mellan vårdpersonal och biståndshandläggare behöver utvecklas.

Det fanns en gemensam uppfattning på hearingen om att kunskapsstödet bör vara webbaserat, eventuellt även finnas som app. Flera nämnde att det skulle vara bra att komplettera med en webbutbildning, gärna med ”case” att fundera kring och att ett kunskapsstöd bör innehålla något om organisationsstrukturen och vad varje profession kan bistå med.

# Kunskapsluckor och exempel på stöd som kan utvecklas

## Förutsättningar att beskriva vårdlandskapet

Socialstyrelsen behöver kunna beskriva vårdlandskapet för patienter som får insatser i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och närliggande omsorg. Ett syfte är att synliggöra den hälso- och sjukvård som ges i kommunerna. Genom en tydligare bild av styrkor och utmaningar finns förutsättningar för den nationella nivån att bli bättre på att stödja kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Från nationell nivå är det t.ex. angeläget att följa utveckling av kvalitet och jämlikhet i den kommunala hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har en övergripande bild av den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Men det finns kunskapsluckor. En del kunskap kan hämtas genom sambearbetning av befintliga register. Men i vissa fall behövs nya data. Utvecklingen av det Kommunala hälso- och sjukvårdsregistret (KHSV) kommer på några års sikt att öka möjligheterna att beskriva vårdlandskapet.

Nedan följer en genomgång av vad vi vet idag och har möjlighet att beskriva av vårdlandskapet. Därefter följer en uppräkningslista av frågor som vi skulle vilja belysa med data.

### **Exempel på vad vi vet:**

#### Viss kunskap om vilka som omfattas av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

- Antal personer som vårdats i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård fördelat på kön och åldersgrupper.
- Antal personer som vårdats i särskilda boenden vid en viss tidpunkt och totalt under ett år.
- Antal personer som vårdats på korttidsboende vid en viss tidpunkt och totalt under ett år.
- Antal personer som haft beslut om dagverksamhet vid en viss tidpunkt respektive under ett år. Fördelat på åldersgrupper 0-64 år respektive  $\geq 65$  år
- Antal personer med hemsjukvård som bor i bostad med särskild service för vuxna. Fördelat på åldersgrupperna 13-64 år respektive  $\geq 65$  år.
- Antal personer med daglig verksamhet vid en viss tidpunkt fördelat på åldersgrupperna 13-64 år, respektive  $\geq 65$  år.

#### Hur verksamheten är organiserad

- Fördelning av verksamhet i egen regi respektive enskilda utförare
- Personal med olika formella kompetenser.

- Andelen kommuner som har en aktuell överenskommelse med landstingen om samverkan om hälso- och sjukvård i patientärenden

#### Vilka hälsoproblem som patienterna har

- Diagnoser och dödsorsaker (PAR, DORS tillsammans med KHSV-registret samt kvalitetsregister)

#### Innehåll och kvalitet i vården

- Information från kvalitetsregister som Senior Alert (inkl HALT - vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning), Svenska palliativregistret, Nationellt Diabetesregister, Svenska demensregistret, Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, Riksstroke, Rikshöft, Rikssvikt och Luftvägsregistret.
- Läkemedelsbehandling från Läkemedelsregistret
- Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?
- Hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten frågar om våld i nära relationer (ur enhetsundersökningen och kommunundersökningen)
- Rutiner om våld, missbruk av alkohol eller läkemedel (ur enhetsundersökningen och kommunundersökningen)
- Några indikatorer om följsamhet till Nationella riktlinjer (ur enhetsundersökningen och kommunundersökningen)
- Användning av e-hälsa och välfärdsteknologi
- IVO:s iakttagelser om samverkan om multisjuka äldre

#### Personalen inom kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

- Tillgång till sjuksköterskor och omvårdnadspersonal på särskilda boenden (ur enhetsundersökningen)
- Andel av omsorgspersonalen med adekvat utbildning på särskilda boenden (ur enhetsundersökningen)

#### **Exempel på vad vi behöver veta mer om kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och närliggande omsorg:**

Mot bakgrund av hur viktig den kommunala hälso- och sjukvården är i hälso- och sjukvårdssystemet behövs mer kunskap om strukturer, processer och vårdresultat. Syftet är att inspirera kommuner och vårdgivare att utveckla sin verksamhet och att Socialstyrelsen ska få underlag för att prioritera insatser och ge bättre anpassade kunskapsstöd till kommunerna. För att inte belasta verksamheterna med fler administrativa uppgifter bör i första hand redan insamlade data användas. Genom sambearbetningar och analyser finns möjligheter att ta fram mer information ur befintliga data. Om det i några fall inte är möjligt att få fram önskad information ur befintliga data måste behoven av nya data noga prövas och det är angeläget att man i så fall eftersträvar att samla data på ett så enkelt sätt som möjligt för uppgiftslämnarna.

### Vilka som omfattas av olika former av kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och närliggande omsorg

- Redovisa om hälso- och sjukvårdsåtgärder ges i särskilda boenden och bostäder med särskild service enligt SoL respektive LSS, alternativt om personen får hälso- och sjukvårdsåtgärder i ordinärt boende. (Går att få fram genom samkörning av register, men kan ev. läggas till vid insamlingen av data.)
- Skilja på särskilda boenden enligt 5 kap 5§ resp. 5 kap 7§ SoL vid insamling och presentation av antal personer i särskilda boenden
- Avlösning av anhörig, dagverksamhet som anhörigstöd (orsak till biståndsbeslut)
- Kriterier för att omfattas av kommunal hemsjukvård i olika landsting.

### Hur verksamheten är organiserad och hur det är reglerat genom överenskommelser m.m.

- Sammanhållen vård och omsorg i hemsjukvården, hur det ser ut och hur det är reglerat
- Hur samverkan och ansvarsförhållanden är reglerade i överenskommelser mellan kommuner och landsting/regioner
- Hur samverkan och ansvarsförhållanden är reglerade i överenskommelser mellan kommuner
- Hur uppdrag för enskilda utförare är utformade
- Hur ersättningssystemen till vårdcentraler och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård är utformade och hur de påverkar vilken vård som ges.
- Förekomst av tjänsteköp mellan kommuner och landsting
- Samverkan med tandvården
- Samverkan med andra intressenter (näringsliv, frivilligorganisationer, apotek, etc.)
- Personalens kompetensutveckling, t.ex. överenskommelser med landstingen
- Förekomst av delegering

### Vilka hälsoproblem som personerna har

Hälsoproblem och funktionsnedsättning hos personer i olika åldersgrupper och som får vård i olika boendeformer. Ett syfte är att beskriva om personer med funktionsnedsättning får insatser inom LSS, SoL och eller HSL.

### Innehåll och kvalitet i vården och närliggande omsorg

- Förekomst av skador och vårdskador i kommunal hälso- och sjukvård
- Rutiner för säker vård och omsorg
- Systematiskt arbete med nationella kvalitetsregister i kommunerna
- Följsamhet till nationella riktlinjer och nationella regelverk
- Tandvårdsundersökning senaste två år
- Tillgång till landstingsfinansierad vård som utförs av läkare och annan legitimerad personal
- Stödinsatser för personer med missbruk som samtidigt har psykisk sjukdom
- Patienternas nöjdhet med hälso- och sjukvården

- Patienter och närståendes delaktighet i hälso- och sjukvården
- Barnperspektivet i LSS-verksamheter
- KVÅ kommer att samlas in till KHSV-registret från och med 2019 men bara för verksamhet i egen regi. För att beskriva vårdlandskapet behövs motsvarande information om verksamhet som drivs av andra utförare.
- Förekomst av egenvård efter egenvårdsbedömningar
- Förekomst av anhörigstöd

#### Personalen inom kommunalt finansierad hälso- och sjukvård

- Prognoser över kompetensförsörjningen inom kommunal hälso- och sjukvård
- Kartläggning av samverkan mellan kommuner och landsting om kompetensförsörjningsfrågor

## Underlag för jämförelser och analys

En kommun kan behöva underlag för att göra jämförelser med andra kommuner och nationellt. Socialstyrelsen publicerar lägesrapporter och öppna jämförelser som kan användas av t.ex. verksamhetschefer och MAS/MAR.

#### **Exempel på rapporter från Socialstyrelsen:**

- Rapportering av utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet
- Lägesrapporter individ- och familjeomsorg
- Lägesrapporter hälso- och sjukvård och tandvård
- Lägesrapport vård och omsorg om äldre
- Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning, lägesrapport
- Öppna jämförelser
- Utvärderingar av följsamheten till nationella riktlinjer

#### **Analysunderlag som kommunerna saknar**

Det finns statistik som kommunerna skulle kunna använda för sina analyser men som inte är så lätt att hitta och använda. Det gäller både statistik som Socialstyrelsen tar fram och annan statistik, t.ex. från kvalitetsregister. Ibland fordras särskilda körningar för att få fram önskade uppgifter. Socialstyrelsen skulle kunna sammanställa statistik så att den blir användarvänlig för verksamhetschefer och MAS/MAR. Det finns på försök: t.ex. en sammanställning om vad vi vet om särskilda boenden från olika rapporter, undersökningar och statistik.

I Socialstyrelsens kunskapsstyrning med nationella riktlinjer ingår att ta fram indikatorer och målnivåer och att regelbundet göra utvärderingar av hur rekommendationerna implementeras i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I utvärderingarna ingår vanligtvis en beskrivning av de insatser som genomförs inom den kommunala hälso- och sjukvården, i de fall riktlinjerna innehåller rekommendationer om åtgärder som genomförs där. Det finns dock planer på att utveckla utvärderingarna, så att de i ännu större utsträckning belyser den kommunala hälso- och sjukvården.

## Fortsätta att utveckla dokumentation, uppföljning och analys

Kommunerna behöver fortsätta arbetet med att utveckla dokumentation, uppföljning och analys inom hälso- och sjukvårdsområdet. Socialstyrelsen ger stöd för att utveckla strukturerad och enhetlig dokumentation utifrån en nationell informationsstruktur och med entydiga begrepp, termer och klassifikationer inom kommunal hälso- och sjukvård. Detta för att minska dubbeldokumentation och för att underlätta återanvändning av information för t.ex. överföring av information mellan olika vård- och omsorgsgivare, lokal verksamhetsuppföljning, lokalt kvalitetsarbete, rapportering till nationella register och forskning.

### Exempel på stöd som finns:

- Gemensam informationsstruktur (Nationell informationsstruktur, Snomed CT, begrepp och termer, klassifikationer och kodverk)
- Urval ur ICF och KVÅ för användning i kommunal hälso- och sjukvård. Urvalen består av ca 280 ICF-koder och ca 330 KVÅ koder som är relevanta för användning i kommunal hälso- och sjukvård oavsett åldersgrupp
- Utbildning i e-hälsa och gemensam informationsstruktur (beslutsfattare och personal): <https://div.socialstyrelsen.se/>
- Individens behov i centrum (IBIC)
- Indikatorer (för god läkemedelsterapi hos äldre)

### På gång (exempel):

- Användarstöd för ICF och KVÅ i (kommunal) hälso- och sjukvård. Kommer att beskriva klassifikationernas innehåll, hur de kan användas i vårdprocessen och vad som ska lämnas till Socialstyrelsen enligt HSLF-FS 2017:67

### Exempel på vad som behöver utvecklas:

Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla verktyg som kan användas av huvudmännen för att utveckla struktur och fackspråk i dokumentationen kring patienten. Verktygen är en nationell informationsstruktur (NI), begreppssystemet Snomed CT, hälsorelaterade klassifikationer och en termbank. Socialstyrelsen förvaltar och tillhandahåller dessa verktyg och stödjer verksamheterna i användningen av dem. Målet är en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation kring patienten, som möjliggör att information som dokumenteras kan återanvändas i flera olika syften, utan att sammanhang och mening går förlorat.

En del av vår stödjande verksamhet är att tillsammans med huvudmännen utveckla nationellt gemensamma informationsspecifikationer inom olika områden – t ex när det gäller uppmärksamhetsinformation (varningar om allergi, överkänslighet etc.). Denna typ av information behöver dokumenteras lika (enhetligt strukturerat och entydigt fackspråkligt) så att den aldrig misstolkas, oavsett vilket dokumentationssystem som används. Det är en fråga om patientsäkerhet. Informationsspecifikationer är alltså beskrivningar av hur den



aktuella informationen ska struktureras och kodas. De kommer att kunna användas av huvudmännen i kravställningen på informationssystemen, som ska hantera informationen.

Socialstyrelsen får också specifika regeringsuppdrag att strukturera och koda olika typer av information – t ex information i ett intyg, eller information i den kommande nationella läkemedelslistan, eller information i ett förskrivarstöd (hur ordinationsorsak ska beskrivas och kodas med Snomed CT). Dessa arbeten resulterar också i informationsspecifikationer som används för att utveckla olika tjänster hos t.ex. E-hälsomyndigheten och Inera. Ett exempel är den nationella läkemedelslistan.

- Utveckla stödet till kommunal hälso- och sjukvård att använda strukturerad dokumentation och att använda ICF och KVÅ. Webbutbildning eller annat webbaserat stöd kan behövas.
- Det är högst önskvärt att komplettera KHSV-registret med uppgifter om de vårdåtgärder (enligt KVÅ) som utförts av privata vårdgivare. Registret skulle då bli heltäckande för alla vårdgivare som utför kommunal hälso- och sjukvård, såväl i ordinärt som särskilt boende, inom ramen för det kommunala åtagandet. Detta är i sin tur en förutsättning för att kunna beskriva och följa upp den kommunala hälso- och sjukvården fullt ut. En hemställan till regeringen om nödvändiga författningsändringar bör tas fram.
- Underlätta överföring från journal till register. Detta kräver dels insatser av Socialstyrelsen när det gäller att strukturera informationen i våra register, dels insatser i verksamheterna när det gäller att dokumentera strukturerat och entydigt (vilket ställer krav på systemen). För överföring till kvalitetsregister finns tjänstekontrakt utvecklade av SKL/Inera.
- Utveckla stöd för t.ex. verksamhetschefer och MAS / MAR att analysera kommunal hälso- och sjukvård. Som stöd för systematiskt förbättringsarbete med evidens som grund.
- Stöd till sjuksköterskor som arbetsledare med och utan chefsroll. Motsvarande stöd kan även tas fram för andra arbetsledare.
- Vidareutveckla rapporten ”Att beskriva äldres behov och följa resultat inom kommunal hälso- och sjukvård”. En uppdatering bör utvidgas till att omfatta personer med funktionsnedsättning och som tillhör LSS och personer som enbart får kommunala insatser enligt HSL. Det bör också övervägas om materialet bör presenteras i digital form istället för en rapport.

## Anpassa kunskapsstöd till kommunal hälso- och sjukvård och närliggande omsorg

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och närliggande omsorg behöver utgå från samlade behov av insatser utifrån förutsättningar och önskemål om vilka aktiviteter som är viktiga för den personen. En kombination av hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser behöver ingå i kommunernas verksamheter.

Inom kommunal hälso- och sjukvård finns det behov av generella stöd som inte är knutna till en specifik diagnos. Socialstyrelsen har tagit fram en del sådana vägledningar, utbildningar m.m.

### **Exempel på generella stöd som finns tillgängliga idag:**

- Yrkesintroduktion för baspersonal
- Metodstöd för att stödja personer med nedsatt beslutsförmåga
- Läkemedelsgenomgångar för äldre (föreskrift + webbutbildning)
- Läkemedelsbehandling för äldre (webbutbildning)
- Vägledning för elevhälsan
- Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring
- Samtal och råd om bra matvanor (webbutbildning)
- Exempel på samtal om alkohol, fysisk aktivitet och tobak (filmer)
- Vägledning för att uppskatta kostnaden av insatser efter våld
- Stöd för samverkan mellan vårdnivåer
- Kvalitetsindikatorer måltidsmiljö
- Kvalitetsindikatorer för blåsdysfunktion
- Ett fall för teamet. Webbutbildning om fallprevention
- Förskrivning av hjälpmedel, Webbutbildning samt skrift
- Förskrivning av förbrukningsartiklar, webbutbildning
- Webbplatsen Samlat stöd för patientsäkerhet
- Strukturera och koda information för elektronisk hantering - Metodstöd för användning av Gemensam informationsstruktur - Version 2.0
- Webbplatsen Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem och för systematiskt kvalitetsarbete samt tillhörande handbok
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården samt tillhörande handbok
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård samt tillhörande meddelandeblad
- Handboken Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig
- Frågor och svar om välfärdsteknik (Socialstyrelsens webbplats)
- E-hälsa och välfärdsteknik i socialtjänsten (webbutbildning)
- Etik och integritet vid införande av välfärdsteknik
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2015:10) om basal hygien i vård och omsorg samt tillhörande meddelandeblad och frågor och svar
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

### **På gång:**

- Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta en nationell handlingsplan för hälso- och sjukvårdens arbete med ökad patientsäkerhet. Handlingsplanen kommer innehålla övergripande mål- och fokusområden, åtgärder samt en plan för uppföljning på regional och nationell nivå. Planen ska kunna användas av landsting, regioner och kommuner för att genom regionala handlingsplaner etablera principer, prioriteringar och målsättningar för patientsäkerhetsarbetet. I uppdraget lyfts särskilt behovet av att utveckla patientsäkerhetsarbetet och att förebygga vårdskador inom primärvården, psykiatri och den kommunala hälso- och sjukvården. Handlingsplanen tas fram i nära samråd berörda myndigheter och organisationer, SKL, huvudmännens nya organisation kring kunskapsstyrning (NSG patientsäkerhet), professions- och patientorganisationer, experter inom patientsäkerhetsområdet samt privata vårdgivare. Uppdraget ska senast avrapporteras i december 2019.
- Handbok om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete
- Socialstyrelsen arbetar med en översyn av myndighetens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Ett av fokusområdena för översynen är samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra som ska hjälpa patienten med egenvård.

### **Behov av ytterligare generella stöd:**

- Kunskapsstöd med rekommendationer om rehabilitering av äldre i hälso- och sjukvården
- Utveckling av det befintliga förskrivarstödet samt ökat stöd kring hantering av hjälpmedel inkl. medicintekniska produkter i hela vård- och omsorgskedjan.
- Samverkan kring rehabilitering och hjälpmedel vid vårdövergångar för ökad patientsäkerhet
- Kunskapsstöd med rekommendationer för insatser inom områdena munhälsa, nutrition, urin och avföringsinkontinens, sårvård inkl trycksår och svårläkta sår, fallprevention, etc.
- Stöd för implementering av kunskapsstöd om undernäring.
- Kunskapsstöd om hälsofrämjande och förebyggande samtal i socialtjänst och hälso- och sjukvård, inklusive fokus på personer med funktionsnedsättning
- Kunskapsstöd om att arbeta med personer med kognitiva funktionsnedsättningar
- Stöd för kommunerna att komma igång med markörbaserad journalgranskning inom hemsjukvård. Handbok är på gång men det behövs ytterligare stöd
- Tydliga och ändamålsenliga föreskrifter om delegering respektive egenvård
- Handbok om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården

- Kunskapsstöd om regelverk, system, roller och ansvar
- Föreskrift eller kunskapsstöd om samverkan vid utskrivning från slutenvård
- Kunskapsstöd inriktat mot MAS/MAR
- Mer kunskapsstöd om välfärdsteknik
- Kunskapsstöd för personcentrerad vård och patientdelaktighet

## Förbättringsområden inom specifika hälsoproblem

Många av Socialstyrelsens kunskapsstöd till hälso- och sjukvården beskriver hur man utreder, behandlar och rehabiliterar personer med vissa diagnoser eller hälsoproblem. Personalen i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård behöver kunna delta i vården av personer med specifika diagnoser och hälsoproblem och en del befintliga stöd skulle gå att anpassa till deras behov och förutsättningar.

Det finns områden som idag inte täcks av Socialstyrelsens nationella riktlinjer men där det finns behov av kunskapsstöd i kommunerna. Det gäller t.ex.:

- Behandling av hjärtsvikt hos äldre
- Missbruk hos äldre
- Övervikt och fetma
- Depression hos äldre
- Suicidprevention

Det har efterfrågats kunskapsstöd som tar hänsyn till att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården ofta är multisjuka och har funktionsnedsättningar. Det kan ha betydelse vid val av behandlingsalternativ och vid bedömning av målet för behandlingen. Med utgångspunkt i befintliga nationella riktlinjer kan en anpassning behöva göras för att passa vård av patienter i kommunal hälso- och sjukvård.

Det måste också tas hänsyn till att nationella riktlinjer tas fram som stöd för styrning och ledning och förutsätter att de omvandlas till vårdprogram eller på annat sätt implementeras i hälso- och sjukvården. Många kommuner saknar resurser och andra förutsättningar att omarbeta nationella riktlinjer till vårdprogram eller liknande och det innebär att den anpassningen behöver göras på nationell nivå.

De förbättringsområden som anges nedan är i huvudsak hämtade från Socialstyrelsens utvärderingar av följsamheten till nationella riktlinjer. Redovisningen är ett urval av åtgärder som vi har bedömt kan vara relevanta för kommunal hälso- och sjukvård i samverkan med landstingens hälso- och sjukvård.

Att ett förbättringsområde lyfts fram betyder att vi bedömer att vården inom det området behöver förstärkas eller förbättras. Socialstyrelsen skulle ha möjlighet att ge stöd inom dessa områden men det finns också andra aktö-

rer på nationell nivå som kan vara lämpliga att stödja kommunerna. En samordning behöver ske med SKL och de nationella programområdena och med myndigheterna i rådet för att styra med kunskap för att undvika dubbelarbete.

Socialstyrelsen behöver även beakta att regeringen har beslutat om direktiv till en utredning om Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård Dir 2018:95.

## **Områden där det finns relevanta rekommendationer inom nationell riktlinjer:**

### **Demens**

Regeringen har beslutat om en demensstrategi och Socialstyrelsen har fått i uppdrag att stödja genomförandet av demensstrategin. (Ett särskilt projekt leds av Frida Nobel.)

### **Diabetes**

Exempel på förbättringsområden som lyfts fram är en höjd utbildningsnivå inom diabetes för samtlig personal som vårdar personer med sjukdomen. Av de nationella riktlinjerna framgår att rekommendationerna behöver anpassas till personer med svår samsjuklighet och skörhet för att undvika över- och underbehandling.

### **Palliativ vård<sup>48</sup>**

Kompetensen om palliativ vård behöver öka bland personalen i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Det gäller bl.a. kompetens för samtal med patienter och närstående.

### **Depression, ångest och schizofreni**

Psykisk ohälsa finns både bland yngre och äldre personer i kommunal hälso- och sjukvård och de behöver tillgång till lämplig vård. Patienter med psykisk ohälsa drabbas oftare än befolkningen i övrigt av somatiska sjukdomar. Samverkan med den somatiska vården är viktig. Personalen i kommunerna kan bl.a. behöva mer kunskap om hur man kan förebygga och tidigt upptäcka somatiska sjukdomar.

### **Artros**

Personalen behöver kunskap om hur artros kan motverkas med bl.a. fysisk träning och kunskap om metoder för att stödja beteendeförändringar.

### **Astma och KOL**

Det kommer en ny utvärdering av riktlinjerna för Astma och KOL vid årsskiftet 2018/2019. I arbetet deltar MAS och en enkätundersökning har skickats till kommunerna. Förbättringsområdet kommer att identifieras för kommunerna.

---

<sup>48</sup> Inom detta område finns inte någon nationell riktlinje utan istället ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede.

### **MS och Parkinsons sjukdom**

Personalen behöver kunskap om hur man kan vårda patienter med MS och Parkinsons sjukdom i kommunerna. Många sköra patienter med dessa diagnoser får vård och omsorg i kommunerna, inklusive rehabilitering. Samverkan med landstingens hälso- och sjukvård är betydelsefull.

### **Hjärt- och kärlsjukvård**

Många patienter får vård och rehabilitering i kommunerna efter en hjärt- eller kärlhändelse. Fler patienter behöver få stöd till hälsosamma levnadsvanor som en del i rehabiliteringen.

### **Strokesjukvården**

En utvärdering av strokevården pågår och ska publiceras 2018.

### **Osteoporos**

Fler äldre behöver utredas och diagnosticeras för osteoporos.

### **Reumatoid artrit**

Kunskap behövs i kommunerna för att upptäcka behov av utredning och diagnostik för att om möjligt korta tiden från symtom till diagnos

### **Missbruk och beroende**

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för att ingå en överenskommelse för att etablera ett samarbete. Samverkan ökar men det är fortfarande bara drygt hälften av kommunerna och landstingen som upprättat samverkan inom området.

### **Tandvård**

Uppdatering av Nationella riktlinjer för tandvården är på gång. Brister i tandvården är en patientsäkerhetsrisk för personer i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

# Synpunkter och erfarenheter bland patienter, brukare och professioner

Socialstyrelsen har bjudit in företrädare för patienter, brukare och professioner och presenterat en bild av vårdlandskapet och diskuterat utmaningar inom kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och närliggande omsorg. Träffar har genomförts fysiskt eller som telefonmöte.

## Patienter och brukare

PRO, Funktionsrätt Sverige och medlemsförbundet Autism och aspergerförbundet har träffat Socialstyrelsen. Nedan återges några synpunkter och erfarenheter som lyftes fram:

- I dagliga verksamheter kan det vara otydligt vad som är egenvård och när det behövs delegation.
- Rehabilitering av patienter i ordinärt boende behöver förbättras.
- Det behövs bättre uppföljning av rehabiliteringen för att följa att patienterna får den vård de behöver.
- Det skulle behöva följas upp hur det fungerar med vårdövergångar så att man kan se om det blir bättre, inte minst när det gäller vårdövergångar från psykiatri.
- Samordnad individuell plan (SIP) bör användas oftare och vara tydligare. Det går att bättre förutse vilka risker som gäller för patienten och förebygga. Det är viktigt att SIPen följs upp.
- Patienter som av olika skäl uppfattas som besvärliga bOLLas ofta mellan olika verksamheter. Vården behöver organiseras så att det blir ett bättre samarbete mellan olika verksamheter och kompetenser.
- Patienter med funktionshinder riskerar att få fel diagnos eftersom det inte finns tillräcklig kunskap om olika funktionshinder bland vårdpersonalen. Extra stor risk vid multisjuklighet.
- Patienterna behöver få information om vilka rättigheter de har. Ett problem att det i Sverige inte finns en patienträttslag. Vilka möjligheter har en fast vårdkontakt att driva sin patients rättigheter?
- Ett problem som har uppmärksamats är att när en person behöver en insats enligt LSS eller SoL kan kommunen ställa krav på ett intyg från hälso- och sjukvården. Det förekommer att patienten själv måste bekosta intyget när hälso- och sjukvården inte anser att det är deras uppdrag. (I VGR finns avtal mellan Närhälsan och kommunen så kommunen kan beställa ett intyg när man behöver det.)

## Professionsorganisationer och yrkesgrupper

Socialstyrelsen har bjudit in och fått synpunkter från Dietisternas riksförbund, Fysioterapeuterna, Kommunalarbetsförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, Sveriges arbetsterapeuter och Läkarförbundet. Nedan återges några synpunkter och erfarenheter som lyftes fram.

- I situationer när kommunen ska tillämpa både SoL och HSL är erfarenheten att biståndsbedömningen blir styrande för hälso- och sjukvårdsinsatserna. Det beskrivs som ett kulturellt problem att omsorgskulturen är starkare än vårdkulturen. Vårduppdraget behöver bli tydligare i kommunerna. Det behövs mer teamarbete mellan vård och omsorg.
- Den kommunala hälso- och sjukvården behöver vara en integrerad del i hälso- och sjukvården.
- I den kommunala hälso- och sjukvården skulle man kunna göra mer för att rehabilitera äldre personer. Det beskrivs som en åldersdiskriminering.
- MAR-gruppen uppfattar att det idag finns större behov av mer kvalificerad sjukvård i kommunerna.
- Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård gör det svårare för kommunerna. Det finns en risk för att patienter skyfflas runt och att det inte blir en bra vård. Vårdplaneringen är viktig. Ansvaret för att det ska fungera ligger långt ut i organisationen och det kan bli problem om man inte har stöd från ledningsnivån.
- Kompetensplaneringen i kommunerna behöver utvecklas. Arbetet med det nationella planeringsstödet lyfts fram. Det framfördes att kommunerna bör arbeta tydligare med kompetensförsörjningsfrågorna i kvalitets- och ledningssystemen. Vilken kompetens har man i förhållande till uppdraget? Socialstyrelsen kan ha en roll att stödja kommunerna.
- Det behöver finnas bättre möjligheter för kompetensutveckling och karriärmöjligheter i kommunerna. Kommunerna behöver satsa på specialistutbildad personal. Det är en för liten andel personal med vårdutbildning respektive legitimation och specialistutbildning.
- En kunskapskultur efterfrågas. Ledningen behöver stödja en kunskapskultur där man är positiv till forskning, praktiktjänstgöring, kompetensutveckling, m.m.
- Titeln undersköterska säger i dag inte så mycket om vad en person har för kompetens. Det behöver regleras. Bra att frågan utreds.
- Det förekommer att arbetsgivarna ställer för låga kompetenskrav på baspersonalen.
- Kommunerna bör bli mer involverade i kvalitetsregistren. Viktigt att de används i kommunerna.



# Analys och prioriteringar för 2019 och framåt

Socialstyrelsen vill genom målgruppsanpassade stöd ge förutsättningar för en mer jämlik kommunal vård och omsorg av god kvalitet. Förstudien syftar till att ta fram ett förslag på stöd som Socialstyrelsen kan erbjuda kommunerna och personalen i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

Nedan redovisas ett samlat paket av insatser som bedöms viktiga för att åstadkomma en förflyttning som tydliggör kommunernas insatser inom hälso- och sjukvården och stödinsatser som i större utsträckning utgår från behoven i den kommunala hälso- och sjukvården.

Förslaget innebär en långsiktig förändring som behöver gå i takt med arbetet mot en god och nära vård som initierats av regeringen och som bl.a. bereds inom utredningen om en God och nära vård under ledning av Anna Nergårdh. Förslag från utredningen om en god och nära vård kan komma att leda till att ytterligare steg tas för att underlätta och tydliggöra kommunernas uppdrag inom hälso- och sjukvårdsområdet. Eftersom förslagen i förstudien bygger på en övergripande analys och det kan komma att ske förändringar i omvärlden som påverkar prioriteringar behöver det finnas en beredskap att göra justeringar i planen.

Genom att göra den kommunala hälso- och sjukvården mer synlig ökar förutsättningarna för att beslutsfattare på alla nivåer får en bättre helhetsbild av hälso- och sjukvården och hur ansvarsfördelningen ser ut mellan kommuner och landsting. I praktiken fordras en väl fungerande samverkan mellan flera aktörer för många multisjuka personer med behov av både vård och omsorg.

Bättre målgruppsanpassade stöd till den kommunala hälso- och sjukvården ger förutsättningar att främja en mer jämlik hälso- och sjukvård. Med målgruppsanpassade stöd kan hänsyn tas till de särskilda förutsättningar som gäller för den kommunala hälso- och sjukvården. Det är också angeläget att skillnaderna mellan kommunerna inte är för stora. Med utvecklade kunskapsstöd och stöd till kompetensutveckling förbättras förutsättningarna för en mer jämlik vård.

Hur väl den kommunala hemsjukvården kan motsvara behov hos individer med komplexa vård- och omsorgsbehov är också beroende av hur socialtjänstens insatser fungerar. Att fler vårdas hemma med stora vårdbehov ställer krav omsorgen. Därför behövs ett helhetsperspektiv. Inom ramen för de aktiviteter som planeras finns det skäl att överväga om och hur omsorgen bör involveras.

Kartläggningen av vårdlandskapet visar att den kommunala hälso- och sjukvården är extra viktig för kvinnor. I de högre åldrarna finns det en tydlig övervikt för kvinnor i kommunal hälso- och sjukvård, även när hänsyn tas till att kvinnor lever längre än män. Det avspeglar att kvinnor har ett större behov av kommunal hälso- och sjukvård än männen. En satsning på att stärka

kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården kommer därför i större utsträckning komma kvinnor till del.

Mot bakgrund av den information som har sammanställts och redovisats i rapporten, diskussioner som har förts inom piloten inom partnerskapet mellan Socialstyrelsen, RSS och SKL samt styrelsen för Riksförbundet MAS MAR, samt patienter, brukare och företrädare för yrkesgrupper och professioner har följande slutsatser dragits. Förslagen på insatser utgår från vad som har samlats in från enheterna och diskussioner i projektets analysgrupp. Förslaget omfattar aktiviteter som kommer behöva bedrivas parallellt under några års tid.

För att genomföra aktiviteterna behövs i flera fall ytterligare behovs- och målgruppsanalyser för att inrikta och avgränsa aktiviteterna. De slutsatser som har redovisats från tidigare behovs- och målgruppsanalyser kan vara vägledande.

Samverkan i Partnerskapet med Socialstyrelsen, SKL och Regionala samverkans- och stödstrukturerna behöver fortsätta. Genomförandet av enskilda aktiviteter kommer behöva ske i samverkan med företrädare för kommuner berörda nationella programområden inom systemet för kunskapsstyrning, myndigheter i rådet för styrning med kunskap och företrädare för patienter och professioner och andra yrkesgrupper. Varje delprojekt/aktivitet behöver vid fortsatt planering säkerställa samverkan och tillgång till kunskapsunderlag m.m. för ett behovsdrivet utvecklingsarbete och för att undvika dubbelarbete.

## **1. Beskrivning av de regler som styr den kommunala hälso- och sjukvården**

Regler om kommunal hälso- och sjukvård kan vara svåra att tillämpa i praktiken. Detta beror bland annat på att regelverket är generellt utformat och inte alltid ger kommunerna den vägledning som de behöver. Tillämpningen försvåras också av variationerna på organisatoriska lösningar som förekommer och till exempel mångfalden av privata utförare i den kommunala hälso- och sjukvården. Därutöver kan det också uppstå gränsdragningsproblem kring vad som är socialtjänst och hälso- och sjukvård samt mellan kommunens och landstingets ansvar för hälso- och sjukvården och omsorgen. Det skulle kunna vara till nytta för kommunerna att få en beskrivning av de regler som styr den kommunala hälso- och sjukvården och närliggande omsorgen.

Socialstyrelsen skulle kunna bidra med att:

Ge en beskrivning av de regler som styr den kommunala hälso- och sjukvården och närliggande omsorgen för att ge kommunerna en bättre överblick av regelverket och bättre förutsättningar att bedriva sin verksamhet. Om rättsläget medger det skulle beskrivningen också kunna innehålla svar på svåra frågor som identifierats i förstudien, t.ex. frågor om sekretess och tystnadsplikt.

## **2. Stöd till samverkan**

Patienter i kommunal hälso- och sjukvård har ofta även behov av åtgärder från landstingens hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten. Inom ramen för lagar och föreskrifter finns möjligheter att ordna samver-

kan på olika sätt. Det fordras t.ex. att landstinget sluter avtal med kommunerna inom landstinget om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. För att patienterna ska få en god vård och att övergångar mellan vårdgivare ska fungera väl förutsätts en väl fungerande samverkan inom kommuner, mellan kommuner och mellan kommuner och landsting samt mellan olika utförare av äldreomsorg, i både enskild och offentlig regi. Från patientens perspektiv kan det beskrivas som att det ska finnas en fungerande vårdkedja.

Det saknas en nationell överblick av hur samverkan är ordnad genom överenskommelser eller organisatoriska lösningar. I färdplanen mot en god och nära vård pekas på en förflyttning som redan har påbörjats i kommuner och landsting. Olika former för samverkan har börjat utvecklas. Ökad kännedom om olika modeller skulle kunna vara ett stöd för kommuner och landsting som önskar utveckla samverkan och det skulle också vara ett underlag för analyser av utvecklingen på nationell nivå.

Socialstyrelsen skulle kunna bidra med att:

- Samla och sprida information om olika modeller för samverkan, vilka överenskommelser som träffas och organisatoriska lösningar

### **3. Synliggöra kommunal hälso- och sjukvård i beskrivningarna av hälso- och sjukvården**

Den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården behöver uppmärksammas mer. Många som arbetar i kommunerna uppfattar att patienterna har komplexa hälsoproblem och att uppdraget att ge hälso- och sjukvård i ordinarie boende har blivit allt mer omfattande. De tekniska möjligheterna att ge vård i hemmet har ökat och vårdtiderna på sjukhusen är kortare, bl.a. till följd av att utskrivningsklara patienter skrivs ut snabbare. Behoven av sjukvårdsåtgärder i ordinarie boende har ökat vilket ställer större krav på kommunerna.

Kommunerna ansvarar för att patienter i den kommunala hälso- och sjukvården får en god vård för sina hälsoproblem, inklusive rehabilitering, habilitering och hjälpmedel.<sup>49</sup> Ca 400 000 patienter får hälso- och sjukvård i kommunerna under ett år och kommunerna svarar för 25 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården. Samtidigt fokuserar beskrivningar av hälso- och sjukvården ofta på den vård som ges av landstingen.

Den kommunala hälso- och sjukvården behöver bli mer synlig och ingå som en del i hälso- och sjukvårdssystemet för att andra aktörer ska involvera kommunerna i utvecklingen av hälso- och sjukvården.

En beskrivning på nationell nivå av den kommunala hälso- och sjukvården bör tas fram regelbundet. Den kan t.ex. innehålla:

---

<sup>49</sup> 12 kap. 1 och 5 §§ HSL

- kommunernas uppdrag (och viktiga regelförändringar),
- rollfördelningen mellan olika huvudmän och vårdgivare,
- tillgång på personal med olika kompetenser,
- antal patienter i olika verksamheter och deras hälsoproblem,
- vilka vårdåtgärder och andra närliggande insatser som ges i kommunerna och
- hur kvaliteten är i vården.

Socialstyrelsen skulle kunna bidra till att synliggöra den kommunala hälso- och sjukvården genom att:

- Tydligare lyfta fram vilka behov patienter i kommunal hälso- och sjukvård har, vilka hälso- och sjukvårdsåtgärder de får och resultatet av verksamheten.
- Beskriva exempel på hur den kommunala hälso- och sjukvården utvecklas
- Ta fram ny information t.ex. genom sambearbetningar med kvalitetsregister (under förutsättning att det inte finns rättsliga hinder)
- Utveckla fler öppna jämförelser om kommunal rehabilitering
- Hemställa om författningsändring för att samla in uppgifter från privata vårdgivare till registret för kommunal hälso- och sjukvård
- På några års sikt ta vara på möjligheter som förändringarna i kommunala hälso- och sjukvårdsregistret kommer ge
- Uppmärksamma kommunernas behov vid framtagande av kunskapsstöd och inkludera den kommunala hälso- och sjukvården i uppföljningar och utvärderingar

#### **4. Stöd till att utveckla mål och nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård**

Huvudmännen har efterlyst stöd till prioriteringar av kommunal hälso- och sjukvård. I arbetet med förstudien har det framförts att hälso- och sjukvården inte uppmärksammas tillräckligt på ledningsnivå inom kommunerna. MAS och MAR uppfattar att de inte alltid har tillräckligt stöd från ledningsnivå för att genomföra de insatser som behövs för en god och säker vård.

I den politiska processen ställs behov inom hälso- och sjukvården mot andra angelägna behov. Ett mindre antal nyckeltal som kan ge information om kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården skulle kunna vara ett stöd för prioritering av hälso- och sjukvård i förhållande till andra insatser. Socialstyrelsen skulle i samverkan med partnerskapet, beställare, verksamhetschefer och MAS MAR m.fl. kunna utveckla förslag på mål och nyckeltal för en god kommunal hälso- och sjukvård. I detta ingår även att utveckla mått och mätning av patientdelaktighet och nytta/nöjdhet.

En utgångspunkt för arbetet bör vara de indikatorer för god och jämlik vård som Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att ta fram. De indikatorer som idag tas fram inom ÖJ för

kommunal hälso- och sjukvård bör också finnas med som en utgångspunkt. I uppdraget bör även ingå att analysera behovet av att komplettera urvalet av de befintliga indikatorerna för att fånga det som är viktigt att följa i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och närliggande omsorg. Det skulle också vara värdefullt att göra en internationell omvärldsanalys för att kartlägga vilka mått som används i några andra hälso- och sjukvårdssystem.

Socialstyrelsen skulle kunna bidra med:

En förstudie för ett sådant arbete skulle kunna genomföras med start år 2019.

#### **5. Stöd för kunskapsbaserad omvårdnad, prevention, rehabilitering och habilitering m.m.**

Många patienter i kommunal hälso- och sjukvård har komplexa hälso-problem och är sköra. Det finns behov av ett samlat kunskapsstöd för patienter med komplexa hälsoproblem som är anpassat efter behoven i kommunerna. Ett sådant kunskapsstöd behöver fokusera på omvårdnad, prevention, rehabilitering och habilitering och inte utgå från specifika diagnoser. Stödet behöver utformas så att det främjar samverkan mellan huvudmännen för hälso- och sjukvård och mellan kommunalt finansierad hälso- och sjukvård och närliggande omsorg. De särskilda förutsättningar som gäller för vård av patienter i ordinärt boende bör uppmärksammas.

Socialstyrelsen skulle kunna bidra med att:

- Utveckla stödet om rehabilitering i hälso- och sjukvården
- Utveckla stödet om hjälpmedel inkl. medicintekniska produkter i hela vård- och omsorgskedjan. Samverkan kring rehabilitering och hjälpmedel vid vårdövergångar. Socialstyrelsen publicerade 2016 en nationell kartläggning av regler, avgifter, tillgång och förskrivning av hjälpmedel i kommuner och landsting. En uppföljning av den rapporten behöver göras om några år.
- Ta fram kunskapsstöd med rekommendationer för insatser inom områdena munhälsa, nutrition, urin och avföringsinkontinens, sårvård inkl trycksår och svårläkta sår, fallprevention, etc. Ett samlat kunskapsstöd med indikatorer och målnivåer kan underlätta förbättringsarbete i kommunerna.
- Kunskapsstöd om hälsofrämjande och förebyggande samtal i socialtjänst och hälso- och sjukvård, inklusive fokus på personer med funktionsnedsättning. (Med utgångspunkt i NR för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor göra en vägledning för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.)

- Utveckla stöd för att följa upp egenvård och delegeringar i kommunal hälso- och sjukvård och i samverkan med landstingen.
- Översyn av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.
- På sikt utveckla mer kunskapsstöd om välfärdsteknik. Först avvakta piloten om välfärdsteknik inom partnerskapet för att se vad Socialstyrelsen ev. bör bidra med

## 6. Stöd till kunskapsbaserad vård vid särskilda diagnoser

Kunskapsstöd för hälso- och sjukvården utgår ofta från behoven i landsting och regioner och de som arbetar i kommunerna har svårt att hitta vad som är relevant för dem. Samtidigt vet vi att många patienter i kommunal hälso- och sjukvård har motsvarande hälsoproblem som personer som bara får hälso- och sjukvård i landstingen. Det är därför viktigt att kommunerna erbjuder en kunskapsbaserad vård som följer rekommendationer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. En genomgång bör göras för att se vilka rekommendationer som är relevanta för kommunal hälso- och sjukvård och hur de bör göras tillgängliga för kommunerna.

Många av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna har tagits fram med stöd av studier som har en annan studiepopulation än de patienter som finns i kommunal hälso- och sjukvård. De befintliga nationella riktlinjerna kan behöva kompletteras med en vägledning för att ge stöd till den kommunala hälso- och sjukvården när det gäller tillämpningen av rekommendationer i de nationella riktlinjerna. Ett särskilt fokus bör vara att ge lämplig sjukvård till multisjuka sköra patienter.

Från RSS har särskilt lyfts fram behovet av kunskapsstöd när det gäller palliativ vård, psykisk ohälsa, missbruk, hjärtsvikt, övervikt och fetma.

De särskilda förutsättningar som gäller för vård av patienter i ordinärt boende bör uppmärksammas.

Socialstyrelsen skulle kunna bidra med:

- Kunskapsstöd om vård vid särskilda diagnoser med utgångspunkt från myndighetens nationella riktlinjer. Hänsyn bör tas till att många patienter i kommunerna är multisjuka och har funktionsnedsättningar och de särskilda förutsättningar som kan gälla att ge vård i någons hem. Arbetet bör ske i samverkan med motsvarande NPO.

## 7. Stöd till kompetensutveckling

En utmaning för den kommunala hälso- och sjukvården är att rekrytera, utveckla och behålla personal med rätt kompetens. Det finns behov av

kompetensutveckling av personal på alla nivåer. Det gäller både personal som möter patienter och personal som t.ex. svarar för planering, beställning, uppföljning och underlag till den politiska nivån, samt chefer och ledare. Socialstyrelsen tillsammans med Universitetskanslersämbetet stödjer en utvecklad samverkan och tar fram stöd för planering av kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.

Mycket av patientarbetet i den kommunala hälso- och sjukvården utförs av baspersonal och deras kompetens varierar. En utredning har i uppdrag att lämna förslag på en reglering av yrket undersköterska i syfte att öka kvaliteten och säkerheten i hälso- och sjukvården och omsorgen. Socialstyrelsen arbetar med att ta fram förslag till kompetenskrav för undersköterskor. På sikt kan det leda till en mer likartad kompetens inom gruppen undersköterskor.

Socialstyrelsen tar fram stöd för kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Ofta görs det i form av ett paket med webbutbildning, diskussionsunderlag, introduktionsmaterial och guider för den som ska leda kompetensutvecklingen i verksamheten.

Socialstyrelsen skulle kunna bidra med stöd för kompetensutveckling t.ex. inom följande områden:

- Utbildning om strukturerad dokumentation och klassifikationerna ICF och KVÅ .
- Utbildning om egenvård och delegering
- Utveckla kunskapsstöd för kompetenshöjande insatser med fokus på hälsofrämjande arbetsmetoder inom geriatrik och gerontologi, anpassat för vård och omsorgspersonal inom kommunal hälso- och sjukvård.