

Ett innovationsprojekt kring vård i hemmet för patienter med infektionssjukdom

Slutrapport

Datum 2025-02-13	Diarienummer	Kiowa Stofkoper, omställning HoS I samarbete med Infektionskliniken Falun Falu kommun Primärvård Falun Arbetsterapi och kuratorsenhet Falun Fysioterapien Dalarna Akutverksamheter Falu lasarett Innovationsstaben
Giltigt t.o.m	Versionsnummer 1.0	
Godkänt av ?		



Innehåll

1	Sammanfattning.....	3
2	Inledning	3
2.1	Syfte.....	3
3	Bakgrund och kontext	4
3.1	Relevanta definitioner och begrepp	4
3.2	Vård i hemmet.....	6
3.3	Hur formella regelverk, informella normer och arbetsätt påverkar förutsättningarna för samverkan mellan kommun och region gällande vård i hemmet.....	6
3.3.1	Förskjutning specialistvård till primärvård	6
3.3.2	Oskarpa gränser mellan specialistvård och primärvård	7
3.3.3	Kommunen kan i vissa fall vara vårdgivare för uppgifter där regionen är huvudman	7
3.3.4	Översyn och revidering av Dalarnas hemsjukvårdsavtal pågår 7	
3.3.5	Dalarnas samverkansprocess vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård är under förändring	8
3.3.6	Ny socialtjänstlag 2025	9
4	Metod.....	9
5	Genomförande.....	10
5.1	Utforska och förstå behov.....	10
5.1.1	Verksamhetsperspektiv – Infektionskliniken	10
5.1.2	Invånar- och patientperspektiv	14
5.1.3	Systemperspektiv	17
6	Resultat och framsteg	20
6.1	Prototyp vårdflöde	20
6.1.1	Centrala aktiviteter i flödet.....	20
6.1.2	Olika behov ger olika vårdflöden	23
6.2	Test och simulering	24
7	Utmaningar och hinder.....	24
8	Minipilot utifrån ändrade förutsättningar – en ny lösning.....	25
9	Möjligheter	26
10	Sammanfattande analys och slutsatser.....	29
10.1	Byggstenar för framtidens arbete och nästa steg	29
11	Referenslista.....	31

1 Sammanfattning

Under 2024 genomfördes ett projekt initierat av Infektionskliniken Falun kring att utforska möjligheter för att erbjuda infektionsspatienter tidig hemgång och vård i hemmet i samverkan med kommunal och regional primärvård inom Falun. Syftet med projektet var att, med befintliga resurser och med nya gränsöverskridande arbetssätt, utforska möjligheter för hur invånare som insjuknar med en akut infektionssjukdom och har behov av specialistvård ska kunna leva sitt liv och vara i sin vardag så gott det går fast hen är sjuk. Under våren genomfördes patientintervjuer, workshopar med identifierade relevanta aktörer för att identifiera utmaningsområden och därefter lösningsförslag. En arbetsgrupp med representanter från dels regional- och kommunal primärvård samt specialistvård bildades och utvecklade en prototyp till vårdflöde med ambition att testa i liten skala. Projektet stötte på utmaningar när kommunen drog sig ur, då flera hinder identifierats som kommunen ansåg behövde överbryggas för att kunna gå vidare. Dessa handlade bl.a. om resursförskjutning mellan kommun och region, kompetensbehov, ekonomisk reglering och nuvarande avtal, regelverk och arbetssätt. Detta medförde att det framtagna vårdflödet ej kunde testas enligt plan. En omfallsplan gjordes och genomförande av en minipilot kring delar av vårdflödet gjordes med fokus på det som infektionskliniken kunde göra inom egna ramar som egenmonitorering, rond på distans samt antibiotikapump i hemmet. Minipiloten genomfördes under Q1 2025 där en patient behandlades med antibiotikapump i hemmet, vilket resulterade i minskad inneliggande vårdtid och en nöjd patient som kunde leva sitt vanliga liv hemma. Stort engagemang för att utveckla nya arbetssätt kring vård i hemmet har visats under projektets gång, men för att nå ytterligare framgång över huvudmannagränser krävs bättre förutsättningar för innovation, samverkan och samarbete.

2 Inledning

Vårdtiderna har ökat på infektionskliniken för alla åldrar under den senaste femårsperioden. Inneliggande vård medför risker för minskad mobilisering och sjukhusförvärvade infektioner. Erfarenheten är också att multisjuka äldre blir inneliggande med många vårddygn, trots relativt stabil hälsostatus. Bemanningssituationen på kliniken är ytterligare en utmaning. Detta sammantaget med ekonomiska besparingskrav och den demografiska utmaningen Dalarna står i redan idag, och som prognostiseras bli allt svårare framåt driver på behov av att hitta nya arbetssätt som utmanar nuvarande organisation, kultur och vårdtjänster.

Med utgångspunkt i dessa utmaningar startade projektet med en **vision att ingen patient ska ligga på sjukhus i onödan om det är möjligt att få vård i hemmet**. Därmed påbörjades ett arbete under 2024 för att i samverkan med kommunal och regional primärvård utforska möjligheter för att de infektionsspatienter som vill och bedöms lämpliga kan erbjudas vård i hemmet och därmed gå hem i ett tidigare skede än vad som är möjligt idag.

2.1 Syfte

Syftet med projektet var att, med befintliga resurser och med nya gränsöverskridande arbetssätt mellan kommun och region, utforska möjligheter för hur invånare som insjuknar med en akut infektionssjukdom

och har behov av specialistvård ska kunna leva sitt liv och vara i sin vardag så gott det går fast hen är sjuk. På detta sätt möjliggöra minskad inneliggande vårdtid,

Att kunna erbjudas vård i hemmet trots behov av större insatser än vad som normalt kan erbjudas hemma kan ge bättre förutsättningar för att kunna leva livet och möjliggöra hälsa, än att ligga passiv i en sjukhussäng. Syftet är också att möjliggöra ökad delaktighet och självbestämmande.

Syftet med slutrapporten är att utgöra ett underlag för beslut kring fortsatta ramar och förutsättningar framåt för projektet, eller liknade initiativ, men också med en ambition att inspirera till innovation och nya gränsöverskridande arbetssätt för Dalarnas invånares bästa.

3 Bakgrund och kontext

I landet pågår en omställning av hälso- och sjukvården till en god nära vård med en åldrande befolkning som en drivande faktor. Att ställa om hälso- och sjukvården till en god, nära, personcentrerad, och samordnad vård som stärker hälsan är ett regeringsuppdrag till samtliga kommuner och regioner, där samverkan mellan kommun och region är central (SKR, 2023). Denna nationella omställning går i linje med WHO:s mål att åstadkomma allmän hälso- och sjukvård runtom i världen. För att uppnå detta mål, fastslår WHO att det krävs ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggt kring institution och sjukdomar. När nya hälsotjänster och system utvecklas behövs en integrerad och personcentrerad ansats. Vårdbehoven i befolkningen har förändrats i samband med att fler personer med kronisk sjukdom med stora vårdbehov kan leva längre (Sveriges kommuner och regioner [SKR], 2022). I Sverige råder en akut brist på disponibla vårdplatser, vilket ökar behovet av alternativa vårdformer (Smith, 2024). Innovativa lösningar och nya arbetssätt behövs för att bättre bemöta invånares behov och använda resurser ändamålsenligt, vilket innebär att nuvarande system behöver utmanas. Citat *“Every system is perfectly designed to get the results it gets.”* - Edwards Deming kan ge inspiration till omställningsarbetet.

3.1 Relevanta definitioner och begrepp

- **Avancerad hemsjukvård:** enligt Dalarnas vårdavgiftshandbok definieras det som "Läkarledd "dygnet-runt-vård" av patient som annars skulle ha vårdats inom slutenvården." Finns ingen definition i Socialstyrelsens termbank av avancerad eller specialiserad hemsjukvård. Det finns ingen tydlig gränsdragning mellan allmän och specialiserad hemsjukvård (Smith, P. 2024).
- **Egenvård:** hälso- och sjukvårdsåtgärder som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan göra själv eller ed hjälp av någon annan som t.ex. närstående, personlig assistent, personal från ett HVB-hem eller annat boende. Egenvård är inte hälso- och sjukvård och omfattas inte av HSL. Bedömning, planering och uppföljning är däremot hälso- och sjukvård (SKR/Spak, E. 2022).
- **Hemsjukvård:** hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tid (Socialstyrelsens termbank). Kan ges på både primärvårdsnivå

och på specialiserad nivå. Huvudman kan vara både kommun och region (SKR/Spak, E. 2022). Hemsjukvård kan ges i ordinarie bostad eller i särskilt boende som till exempel äldreboende eller demensboende (Kunskapsguiden, 2024). Hemsjukvården kan innehålla medicinska insatser, rehabilitering och omvårdnad. Hemsjukvård kan omfatta alltifrån enkla avgränsade vårdåtgärder med flera dagars mellanrum till sjukvård med många besök och åtgärder per dygn för svårt sjuka patienter.

- **Hemsjukvårdsbesök:** vårdkontakt inom hemsjukvård som innebär personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. (Socialstyrelsens termbank).
- **Hemtjänst:** Hemtjänst är bistånd i form av service och personlig omvårdnad i hemmet (den enskildes bostad eller motsvarande). Hemtjänst kan också innehålla dagliga sysslor som städning, inköp och matlagning. Parallellt med hemtjänst kan en person få hemsjukvård. Från och med 1 juli, 2022, ska den som har hemtjänst erbjudas fast omsorgskontakt. Parallellt med hemtjänst kan en äldre person ha behov av hemsjukvård (Kunskapsguiden, 2024).
- **Hälso- och sjukvård i hemmet:** Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande. Huvudman kan vara både kommun och region (SKRS/Spak., E, 2022).
- **Komplexitet:** "när det i en situation, en fråga eller organisation finns:
 - många olika perspektiv, skillnader i åsikter, perspektiv och kunskap mellan organisationer, professioner eller individer.
 - en hög grad av ömsesidiga beroenden när individer, organisationer och frågor är sammanvävda med varandra vilket gör det svårt att överblicka eller kontrollera." (Palmberg Broryd, 2021)
- **Samverkan:** "en process som är ämnad att skapa nytänkande, nytt agerande, ny förståelse och nytt lärande i en specifik fråga. Samverkan innebär ett gemensamt agerande och gemensam handling." (Bottheim & Zingmark, u.å.).
- **Slutenvård:** hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård (Socialstyrelsens termbank) eller "från hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) 2 kap paragraf "Med slutenvård avses i denna lag hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning".
- **Specialiserad vård:** Vårdsnivå för hälso- och sjukvårdstjänster som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård. Regionen är huvudman men kommunens personal kan i begränsad utsträckning medverka i utförandet (SKR/Spak, E., 2022). Gränsen mellan primärvård och specialiserad vård bestäms av om det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

3.2 Vård i hemmet

I Sverige är vård i hemmet ett vedertaget koncept men vad det faktiskt innebär och dess tillgänglighet skiljer sig utifrån person och geografisk plats, på grund av otydlighet i lagstiftning och hur vården samordnats regionalt (Smith, P. 2024). Internationellt så har en alternativ vårdform, Hospital at Home (HaH), funnits flera decennier och fått framfart (Smith, P. 2024). Hur modellen ser ut i respektive land beror på dess sjukvårdssystem men HaH innefattar generellt sjukhusvård i hemmet för patienter med akuta eller subakuta tillstånd som annars skulle innebära en sjukhusinläggning. Det finns några exempel i Sverige där man utvecklat olika former av HaH, bl. a. mobila sjukhusteam, med goda resultat gällande såväl vårdkvalitet som resurseffektivitet. I Region Skåne är det specialistvården (organiserat till sjukhuset) som står för teamet, men t.ex. vårdnivån benämns som öppenvård (Borgström, K. 2023). På Caphio St Göran så är patienten fortsatt inskriven i slutenvården som en ineliggande patient men har en virtuell vårdplats i hemmet med hjälp av digitala verktyg och får akut sjukvård i hemmet med hembesök av vårdpersonal från vårdavdelning (Caphio St Göran, 2024). Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg har länge erbjudit vård i hemmet från olika verksamheter och i olika former (Sahlgrenska universitetssjukhuset VGR, 2023). Med "Sahlgrenska hemma" tas detta ett steg längre, där målet är att vård i hemmet ska vara förstahandsvalet. Konceptet innefattar mobila team, egenmonitorering och ambulanssjukvård för att undvika slutenvård när det är möjligt. I september 2024 skrevs den första patienten in. Patienten bedömdes först av ambulanspersonal, följt av ett besök från närsjukvårdsteamet och därefter dygnet-runt kontakt med vården. Samtidigt fortsatte kommunens vanliga insatser och kommunen hade direktkontakt med sjukhusets jourläkare för specialistvård. Resultaten var goda gällande såväl behandling och patientens trygghet.

3.3 Hur formella regelverk, informella normer och arbetsätt påverkar förutsättningarna för samverkan mellan kommun och region gällande vård i hemmet

I och med att ambitionen var att hitta nya gränsöverskridande arbetssätt är det av vikt att känna till de formella regelverk och informella normer och arbetssätt som påverkar förutsättningarna för samverkan mellan kommun och region. Det har blivit tydligt under arbetets gång att dessa förutsättningar är komplexa och inte statiska utan under pågående förändring och behöver således kontinuerlig bevakning.

3.3.1 Förskjutning specialistvård till primärvård

I och med lagändringen av primärvårdens uppdrag, sedan 1 juli 2021, har en förskjutning av vad som ingår i primärvårdens uppdrag skett och därmed vilket ansvar kommunerna kan ha. Det innebär att primärvården kan ansvara för mer kvalificerad vård och kommunernas hälso- och sjukvård kan vidta åtgärder som inte enbart är enkla och okomplicerade (SKR, 2022). Genom samverkansavtal med den kommunala hemsjukvården skulle sjukhuset kunna få en förlängd arm (Smith, P. 2024), vilket är särskilt intressant utifrån Dalarnas glesbygdsperspektiv.

3.3.2 Oskarpa gränser mellan specialistvård och primärvård

Ansvarsgränser förflyttas kontinuerligt mellan slutenvård, öppen specialistvård och primärvård i och med att den medicinska och tekniska utvecklingen går snabbt fram (SKR, 2022). Det är svårt att bestämma var exakt gränsen går för kommunen respektive regionens ansvar, trots lagstiftningen (12 och 14 kap. 1 paragraf HSL) utgår ifrån att ansvaret är antingen kommunen eller regionens. **Exakt vilka insatser som kan ges i hemmet och vilken huvudman som har ansvar för vad, framgår inte av lag.** En ledstjärna kan vara att vården i hemmet ska vara god och säker och ta hänsyn till patientens önskemål.

Några tydliga ansvarsfördelningar, enligt SKR (2022):

- Regionen har alltid ansvar för läkarinsatser till patienten och för specialiserad vård.
- Kommunen har alltid ansvar för hälso- och sjukvård i Säbo (Särskilt boende för äldre) på primärvårdsnivå utom läkarinsatser och för all socialtjänst.
- Regionen kan överlåta huvudmannaskapet för hälso- och sjukvård i hemmet på primärvårdsnivå utom läkarinsatser till kommun. Sådana avtal finns mellan regionerna och 265 kommuner.

3.3.3 Kommunen kan i vissa fall vara vårdgivare för uppgifter där regionen är huvudman

SKR (2022) bedömer att det finns begränsat utrymme för en region och en kommun att avtala om att kommunen ska utföra vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter på uppdrag av regionen, förutom de som kan överföras enligt 14 kap. 1 § HSL. Detta kan göras genom så kallad *anknytningskompetens*, där en kommunal verksamhet eller åtgärd som normalt inte är en kommunal uppgift ändå kan godtas om den har ett naturligt samband med kommunens ordinarie verksamhet och är av begränsad omfattning. Exempel på sådana uppgifter kan vara primärvård eller vissa specialiserade vårduppgifter. I dessa fall behåller regionen huvudmannaskapet, medan kommunen fungerar som vårdgivare. Ett avtal kan säkerställa att samverkan fungerar, och förutsättningar för sådan samverkan är att inga särskilda resurser krävs och att det är av allmänt intresse för kommunens invånare. En sådan lösning kan vara godtagbar utan upphandling om det sker inom ramen för direktupphandling.

Det kan även vara möjligt att samverka enligt det så kallade *Hamburgundantaget*, där samarbetet handlar om att uppnå gemensamma mål, inte om rena tjänsteköp. Ersättningen ska då täcka kostnader.

3.3.4 Översyn och revidering av Dalarnas hemsjukvårdsavtal pågår

Hemsjukvårdsavtalet ("Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Dalarnas län", 2012) i Dalarna har gällt sedan 2013, avtalet styr regional och kommunal hälso- och sjukvård i samverkan. Lagstiftning har förändrats sedan dess. Nuvarande avtal vilar på Hälso- och sjukvårdslagen som är daterad till 1982(:763.) Den idag gällande Hälso- och sjukvårdslagen är upprättad 2017(:30). Därtill har patientlagen (2014), Lag om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård (2017) tillkommit samt Hälso- och

sjukvårdslagen har förändrats med reformering av primärvård (2021 och 2022).

I dialog med olika intressenter (bl.a. en sektorchef äldreomsorgen, en verksamhetschef vårdcentral, en sektionschef hälso- och sjukvård i en kommun, tre områdessamordnare, en verksamhetsutvecklare primärvården) tolkas avtalet på väldigt olika sätt i de olika kommunerna, särskilt den s.k. "tröskelprincipen". Tröskelprincipen innebär att patienter i första hand ska ta sig till vårdcentralen för vård. Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet ska endast erbjudas till personer som inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral. Att hemsjukvårdsavtalet tolkas och tillämpas olika i länet framgår också i utredningen "En fungerande vård i hemmet är en förutsättning för att nå målen med god och nära vård" (Dahlman och Jonsson, 2022). I utredningen granskades avtalet och förslag på uppdatering och förtydligande av avtal har lagts fram. Fortsatt utredning har gjorts av en projektgrupp under 2023.

I dialogerna framgick att det råder mycket olika syn på avtalet: å ena sidan lyfts avtalet som en tydlig avgränsning och avgörande för arbetet framåt men å andra sidan anses att avtalet kan kringgås och rent krasst "struntas i".

Även på länschefsnätverket har avtalet diskuterats och i minnesanteckningarna (från 231002) står beskrivet att hemsjukvårdsavtalet fortfarande behöver finnas som grund för kommunernas övertagande av hemsjukvård i ordinärt boende, men det är delvis föråldrat och kan behöva ses över både språkligt och strukturellt. Länschefsnätverket ansåg att avtalet inte längre ger relevant stöd för det praktiska arbetet och kan snarare hindra omställningen till en mer personcentrerad vård och bättre samordning av insatser. Gränsen mellan primärvård och specialiserad vård har blivit allt mer otydlig, vilket väcker frågor om skatteväxlingen från 2012 fortfarande motsvarar de insatser kommunerna utför. Om ett nytt avtal tas fram, bör det stödja omställningen till god och nära vård och inte detaljstyra samverkan i verksamheterna.

På välfärdsrådet (231026) beslutades därefter att godkänna ett utredningsuppdrag att beskriva förutsättningarna för en översyn av det s.k. Hemsjukvårdsavtalet. Utredare har arbetat med detta under 2024 och deet initiala budet var att det skulle vara klart i början av 2025 men det är i dagsläget oklart när detta arbete ska vara klart eller hur avtalet kommer att se ut i slutändan.

I och med att det pågår en förändring av avtalet är det svårt att förhålla sig till det till fullo samtidigt möjliggör den pågående förändringen att våga tänka nytt och utmana nuvarande arbetssätt och system.

3.3.5 Dalarnas samverkansprocess vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård är under förändring

När projektet startades utgick utskrivningsprocessen från ett då utdaterat avtal, "Samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (SUS) – Region Dalarna" som utgick år 2022. I dialog med områdessamordnare som också arbetat i SUS-gruppen (Lokal arbetsgrupp, Samverkan vid utskrivning slutet hälso- och sjukvård) innebär avtalet bl. a. att för patienter

som är utskrivningsklara men ligger kvar inom slutenvården blir kommunen ersättningsskyldig. Medan en, enligt definition ej utskrivningsklar patient, inte ska förflyttas till hemmet. Enligt det gamla avtalet innebär utskrivningsklar att "en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården".

I ny rutin för samordning vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård definieras utskrivningsklar "att den behandlande läkaren bedömt att patienten inte längre behöver vård inom den slutna vården", vilket kan tolkas ge mer frihet till var slutenvården utövar vård kontra den gamla definitionen.

Det finns ingen tydlig ersättningsmodell och ansvarsfördelning för hur hantera patienter som enligt definition ej är utskrivningsklara men förflyttas till hemmet och där ska få vård dels från kommun, på vårdbegäran från specialiserad vård, och patienten fortsatt är inskriven inom specialiserade vården, varken i det gamla eller nya avtalet och rutinen. I avtalen formuleras att patient som går hem är utskrivningsklar och skrivs ut från slutenvården.

En undantag är när patienter går hem trots att de inte är utskrivningsklara är att patienter går på "permission". I samtal med samordningssjuksköterska på Infektionskliniken samt på Kirurgkliniken Falun så förekommer det relativt sällan att patienter får gå hem på permission men i de fall det sker får de, enligt princip, inga insatser från kommunen under den tiden. Det har dock hänt i enstaka fall att hemsjukvården har ställt upp på att genomföra någon insats trots allt.

Den nya rutinen för samordning vid utskrivning slutna hälso- och sjukvård godkändes i juni 2024 men kommer sättas i fullt bruk i samband med införande av nytt journalsystem Cosmic enligt plan under år 2025 samt dess samverkansmodul Link. Detta är en förändring som kommer innebära nya arbetssätt, samverkansformer och informationsöverföring mellan kommun och region.

3.3.6 Ny socialtjänstlag 2025

En annan viktig förändring som kommer påverka arbetet på sikt är att en ny socialtjänstlag planeras träda i kraft i juli 2025. Detta kommer innebära att socialtjänsten ska arbeta mer förebyggande och erbjuda enklare och snabbare insatser utan behovsprövning samt att hjälp som erbjuds ska baseras på bästa tillgängliga kunskap om vad som är mest ändamålsenligt utifrån person. Att inte behöva behovspröva innan insats ges kan vara en viktig förutsättning för en förenklad biståndsbedömningprocess för att möjliggöra vård i hemmet och snabbare hembgång.

4 Metod

I och med att infektionskliniken inte hade en färdig lösning som skulle implementeras utan snarare ett behov och utmaning så valdes innovationsprocessen som metodik med Innovationsguiden (SKR, 2024) som utgångspunkt. Denna metodik lämpar sig väl för komplexa utmaningar med flera olika aktörer som behöver få en samsyn kring utmaningen och behovet och tillsammans hitta en lösning. Innovationsprocessen innebär att

initialt ringa in utmaningen, utforska behov och samskapa en lösning med dem det berör. Den första delen av arbetet är en målsökande process vilket innebär att ingen färdig lösning finns förrän flera steg fram i processen, och att lösningen kan förändras efterhand. Utforskande av behov, idégenerering, framtagande av prototyp och test av prototyp görs innan ev. uppskalning till minipilot och pilot. Därefter går processen in i en målstyrd fas med en lösning som ska implementeras (se bild 1).

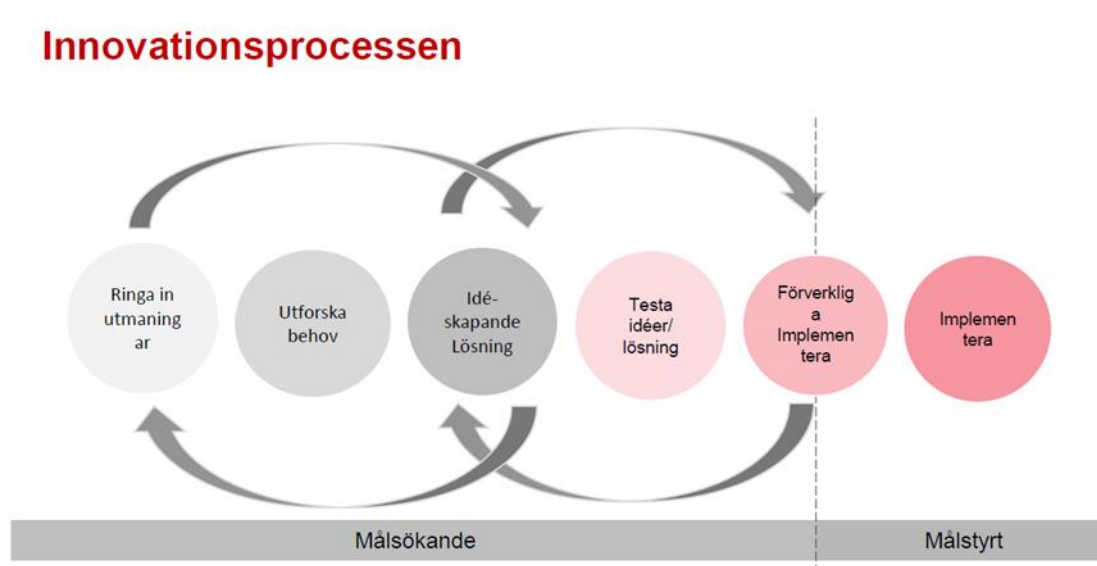


Bild 1: Innovationsprocessen, framtagen av Forskning- och utvecklingsenheten, Region Dalarna.

5 Genomförande

Initialt har arbetet fokuserat på det geografiska området Falun då patienter folkbokförda i Falu kommun har flest vårdtillfällen till Infektionskliniken slutenvård jämfört med övriga kommuner under 2023 och 2024. Cirka 35 % av det totala antalet vårdtillfällen, samt att viktiga aktörer i området initialt var positiva till att utveckla samverkan och arbete tillsammans. Projektet har inte haft eller har någon särskild budget utan arbetet utgår ifrån befintliga resurser.

En projektledare på enhet omställning HoS arbetade viss tid med att leda processen under år 2024.

Initialt påbörjades en analys av förutsättningarna för samverkan samt identifiering av berörda aktörer och en primär aktörs karta togs fram.

5.1 Utforska och förstå behov

Ett första steg i processen var att förstå behovet utifrån utmaningen. Genom processens gång kartlades behovet utifrån flera perspektiv vilka kan summeras till verksamhet-, patient och systemperspektiv. Denna kartläggning är absolut inte fulländad och verkligheten är dessutom föränderlig vilket medför att det vi visste igår inte behöver vara en sanning idag och kan se annorlunda ut imorgon.

5.1.1 Verksamhetsperspektiv – Infektionskliniken

En stor andel av huvuddiagnoser vårdade i slutenvården i Dalarna under 2024 var infektionsrelaterade (se bild 2).

Top 10 huvuddiagnoser		
Huvuddiagnos Kod ATC7 och beskrivning	Huvuddiagnos Inskrivningar	Huvuddiagnos Utskrivningar
O800A Spontanförlossning, enkelbörd, framstupa kronbjudning	1439	1443
N390 Urinvägsinfektion, utan angiven lokalisation	644	652
J159 Bakteriell pneumoni, ospecificerad	635	643
I214 Akut subendokardiell infarkt	436	440
M171 Primär gonartros, ensidig eller UNS	407	407
S7200 Kollumfraktur - sluten	379	388
Z488 Annan specificerad kirurgisk eftervård	365	367
J189 Pneumoni, ospecificerad	352	358
I501A Vänsterhjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion (HFrEF)	346	353
I639 Cerebral infarkt, ospecificerad	345	354

Bild 2: Topp 10 huvuddiagnoser vårdade i slutenvården Dalarna under år 2024.

Medelvårdtiden har ökat, för alla åldrar, för infektionspatienter mellan år 2017-2023, se bild 3.

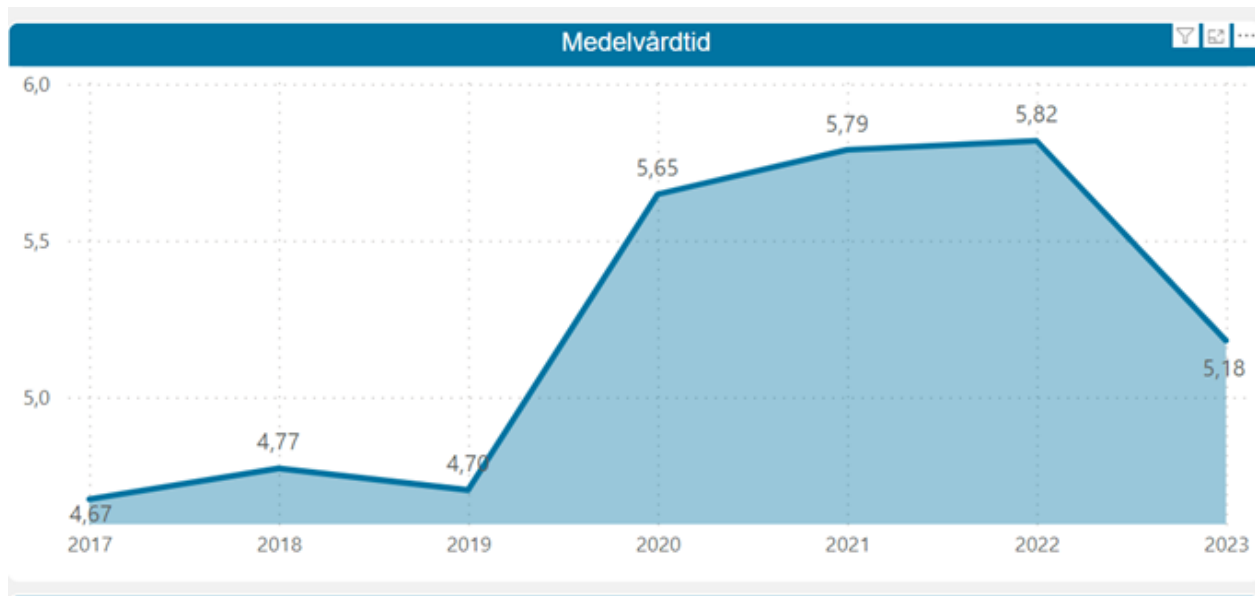


Bild 3: Medelvårdtid för patienter vårdade inom slutenvården på infektionskliniken mellan år 2017-2023.

Under 2023-2024 har medelvårdtiden ökat från 4,19-4,87 på infektionskliniken (se bild 4) medan medelvårdtiden i hela Dalarnas slutenvård minskat från 4,65 till 4,02 (se bild 5).

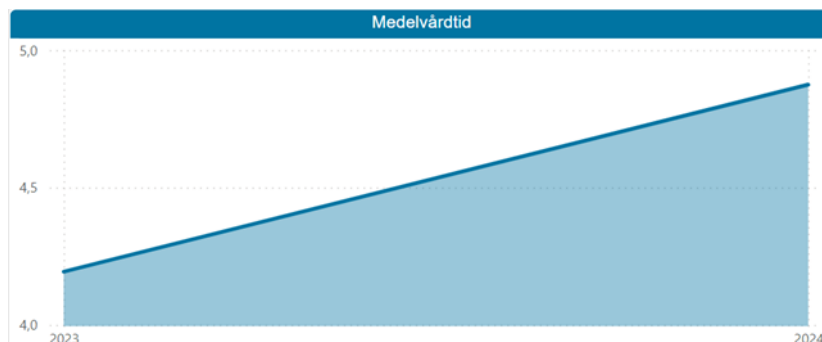


Bild 4: Medelvårdtid inom slutenvården på infektionskliniken år 2023-2024.

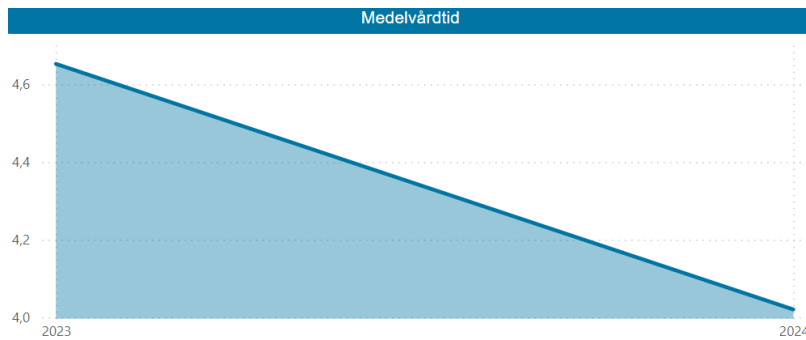


Bild 5: Medelvårdtid inom alla slutenvårdsenheter i Dalarna 2023-2024.

Varför medelvårdtiden har ökat för infektionskliniken, dels på kort och lång sikt, har inte vidare utretts i detta arbete men kan vara något att utforska vidare. I en studie genomförd på en medicinklinik vid Norrlands universitetssjukhus i Umeå visades att ökat omvårdnadsbehov var den främsta orsaken till lång vårdtid (mer än 5 dygn) (Läkartidningen, 2014).

Infektionskliniken remitterar idag patienter till patienthotellet för patienter som är stabila men har fortsatt behov av bl.a. intravenös antibiotika, monitorering och uppföljning, vilka är patienter som också skulle kunna vara aktuella för någon form av "vård i hemmet"-koncept. Under 2023 hade infektionskliniken 77 patienter på patienthotellet med totalt 441 nätter vilket motsvarade ca 7% av totala antala gästnätter på patienthotellet. Antalet minskades under 2024 till 50 patienter med totalt 302 nätter vilket motsvarar ca 5% av totalen. Enligt enhetschef för patienthotellet är de vanligaste (topp 4) diagnoserna för infektionspatienter hos dem i kronologisk ordning: endokardit, UVI, ericypelas och pneumoni.

5.1.1.1 Kostnader för verksamheten

För att förstå vilka eventuella ekonomiska kostnader och vinster nya arbetssätt skulle innebära har kostnader för olika vårdtjänster/vårdsnivåer tagits fram med hjälp av controller på verksamhetsnära ekonomistöd, se tabell 1.

Vårdsnivå/vårdtjänst	Kostnad för verksamheten
Inneliggande patient per dygn	Kostnad år 2024: 8 483 kr/vårddygn. Kostnad år 2023: 9 170 kr/vårddygn
Inneliggande patient på patienthotellet per dygn	0 kr för infektion. <i>Enligt dokument på patienthotellets sida så uttolkas att verksamheten inte betalar för patienter som bor på patienthotell, utan</i>

	<i>patienterna betalar för ett vårddygn precis som de skulle ha gjort om de var kvar på avdelningen.</i> Ett vårddygn på patienthotellet kostar enl. chef för pt-hotellet 1/3 av ett specialistvårddygn (ca 2 800 kr om vi utgår från kostnaden för ett vårddygn på Infektion i år)
Patient på permission per dygn	0kr
Digital/distans-kontakt mellan vårdpersonal och patient 15min	Sjuksköterska 107kr Överläkare 241 kr Specialistläkare 196 kr <i>Kostnaden har beräknats på snittlönekostnad för läkare (ÖL resp Spec) samt SSK (mottagning) och hur mycket de kostar för 15 min (inkl. soc avg).</i>

Tabell 1: Översikt kostnader för olika vårdtjänster/vårdnivåer för verksamheten

5.1.1.2 Vad behövs för att möjliggöra tidigare hemgång?

Infektionskliniken formulerade tidigt ett antal behov för att möjliggöra för en patient att kunna få vård hemmet och en tidigare hemgång:

- att patienten, vid behov, får ett ökat omvårdnadsstöd i hemmet
- att behandling kan ges i hemmet: t. ex. intravenösa läkemedel och omläggningar
- att patienten monitoreras: t. ex. vitalparametrar och prover
- en snabb väg in på vårdavdelningen vid försämring
- en förbättrad och tydlig struktur för samverkan, samarbete samt ersättningar.

Dessa beskrivna behov gäller under förutsättningarna att patient och anhöriga är trygga med att gå hem samt att vårdpersonal är trygga med att det blir en tillräcklig vårdnivå.

5.1.2 Invånar- och patientperspektiv

Patienterintervjuer genomfördes med syfte att undersöka vad invånare som varit inlagda på infektion samt invånare utan slutenvårdserfarenhet tycker är viktigt i ett vårdförlopp. Detta för att fånga in behov och utgöra ett underlag inför workshopstillfällen (se bilaga 1, för ytterligare beskrivning av intervjuresultat).

Tio personer intervjuades under perioden 14-22 mars, 2024. Fem personer intervjuades som var inlagda på infektionsavdelningen vid intervjutillfället, fyra personer som tidigare varit inlagda på infektionsavdelningen intervjuades via telefon samt ytterligare en person utan erfarenhet från slutenvårdsavdelning. Personerna var mellan 30-80 år, tre män respektive sju kvinnor, såväl friska personer som personer som levde med kroniska sjukdomar.

Intervjuerna genomfördes med öppna frågor om hur personen upplevt vårdförloppet och tiden på infektionsavdelningen, hens tankar inför och erfarenheter av hemgång samt hur önskeläget såg ut. En person utan erfarenhet från slutenvård intervjuades kring tankar och önskebilden av ett vårdförlopp vid eventuell sjukdom och behov av akut vård. Intervjuerna analyserades genom innehållsanalys.

5.1.2.1 Behov av trygghet är centralt i hela vårdprocessen

I intervjuerna framkom behovet av trygghet som det mest centrala och viktiga vid akut sjukdom och behov av vård. Trygghet grundas sig i flera olika delar men kan ändå beskrivas som en röd tråd i samtliga beskrivna behov (se bild 6 för sammanfattande visualisering av intervjuresultatet). Trygghet kan finnas såväl på sjukhuset som hemma, likväl kan jag känna mig otrygg när faktorerna för trygghet saknas.

Att vårdas på sjukhus, att börja bli frisk och redo att gå hem innebär en vågskåll mellan längtan till det egna hemmet och en oro att inte kunna klara av att vara sjuk hemma och att inte få den hjälp som krävs.

Hemmet förknippas med att vara frisk och är en mer kontrollerbar miljö men kan också kännas otryggt om man inte mår bra och hjälpen inte är nära till hands. Trygghet kan uppstå när jag har tillgång till mina egna saker och mina rutiner. Det kan också uppstå när jag upplever att det finns personer runt mig som har rätt kompetens, att vi har en relation och att jag enkelt kan få kontakt med dem.

Flera personer beskriver behov av en ökad tillgänglighet till vården främst genom att det ska vara lätt att få kontakt och kunna bolla frågor utifrån förändrat hälsostatus. Det mest återkommande i intervjuerna är behovet av att få information och få vara en aktiv part i vårdprocessen genom att få veta och vara en del av vad som är nästa steg. Brist på information och delaktighet ger oro och minskad trygghet. Flera uttryckte en vilja att kunna utföra egenvård i hemmet.

I intervjuerna framkom ett behov av en tydligare överenskommen plan vid hemgång tillsammans med patienten och dess närstående, specialistvården och andra beroende parter som t.ex. hemsjukvården eller hemtjänsten.

Många beskrev ett behov av att minska transporter mellan hemmet och sjukvården, efter det att man lämnat vårdavdelningen. Dessa transporter var krävande, både psykiskt och fysiskt.



Bild 6: Sammanfattning av intervjuresultat där trygghet var ett centralt behov men berodde på och samvarierade med flera olika faktorer.

5.1.2.2 Patientkostnader

Kostnaden för patienter relaterat till olika vårdnivåer/vårdtjänster inom Region Dalarna redovisas i tabell 2. Siffror har tagits fram med stöd av controller på verksamhetsnära ekonomistöd samt från Dalarnas vårdavgiftshandbok.

Kostnader för kommunal vård beskrivna på Falu kommuns hemsida innefattar: omvårdnad/hemtjänst kostar 305 kr/timme upp till 2 642 kr/månad som är maxtaxan. Avgiften bestäms av invånarens inkomst och jämkas automatiskt i förhållande till inkomsten. Invånaren betalar enbart för den tid som utförts. För hemsjukvård och rehabilitering i hemmet betalar invånaren en avgift som är 150 kr/besök upp till maxtaxa.

Vårdnivå/vårdtjänst	Kostnad för patient
Inneliggande på vårdavdelning	130kr/dygn
Patienthotellet helpension, remitterad gäst över 20 år	130kr/dygn
Permission	Patienten betalar ingen avgift för permissionsdag då permissionen varar minst 12 timmar i

	följd mellan kl. 06-24.
Telefon/distanskontakt med vårdpersonal för patient som fortsatt är inskriven	0 kr om man fortfarande är inskriven, enligt tolkning. Det står i Vårdavgiftshandboken att för avancerad hemsjukvård tas inga patientavgifter ut. Definition av avancerad hemsjukvård = Läkarledd "dygnet-runt-vård" av patient som annars skulle ha vårdats inom slutenvård.
Avancerad hemsjukvård	Enligt Dalarnas vårdavgiftshandbok tas ingen patientavgift ut för avancerad hemsjukvård, se definition ovan.

Tabell 2: översikt över patientkostnader för olika vårdtjänster/vårdsnivåer.

5.1.3 Systemperspektiv

I början av arbetet påbörjades en identifiering av viktiga aktörer och intressenter utifrån visionen och detta utgjorde underlag för vilka som bjöds in till att få en samsyn kring behov, utmaningsområden samt förslag till lösningar. En aktörskarta togs fram som visualiserar att det finns många olika aktörer kring och med patienter gällande vård i hemmet.

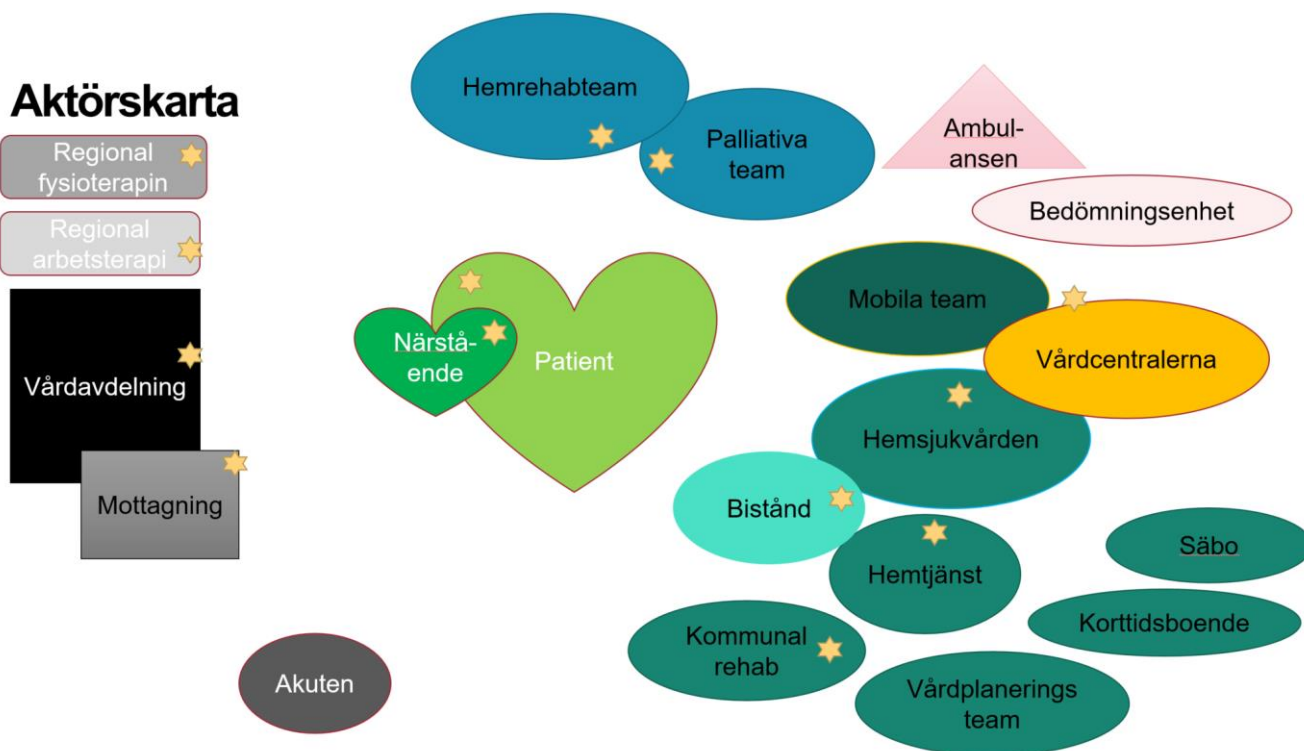


Bild 7: Aktörskarta med markerade involverade aktörer. De som är markerade med stjärna har haft representanter med i workshopar och/eller deltagit i dialogmöten under projektets gång.

Några särskilt intressanta enheter är de mobila enheter och team som finns. En nulägesbeskrivning och utvärdering av mobila team i primärvården från 2022 beskriver att de mobila teamen i Dalarna fungerar och arbetar väldigt olika beroende på kommun, vad gäller t. ex. tillgänglighet, bemanning och kompetens. Sammanställningen beskriver att det finns nio mobila team men i skrivande stund (20241003) är mobila teamen inte aktiva i Falu kommun. Nulägesbeskrivningen framhåller att det finns utmaningar för teamen gällande tolkning av insatser i gränslandet mellan regionens uppdrag och kommunernas uppdrag gällande vård i hemmet.

Inom primärvården finns också två bedömningsenheter i Gäddede och i Vansbro, vilka är ambulansenheter som kan åka på hembesök antingen efter larm från SOS eller efter det att patient besökt vårdcentralen och sjuksköterska bedömt ärendet som lämpligt. I dialog med chef för (den kommunala och regionala primärvården i Vansbro) åker bedömningsenheten inte på regelbunda bokade tider därför att de vid behov utgör resurs vid akuta tillstånd eller olyckor och därav behöver ha flexibilitet. I Vansbro har mobila enheten bemannats av ambulanssjuksköterska vardagar kl 8-17 (Eriksson Bramen, 2024).

Två workshops har genomförts 240412 och 240503 maj med identifierade aktörer och intressenter utifrån frågeställningen "Hur kan vi tillsammans, slutenvård och primärvård, möjliggöra för de infektionspatienter som vill och för dem det är lämpligt gå hem i ett tidigare skede än vad som är möjligt idag?". Cirka 20 personer deltog under båda tillfällena, dels chef- samt medarbetarrepresentanter. Workshoparna syftade till att undersöka utmanings- och behovsområden samt identifiera lösningsförslag.

Första workshoptillfället identifierades utmaningsområden vilka handlade om resurser och flöden, praxis, kultur och värderingar, samverkan, styrning och ledning samt policy och regelverk. Vid andra workshoptillfället fick deltagarna prioritera utmaningsområden att gå vidare med och idégenerera kring.

Exempel på identifierade utmaningsområden från workshop 1	Formulerade och prioriterade frågeställningar att finna lösningsförslag på workshop 2
• Hitta lösning på avgift för patienten • Hitta lösning på den ekonomiska fördelningen mellan region och kommun • Förbättrad tydlighet i hemsjukvårdsavtalet och en mer enhetlig tolkning • Förutsättningar för en bättre samordning och enkel kommunikation mellan olika huvudmän samt patient och närstående • Smidigare biståndsbedömningsprocess • Förutsättningar för ett tydligt flöde och ansvarsfördelning mellan vårdgivare i hela vårdförloppet • Förutsättningar för att hemsjukvården involveras mer • Förutsättningar för att läkare på vårdcentralen kan göra hembesök efter behov • Förutsättningar för att allt material som behövs finns tillgängligt för kommunen	• Hur kan vi skapa en hållbar organisation som bättre utgår ifrån patientens behov och möjliggör mer individanpassade lösningar? • Hur skapar vi förutsättningar för ett tydligt flöde och ansvarsfördelning i hela vårdförloppet? • Hur kan vi skapa förutsättningar för en bättre samordning och enkel kommunikation mellan olika huvudmän samt patient och närstående? • Hur kan vi skapa en smidigare biståndsbedömningsprocess? • Hur kan vi skapa förutsättningar för trygghet i hemmet, för personal, patient och närstående? • Hur kan vi skapa förutsättningar för att tydliggöra och tidigt identifiera lämpliga patienter för tidigare hemgång? • Hur kan vi lösa behovet av ökat kompetens och utredningsbehov i hemmet? (Behov av monitorering, behandling, provtagning, bedömning, mobilisering osv).

Tabell 3: Identifierade utmaningsområden och prioriterade och formulerade frågeställningar från workshop 1 och 2.

Under andra workshopen arbetades flertalet idéer fram och kan summeras förenklat i dels "paraply för process" samt en vårdprocess, se bild 8. Att utgå ifrån ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt var centralt för konceptet i sin helhet.



Bild 8: Summering av initiala idéer efter workshop 1 och 2 med paraply för process samt övergripande vårdprocess/flöde.

Under andra workshopen kom deltagarna också överens om att sammansätta en arbetsgrupp med representanter från **hemtjänst, hemsjukvård, bistånd, primärvård** (vårdcentral), **kommunal rehab och regional fysio- och arbetsterapi** (från akutvårdsverksamheter) inom slutenvården samt **infektionskliniken**. Syftet med arbetsgruppen var att fortsätta att utveckla idéerna och ta fram förslag på vårdflöde som i nästa steg skulle kunna testas i liten skala. Arbetsgruppen sattes samman och påbörjade därefter arbete. Ingen deltagare från bistånd anslöt. Däremot genomfördes ett möte med enhetschef och metodhandläggare där det framkom att beslut på högre nivå krävs för att de skulle vilja eller kunna förändra nuvarande arbetssätt samt delta i arbetet framåt.

6 Resultat och framsteg

6.1 Prototyp vårdflöde

Arbetsgruppen påbörjade arbete med att ta fram förslag på vårdflöde vilket utgått ifrån genomförda workshoptillfällen samt patientintervjuer som genomförts under våren. En första prototyp på ett möjligt flöde utifrån patientperspektiv togs fram, se bild 9.

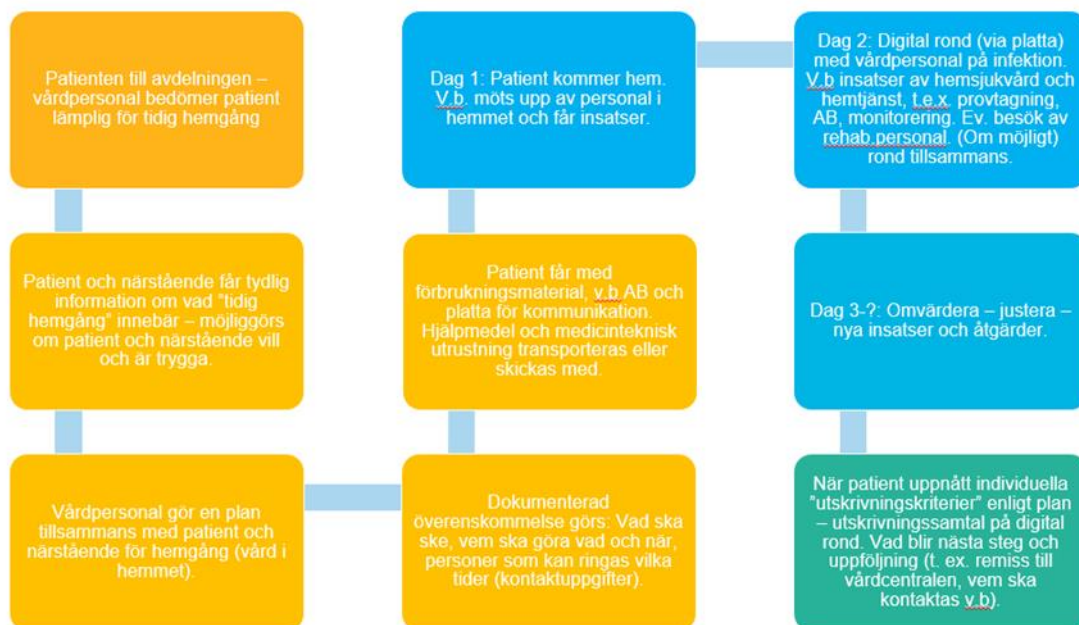


Bild 9: Första prototyp på vårdflöde ur patientperspektiv.

6.1.1 Centrala aktiviteter i flödet

6.1.1.1 Bedömning av lämplig patient

Förslag på bedömningskriterier har tagits fram vilket innebär att en helhetsbedömning görs utifrån flera kriterier. Denna bedömning benämns "godkännande kriterier för snabbspår" och innefattar:

- **mätning och bedömning av vitalparametrar;** utförs av usk: Vakenhet, blodtryck, puls, saturation (syrgasbehov är uteslutet).
- **bedömning av ADL;** utförs av usk. Hygien, påklädning, mat och dryck (viktigast för dem utan hemtjänst).
- **fysio/arbetsterapeut-bedömning:** Sittande/stående/förflyttning/gång – finns fallrisk? Hjälpmedelsbehov? Behov av anpassningar?
- **bedömning av hemsituation;** utförs av samordning/ssk: Existerande heminsatser /hemtjänst? Anhöriga närvarande?
- **läkemedelsbedömning:** utförs av ssk/läkare: Sköter själv? Delegerat? Recept/dosett/e-dos?
- **bedömning avseende sjukdomen,** utförs av läkare: Hur komplicerad utredning/behandling?

För att ta beslut om tidig hemgång behöver följande uppfyllas:

- **vitalparametrar är ok** (NEWS <4 och icke syrgasbehov)
- **ADL- och fysiobedömning godkänns**, alt pat har/får tillräcklig assistans av hemtjänst/omgivning.
- **hemsituation tillåter** (t ex; rollator tar sig fram). Hemtjänst tillräcklig alt kan utökas. Anhöriga kan hjälpa till. Hjälpmedel finns alt kan kompletteras.
- **ej behov av större utredning**. Ev blodprover kan tas i hemmet. Patient klarar av dagliga läkemedel (ev med delegering). Hemsjukvård kan ge iv/im/sc läkemedel.

6.1.1.2 Patient och närstående får tydlig information

Broschyr (se bilaga 2) om vård i hemmet har tagits fram för att ge patient och närstående möjlighet att fatta ett välinformerat beslut kring eventuell tidig hemgång. Avgörande är att patient och närstående är trygg och själv vill få vård i hemmet, annars är tidig hemgång inte aktuellt.

6.1.1.3 Dokumenterad överenskommelse

I patientintervjuerna framkommer ett avgörande behov hos patienterna att få vara delaktig i planering och beslut. Att patient och vårdpersonal, kommer överens kring vårdplanen. Att upprätta en dokumenterad överenskommelse blir av stor vikt för en trygg "tidig" hemgång för att patienten ska veta hur den ska agera hemma, vad den kan göra själv och vad den ska göra vid eventuell försämring. En tydlighet kring kontaktvägar för patient, närstående och involverade aktörer är också av vikt, vilket innebär att direktnummer till involverade skall finnas inskrivet. Ett mallförslag togs fram (se bilaga 4) för dokumenterad överenskommelse. Att upprätta en dokumenterad överenskommelse (tidigare benämning patientkontrakt) mellan patient och vårdpersonal är en vital komponent i omställningsarbetet mot en god och nära vård (SKR, 2024).

6.1.1.4 Förbrukningsmaterial, läkemedel och hjälpmedel

Ett tydligt behov för att möjliggöra tidig hemgång är att förbrukningsmaterial och hjälpmedel behöver transporteras till hemmet i tid. Redan idag finns en svårighet att patienten inte kan få med sig fler än ett hjälpmedel i transporten och därav behöver skickas via LD-turen vilket kan ta flera dagar. Ett förslag är att ha ett "hjälpmedelsförråd" på avdelningen med de vanligaste hjälpmedlen. Dock ansåg vissa att det inte var ett hållbart arbetssätt. Gällande förbrukningsmaterial var förslaget att infektion skickar med patienten all förbrukningsmaterial, t. ex. sprutor och slangar samt de läkemedel (t. ex. antibiotika) som behövs för patienten hemma. Förslaget innebär också att hemsjukvård vid behov hämtar upp mer material och läkemedel på infektionskliniken. Ytterligare ett förslag är att infektionskliniken beställer läkemedel till patientens vårdcentral, som behövs på längre sikt. Så gör infektion redan idag för vissa patienter.

6.1.1.5 Hemgång

Arbetsgruppen föreslog att en person skulle behöva möta upp patienten när hen kommer hem, förslagsvis hemtjänsten. Ett alternativ är att patienten får ett samtal från infektion eller att patienten ringer upp infektion när den kommer hem. Detta för att öka trygghetskänslan. I patientintervjuerna framkommer att den första tiden när man kommer hem är en särskilt sårbar stund och otrygghetskänslor som "hur ska jag klara det här" och känsla av ensamhet kan uppstå. Att ha någon som möter upp alternativt en kontakt med vårdpersonal i detta läge bedöms av arbetsgruppen vara av stort värde.

6.1.1.6 Hembesök

I dialog med hemsjukvårdsrepresentant (Falun) kan hemsjukvårdssjuksköterskor på vårdbegäran utföra antibiotikadministration, provtagning och omläggning. Detta kan dock utföras med en längre ledtid och med lägre flexibilitet än på en vårdavdelning. Dels på grund av långa avstånd i kommunen, dels för att de på kvällstid har en lägre bemanning och då egentligen endast utför "akuta" åtgärder. Tanken är att hembesöken skulle kunna utföras cirka 3 ggr per dag för att ge antibiotika intravenöst samt provtagning.

6.1.1.7 Dokumentation

Detaljer kring tillvägagångssätt gällande dokumentation har under projektiden inte fullt ut. Initiala förslag är att hemsjukvården via telefon alternativt fax kan meddela parametrar till infektionskliniken. Så arbetar hemsjukvården redan idag i vissa fall. Vidare är tanken att hemsjukvården vid rond informerar om status och att "mottagande" vårdpersonal på infektion dokumenterar i sin journal, även t.ex. sårjournal skulle upprättas på distans. Idén är också att ha en mapp hos patienten med den dokumenterade överenskommelsen som scannas in i patientens journal inför hemgång.

6.1.1.8 Distansrond och hemmonitorering

Förslaget var att rond genomförs tillsammans med hemsjukvård och patient i hemmet samt distans via videosamtal eller telefonsamtal med vårdpersonal på infektion. Vid behov var förslaget att hemsjukvården kunde monitorera patienten i samband med antibiotikaadministration. I de fall patienten själv kan monitorera sig gör den det med hjälp av "hemmonitoreringskit" som den får med sig vid hemgång samt fyller i en mall för vitalparametrar och vid rond själv meddelar värdena. På sikt behövs troligtvis en mer digital hemmonitoreringslösning anpassad för akutsjukvård där värdena inte behöver fyllas in manuellt, samt möjlighet för kommunikation och koordinering med flera patienter.

Omständigheter: videosamtal görs idag via 1177 men detta avtal har löpt ut och en ny lösning är på gång med Inera. Tills vidare kan Cisco användas för videosamtal med patient, enligt MiT. Det pågår dessutom ett projekt och en pilot med egenmonitorering i Västerbergslagen, med primärvårdspatienter, som startade pilot höst 2024. Samverkan med detta projekt har pågått, dock fanns ingen möjlighet att "haka på" piloten i nuläget.

6.1.1.9 Utskrivning

Utskrivning görs enligt förslag i samband med distansrond. Hur processen skulle se ut i detalj har inte arbetsgruppen arbetat fram i nuläget.

6.1.2 Olika behov ger olika vårdflöden

Arbetsgruppen identifierade att det fanns olika behov, förmågor och förutsättningar för patienterna, snarare än diagnos, som spelar roll för hur vårdflödet skulle kunna se ut. (Även ifall det diskuterades kring vissa diagnoser som enligt förväntat förlopp, sannolikt är mer lämpliga för "tidig hemgång" t. ex. endokardit, UVI, ericypelas och pneumoni.) Dessa behov grupperades grovt i tre personor, se bild 10, och det blev tydligt att antalet aktörer som behövde involveras i vårdflödet berodde primärt på behov av omvårdnadsstöd men till viss del även behov av rehab och hjälpmedel. Ju fler aktörer som behövde involveras desto svårare och mer komplicerat blev flödet.



"Kim" - Patient utan behov av hemtjänst /har tillräckligt stöd av närstående.
Inga hjälpmedel. - *"Enklast men inte enkelt"*



"Lisa" - Patient med hemtjänst men klarar sig med befintligt stöd (/har tillräckligt stöd av närstående). Ev. behov av ökad tillsyn men inga nya insatser. Kan ha behov av hjälpmedel. - *"Svårare"*



"Omar" - Patient som inte klarar sig på befintligt stöd och behöver utökade insatser från hemtjänsten. - *"Komplicerat"*

Bild 10: Behovspersonor.

Persona "Kim" innebär en patient som inte har något behov av hemtjänst för att kunna gå hem i ett tidigare skede. Hen kan ha en närstående som kan möta upp ett eventuellt behov av tillfällig omvårdnad. "Kim" är också en patient som har en förmåga att hantera digitala verktyg som platta. Se bilaga 3 för mer detaljer av vårdflöde.

För persona "Lisa" och "Omar" behöver hemtjänst och bistånd involveras. Sammantaget för dessa är att de har ett ökat omvårdnadsbehov i samband med infektionssjukdomen, men att omvårdnadsbehovet oftast är relativt temporärt tills infektionen läkt ut. För "Lisa" finns det en del gråzoner kring när och hur bistånd behöver involveras. T.ex. så går det redan idag utifrån befintliga arbetssätt att i viss mån utöka tillsyn av hemtjänst (upp till fem dagar) utan ny biståndsbedömning men däremot inte starta några nya insatser utan biståndsbedömning. **Utmaning:** I dialog med biståndsenhetschef samt metodhandläggare, är detta rent "teoretiskt" görbart men de är skarpt kritiska till att patienter som är än mer sjuka än de som redan idag skickas hem skulle kunna gå hem tidigare. De beskriver att hemtjänstpersonal inte har tillräckligt med kompetens och att de redan idag har svårt att klara sitt uppdrag relaterat till kompetensnivå och bemanning av turer. Bistånd ser en stor risk att hemtjänsten inte skulle klara av att hantera dessa möjliga patienter från infektion trots att ett bra stöd skulle

finnas från infektionskliniken. Se bilaga 3 för detaljer av vårdflödet för "Lisa". Vårdflödet för Omar har inte utvecklats vidare i detaljer, då det tidigt identifierades blev för komplext och omöjligt utan bistånds engagemang och delaktighet.

6.2 Test och simulering

Under utveckling av prototypen testades idén med medarbetare, med patient och sen förfinades vårdlödet. Responsen var bl.a. från läkare att arbetssättet behöver spara minst 2-3 ineliggande vårdtidsdagar om det ska vara värt mödan, att det behöver vara enkelt för vårdpersonalen och inte skapa merjobb. En patient tillfrågades och hen var positiv till idén och hade, om möjligt, gärna vårdats i hemmet om det varit möjligt. Hen beskrev att hen bara ligger och tittar upp i taket på avdelningen. Det som var särskilt viktigt vid eventuell tidig hemgång var att ha någon att kunna ringa vid behov.

Under sista arbetsgruppsstillfället deltog en närstående representant som deltog i utvecklandet av den dokumenterade överenskommelsen samt simulering av vårdlöde "kim". En vidareutveckling av dokumenterad överenskommelse, broschyr, påbörjad rutinbeskrivning påbörjades därefter, se bilaga 2 och 4.

7 Utmaningar och hinder

I september meddelar ledningsgrupp tillsammans med sektionschef för hälso- och sjukvården, enhetschef för bistånd samt sektionschef för ordinärt boende för Falu kommun att de inte kan fortsätta i projektet då de ville att identifierade hinder först skulle överbryggas. Detta innebär att projektet inte kan fortsätta enligt plan eftersom kärnan i arbetet var nya gränsöverskridande arbetssätt. Efter omfallsplanering bedömdes att några delar trots allt kunde testas och utvecklas inom infektionskliniken's sramar men konceptet som tagits fram i sin helhet gick inte att fortsätta utveckla och genomföra. Dessa beskrivna hinder innefattar:

- **Resursfördelningen mellan kommun och region:** Kommunen efterfrågar hur resursfördelningen ska se ut eftersom kommunen, enligt det framarbetade förslaget, ska ta över insatser från slutenvårdens omvårdnadspersonal. Kommunen bedömer att det krävs mer personella resurser från kommunen även om den eventuella ökade omsorgsbehovet skulle vara under begränsad tid. Som beskrevs i bakgrunden finns det möjliga lösningar för att fördela ansvar, resurser och kostnader mellan kommun och region i överenskommelse och avtalsupprättande. men ingen färdig lösning finns idag enligt nuvarande överenskommelser i Dalarna. Hur en eventuell ersättning mellan region och kommun har inte löst ut under projektets gång. Ekonomisk modell/ramverk för att främja nya gränsöverskridande arbetssätt mellan olika aktörer och huvudmän behövs.
- **Patientavgifter:** Kommunen ville säkerställa patientavgifter mellan olika huvudmän så inte patienten behöver betala dubbelt, innan man skulle vilja pröva arbetssättet, om än i liten skala. Patienten betalar idag 130kr per ineliggande vård dygn inom slutenvården

och denna avgift ingår inte i högkostnadsskyddet. För hembesök av hemsjukvård kostar ett besök 150kr. Då behovet bedömdes vara generellt cirka tre hembesök per dag i ett par dygn skulle patienten betala dels för slutenvården samt för hembesöken av kommunen (för vissa för både hemtjänst, hemsjukvård och ev. besök av rehabprofession). Detta skulle innebära en hög dygnskostnad för patienten och därmed ev. inte motiverat att få vård i hemmet samt inte heller möjliggöra jämlik vård.

- **Behov av eller förändrat omvårdnadsbehov** är den främsta anledningen till att vårdflödet inte kunde testas.
Biståndsbedömningsprocessen är idag för långsam utifrån infektions behov och styrs av nuvarande SoL och arbetssätt inom biståndsenheten. I dialog med representanter från biståndsenheten i Falu kommun ser de inte hur de ska kunna snabba på eller förändra detta. Kommunen påtalade att bistånd arbetar utifrån fastställda lagar och riktlinjer vilka är svåra att ändra på kort tid. Kommunen bedömde att det är en förvaltnings- och politisk fråga om ändringar i deras arbetssätt kan eller överhuvudtaget ska göras. De efterfrågade då beslut på högre nivå för att göra någon förändring i bistånds nuvarande arbetssätt och rutiner.
- **Dokumentation:** Kommunen ville säkerställa hur dokumentation över huvudmannagränser skulle gå till när patienten fortfarande är inskriven i slutenvården.
- **Kompetens i hemtjänsten:** Kommunen ansåg att en riskbedömning av kompetensbehovet för omsorgsgrupperna behövde göras och plan för hur kommunen kan möta dessa behov för att säkra patientsäkerheten, innan ett eventuellt test. Falu kommun beskrev att de idag har svårt att såväl bemanna hemtjänstturerna som att klara av sitt befintliga uppdrag med den kompetensnivå som finns idag. Att då utöka uppdraget med fler patienter som dessutom är infektionssjuka och inte medicinskt färdigbehandlade såg man som en stor risk och svårighet.
- **Snabbare tillgång till hjälpmedel:** redan idag i samband med hemgång vid utskrivning beskrevs ett problem med att kunna få hem hjälpmedel i tid då transporten endast tar med ett hjälpmedel i samband med patienttransport. Övriga lämnas med LD-turen vilket kan dröja flera dagar. Att ha rätt hjälpmedel på plats vid hemgång kan vara en avgörande faktor för att hemsituationen ska fungera, oavsett "tidig hemgång" eller hemgång enligt nuvarande rutiner.

8 Minipilot utifrån ändrade förutsättningar – en ny lösning

Trots utmaningarna tog Infektionsklinikens ledning beslut om att fortsätta testa delar av flödet, och genomföra en minipilot under Q1 2025 med fokus på antibiotikapump i hemmet (OPAT, Outpatient parenteral -antimicrobial therapy) egenmonitorering och distansrond, i liten skala med en patient.

En ung vuxen och i övrigt frisk patient identifierades av läkare som lämplig för minipiloten. Patienten planerades initialt för inläggning på patienthotellet för behandling med antibiotikapump. Behovet var antibiotikainfusion sex

gångar per dygn under ett par veckor. Patienten var mycket positiv till medverkan. De första två dygna var patienten inlagd på patienthotellet men åkte hem mellan behandlingarna på grund av sin hund. Inför hemgång upprättades en vårdplan med dokumenterad överenskommelse (som scannades in i journalen), patienten fick instruktioner om att ta puls och blodtryck hemma och informerades om trygghetsplats samt telefonkontakt. Behandlingen gick smidigt och patienten verkade nöjd. Det blev märkbart att personalen behövde mer information och utbildning då detta inte hade hunnits med inför minipiloten. Patienten skrevs ut från avdelningen men behölls kvar på avdelningens "patientlista" i journalen så som avdelningen brukar göra i dagsläget med patienter som flyttats till patienthotellet. Totalt varade behandlingen under 14 dagar med de första två dygna på patienthotellet och resten hemma. I vanliga fall hade patienten behövt vara inlagd på patienthotellet under hela behandlingen. Därigenom minskades den inlagda vårdtiden med 12 vårddygn. Patienten kände sig trygg med dagliga samtal (distanstrond) från Infektionskliniken och gick till sin vårdcentral för byte av pump en gång per dag. Reflektionen från testutförarna var att lösningen passade patientens behov bra och att det är viktigt att ha kvar tryggheten för patienten med kontakt med Infektionskliniken under hela behandlingen. I intervju med patienten efter behandlingen framkom att hen var mycket nöjd med att kunna få behandlingen hemma istället för att behöva vara inlagd på sjukhus. Hen beskrev att hen kände sig friskare hemma och att hen kunde leva sitt vanliga liv. Hen kunde gå ut med sin hund, bjuda hem vänner på middag och fortsätta sina studier.

Resultatet visar på att arbetssättet minskar inlagda vårdtid och är helt i linje med projektets vision att ingen patient ska ligga på sjukhus i onödan om det är möjligt att få vård i hemmet. Resultatet visar också att arbetssättet uppnått del av syftet att invånare som har behov av specialistvård ska kunna leva sitt liv och vara i sin vardag så gott det går fast hen är sjuk, och på detta sätt skapar bättre förutsättningar för hälsa.

9 Möjligheter

Utifrån behov som framkommit för att möjliggöra för patienter att komma hem i ett tidigare skede i vårdförloppet så beskriver tabell 4 en sammanfattning av nuläget, gap i relation till behoven samt möjligheter som kan utforskas vidare allt ger bättre förutsättningar på sikt för att möta behoven.

Behov - önskat läge	Nuläge	Gap	Förslag/möjligheter
Att patienten får, vid behov, ett ökat omvårdnadsstöd i hemmet med kort ledtid	Enligt (Falu kommuns) biståndsenhet nuvarande rutin och policy kan utökad tillsyn av hemtjänst ges upp till 5 dagar utan SIP, men ej nya insatser. Gäller dock patienter som är medicinskt	Stort gap, se samtliga punkter under rubrik "Utmaningar och hinder".	- Ny SoL 2025 – i förlängningen kan det innebära nya arbetssätt kring biståndsbedömningsprocessen. - Ökat samarbete och kompetensöverföring

	färdigbehandlade och ej fortsatt inskrivna i slutenvården. Kompetensnivån i hemtjänsten är (enligt utsago) för låg för att hantera patienter med en pågående akut infektion. Man anser att det idag redan skickas hem för sjuka patienter.		mellan regionens slutenvårdspersonal och kommunens omvårdnadspersonal. Ökat stöd till kommunens omvårdnadspersonal i hantering av (infektions)sjuka patienter.
Att behandling kan ges i hemmet: t.ex. i.v. läkemedel och omläggningar	I dialog med representanter från hemsjukvården i Falu kommun kan dessa insatser, rent teoretiskt utföras av hemsjukvårdssjuksköter ska om de har fått en vårdbegäran. Däremot kan det ske med en annan ledtid och mindre flexibilitet än om patienten skulle vara ineliggande på en vårdavdelning. Det görs olika tolkning av tröskelprincipen enligt nuvarande hemsjukvårdsavtal men innebär i stora drag innerbär principen att patienter som kan ta sig till vårdcentral inte ska få hemsjukvårdsbesök.	Stort gap, främst kopplat till regulatoriska,ekonomiska och organisatoriska orsaker.	- Antibiotikapump som patient kan sköta självständigt, t. ex. med utbildning och stöd från vårdpersonal. - Investera i och implementera Hospital At Home- konceptet (mobilt sjukhusteam), likt Region Skåne eller Medicinkliniken på St Göran. - Förändringar i hemsjukvårdsavtalet som möjliggör mer personcentrerade lösningar över huvudmannagränser.
Att patienten får snabb tillgång på hjälpmedel	Idag finns ett problem med att kunna få hem hjälpmedel i tid då patienttransporten endast tar med <u>ett</u> hjälpmedel i samband transporten. Övriga lämnas med LD-turen vilket kan dröja flera dagar. Finns närstående kan dessa nyttjas. Att ha rätt	Stort gap.	- Patienter med "tidig hemgång" premieras och får ta med fler än ett hjälpmedel i patienttransport. - Utforska vidare och identifiera lösning på problemet mellan regionen och kommunens rehabprofessioner samt

	hjälpmedel på plats vid hemgång kan vara en avgörande faktor för att hemsituationen ska fungera, oavsett "tidig hemgång" eller hemgång enligt nuvarande rutiner.		Dalarnas hjälpmedelcenter.
Att patienten monitoreras: t.ex. vitalparametrar och prover.	Egenmonitorering av puls, saturation, bltr, temp kan genomföras med helt manuell utrustning och utan uppkoppling av patient själv. Prover kan, teoretiskt, lämnas på VC eller utföras av hemsjukvård vid vårdbegäran.	Delvis gap, vårdbegäran görs idag endast för utskrivna patienter.	Utveckling och implementering av egenmonitorering på infektionskliniken (pågår pilot i Västerbergslagen sedan höst 2024 med upphandlat egenmonitoreringssystem, som dock ej avser akutsjukvård) med system som motsvarar akutsjukvårdsbehov.
Snabb väg in på vårdavdelning vid försämring	Infektionskliniken kan hålla vårdplats tillgänglig som vid permission alternativt ha en "överbelägningsplats" t. ex vid 22 vårdplatser blir vård i hemmet "plats 23". Vid akut tillstånd i hemmet ringer patient 112 och transporteras med ambulans.	Litet gap.	Upprätta en rutin lokalt på Infektionskliniken. Ambulansen behöver informeras, om detta aktualiseras.
Rond och kommunikation med patient på distans	Idag används telefon för kommunikation med patienter som är på permission. Enstaka patienter har haft digitalt möte med vårdpersonal. Videomöten har då genomförts via 1177 som nu dock är under förändring. Nytt system är under framtagande med Inera. Under tiden ska Cisco/VMR-	Litet gap.	Hur videomöten ska genomföras i framtiden är under bearbetning men goda möjligheter för detta kommer öppnas upp framöver.

	användas för videomöten.		
En förbättrad och tydlig struktur för samverkan och samarbete samt ersättningar	Dagens rutiner och ekonomiska regleringar utgår ifrån nuvarande arbetssätt och avtal, bl.a. hemsjukvårdsavtalet som är under revidering, och inte stödjer nya gränsöverskridande samarbete och arbetssätt mellan kommunal primär- och regional vård samt specialiserad vård på ett tydligt, enkelt och tillfredställande sätt.	Stort gap.	• Dalarnas systemledning för God nära vård behöver ta ett gemensamt grepp och riktning för att möjliggöra detta, frmaförallt regionalt men även lokalt. • Införande och utveckling av nytt vårdinformationssystem Cosmic med samverkansmodulen Link kommer sannolikt ge bättre förutsättningar för informationsöverföring och samverkan mellan kommun och region.

Tabell 4: Sammanställning nuläge och gap i relation till behov samt möjligheter.

10 Sammanfattande analys och slutsatser

Under projektets gång har ett stort engagemang och vilja funnits hos deltagande aktörer och personer för att tillsammans hitta nya arbetssätt och lösningar för våra invånarnas bästa. Men för att kunna ta ordentliga kliv framåt i omställningsarbete som behöver ske över organisations- och huvudmannagränser behövs bättre förutsättningar för arbete som avser innovation; ta fram nya arbetssätt där en färdig lösning inte finns från start, testa, initialt i liten skala, och utmana befintliga system och arbetssätt.

Omställning till nära vård är ett regeringsuppdrag till kommuner och regioner, men förutsättningarna för att möjliggöra denna omställning behöver förbättras. Dalarnas strategi för god nära vård fastställdes år 2022 och pekar mot en mer nära, samordnad tillgänglig vård som främjar hälsa. I Dalarna behövs, trots detta, ett gemensamt grepp och riktning med ramar för att möjliggöra nya gränsöverskridande arbetssätt mellan kommun och region där inte juridik, ekonomi och regulatoriska hinder begränsar innovation och utforskande arbetssätt för att hitta mer ändamålsenliga vårdtjänster och utbud för Dalarnas invånare.

Det har visat sig vara svårt att från verksamhetsnivå driva fram strukturellt nya arbetssätt med flera huvudmän, därav är det viktigt att först förankring sker hos ledning för respektive huvudman. Det krävs en gemensam vision kring hur man tillsammans över huvudmannagränser ska arbeta kring vård i hemmet, som aktualiseras på såväl strategisk, operativ och taktisk nivå.

10.1 Byggstenar för framtidens arbete och nästa steg

Styrkor i projektet är framförallt att infektionsliniken har en stabil ledningsstruktur med starkt framåtdriv och nyfikenhet att våga pröva nytt

trots utmaningar kring bemanning, besparingskrav eller obefintlig projektbudget.

Utifrån sammanställning av gap, möjligheter och förslag finns det flera alternativ att utforska och utveckla vidare för att möjliggöra vård i hemmet. Infektionskliniken har, genom små steg och test, redan påbörjat några av dessa genom minipilot av distansrond, egenommonitorering och antibiotikapump. Nästa steg blir att utifrån utvärdering av minipilot, justera och utveckla vidare och i steg två skala upp till en större pilot och slutligen implementera det nya arbetssättet.

11 Referenslista

Borgström, K. (2023). [Projekt Akut sjukhusvård i hemmet - Slutrapport version 1.0.pdf](#)

Borelius, C. (2022). En nulägesbeskrivning och utvärdering av mobila team i primärvården region dalarna – ett kvalitetsutvecklingsarbete, Region Dalarna.

Bottheim, K. & Zingmark, A. (u.å.). Samverkansmodellen – en modell för att leda samverkan strategiskt. Länka Consulting.

Capio St Göran (2024). [Virtuell vårdavdelning – en lösning för framtiden](#)

Dahlman, L. & Jonsson, M. (2022). En fungerande vård i hemmet är en förutsättning för att nå målen med god och nära vård. Ledningsbolaget.

Eriksson Braman, A. (2024). Slutrapport Bedömningsenhet Vansbro, Region Dalarna.

Kunksapsguiden (2024). [Om hemtjänst och hemsjukvård - Kunskapsguiden](#)

Länschefsnätverket. [minnesanteckningar-lanschefsnatverket-230922.pdf \(regiondalarna.se\)](#)

Läkartidningen (2014). 2014;111:CMM9 [CMM9.pdf](#)

Palmberg Broryd, K. (2021). Komplexitet. Enklare navigerat, bättre hanterat – så driver du utveckling. Volante.

Region Dalarna. Vårdavgiftshandboken. [Vårdavgifter](#)

Region Dalarna. [Samordning vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.pdf](#)

Sahlgrenska Universitetssjukhuset VGR (2023). [Sahlgrenska Universitetssjukhuset satsar på mer vård hemma hos patienterna | Sahlgrenska](#)

Smith, P. (2024). [Rapport Sjukhus-hemma-2024 webb.pdf \(healthpolicy.se\)](#)

Socialstyrelsens termbank. [Socialstyrelsens termbank](#)

Specialiserad-vard-i-hemmet.pdf (skr.se).

Sveriges riksdag. Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). [Hälso- och sjukvårdslag \(2017:30\) | Sveriges riksdag](#)

Sveriges Kommuner och regioner. [Dokumenterad överenskommelse | SKR](#)

Sveriges Kommuner och Regioner. [Innovationsguiden | SKR, https://innovationsguiden.se/innovationsguiden.60637.html Hämtad 241114.](#)

Sveriges Kommuner och Regioner. [överenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner-om-god-och-nara-var-d-2023.pdf](#)

Sveriges Kommuner och Regioner. [Specialiserad vård i hemmet](#)
