



Hälso- och sjukvård i hemmet

Gemensam arbetsordning för
hälso- och sjukvård i hemmet

Beslutad av: Strategisk samverkansledning
Beslutsdatum 2025-12-22

Ärendenummer: Samverkansforum 2024/2
Version 1.0

Hälso- och sjukvård i hemmet Innehåll

1. Bakgrund	1
2. Syftet är att	2
3. Länshänvisning – stöd för olika roller och nivåer	2
3.1 Nivå 1 – Nära patienten (operativ nivå)	2
3.2 Nivå 2 – Verksamhets- och ledningsnivå	2
3.3 Nivå 3 – Strategisk och politisk nivå	3
4. Definition för hälso- och sjukvård i hemmet	3
5. Att bedöma vad som blir bäst för patienten	3
6. Inskrivning för sjukvårdsinsatser i hemmet och avslut av dessa insatser	4
7. Kvalitetsindikatorer	4

1. Bakgrund

Detta dokument har tagits fram för att tydliggöra hur hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet ska fungera i praktiken, i samarbete mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningens- och socialförvaltningens verksamheter. Det utgår från uppdraget *"Fördjupning tröskelprincipen och ansvarsövertag"*.

I lagrådsremissen *"Nästa steg för en god och nära vård"* (250605) föreslås termen hemsjukvård tas bort och i tillämpliga fall ersättas med hälso- och sjukvård i hemmet. Därför används den termen i detta dokument. Socialförvaltningens organisation benämns fortfarande *Hemsjukvården*.

Utgångspunkten är patientens behov, hemmets förutsättningar och ett gemensamt ansvar över organisationsgränser.

Hälso- och sjukvård i hemmet berör många aktörer och nivåer: medarbetare i hemsjukvården, hemtjänsten, primärvården, sekundärvården, liksom chefer, ledning och politiska beslutsfattare.

Dokumentet är gemensamt och sammanhållet, men olika delar är mer relevanta beroende på roll och ansvar.

2. Syftet är att

- skapa en gemensam förståelse för **när och varför hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet är rätt**,
- tydliggöra **roller, ansvar och samverkan** mellan HSF och SOF,
- ge förutsättningar för **personcentrerad, säker och jämlik vård**,
- utgöra ett underlag för **ledning, uppföljning och beslut**.

En grundprincip är att behov av hälso- och sjukvård i hemmet kan uppmärksammas i många delar av systemet. Varje aktör tar ansvar för sin del, återkopplar till steget före och underlättar för steget efter. Samordnad individuell planering (SIP) är ett centralt verktyg för helhet, kontinuitet och patientsäkerhet säkerställs genom att fasta kontakter utses.

Dokumentet är avsett att användas både som **praktiskt stöd i vardagen** och som **strategiskt styrdokument**. Det förutsätter dialog, professionsöverskridande samarbete och gemensamt lärande över tid.

3. Lashänvisning – stöd för olika roller och nivåer

Dokumentet gäller i sin helhet för alla. Lashänvisningen är ett stöd för orientering och visar vilka delar som är särskilt relevanta beroende på roll och ansvar.

3.1 Nivå 1 – Nära patienten (operativ nivå)

För vem: Medarbetare i hemsjukvården, hemtjänsten, rehabiliteringen, vårdcentralen, slutenvården och specialiserade öppenvården.

Fokus:

- Avsnitt 3-5 i arbetsordningen.
- Hur behov uppmärksammas, vem som kontaktas och hur samverkan sker.
- Fasta kontakter, SIP samt beslut om inskrivning och avslut.

Syfte: Stöd i det dagliga arbetet: när agera, vem kontakta och hur bidra till sammanhållen vård.

3.2 Nivå 2 – Verksamhets- och ledningsnivå

För vem: Enhetschefer, verksamhetschefer, medicinskt ansvariga och samverkansfunktioner.

Ansvar för helheten är *Samordnad ledning integrerade team (SLIT) - Hälso- och sjukvård i hemmet*. Ledningsgruppen består av primärvårdschef, hemsjukvårdschef, verksamhetschef HabRehab, allmänmedicinskt sakkunnig, medicinskt ansvarig sjuksköterska MAS, avdelningschef OOF samt den kommande funktionen MAR (medicinskt ansvarig rehabilitering).

Primärvård och hemsjukvård alternerar ordförandeskapet.

Fokus:

- Avsnitt 4-6 i arbetsordningen.
- Ansvarsfördelning, uppföljning och kvalitetsindikatorer.
- Kompetensutveckling och gemensamma arbetssätt.

Syfte: Säkerställa fungerande samverkan, jämlik tillämpning och rätt resurser över tid.

3.3 Nivå 3 – Strategisk och politisk nivå

För vem: Förvaltningsledning och politiska beslutsfattare.

Fokus:

- Dokumentets samlade inriktning.
- Principer för personcentrering, patientsäkerhet och jämlik vård.
- Indikatorer för uppföljning och ansvarstagande.

Syfte: Underlag för strategiska prioriteringar och långsiktig utveckling av nära vård.

4. Definition för hälso- och sjukvård i hemmet

”Sjukvård i hemmet är avsett för personer som inte kan uppsöka vårdcentral eller mottagning i den omfattning som behövs för medicinska insatser, omvårdnad och rehabilitering, eller där syftet med vården bedöms kunna nås bäst om den ges i hemmet.”

5. Personcentrering - vad blir bäst för patienten?

- *Var uppstår behov?*
- *Vem/vilka bär ansvar?*
- *Hur skapar vi värde för patienten?*

Vi tar ansvar för vår del, återkopplar till steget före och underlättar för steget efter.

Genom SIP säkrar vi patientens delaktighet i gemensamma beslut.

Behov av hälso- och sjukvård i hemmet kan uppdagas på flera sätt och i flera sammanhang.

Intentionen ska vara att åstadkomma god och säker vård utifrån patientens medicinska behov och livssituation. God samordning och relationskontinuitet ska eftersträvas.

Samtycke ska inhämtas innan informationsutbyte påbörjas.

- **När behov uppdagas på vårdcentral**
Om patienten inte redan har någon fast kontakt ska detta utses. Fast läkarkontakt och/eller fast vårdkontakt (sjuksköterska) från vårdcentral kan behöva göra hembesök för att bedöma om det finns behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet.
- **När behov uppdagas inom hemsjukvården**
Vid enstaka besök, eller när hemsjukvårdens rehab signalerar bedömningsbehov ska patientens vårdcentral kontaktas.
- **När behov uppdagas på korttidsenheten**
Patientens vårdcentral skall kontaktas. Patientens fasta kontakter och ev biståndshandläggare kan behöva sammankallas till ett SIP-möte.
- **När behov uppdagas i hemtjänsten**
Kontakta patientens vårdcentral. Ta ställning till fast omsorgskontakts roll.
- **När behov uppdagas vid slutenvård**
Skall samordnad utskrivningsplanering (SPU) genomföras. Fast vårdkontakt (sjuksköterska) från vårdcentral ansvarar för att vid behov sammankalla till SIP i hemmet. Syftet är att bedöma behov och risker i personens hemmiljö. Om sannolika behov av sjuksköterskeinsatser i hemmet framkommer under processen ska sjuksköterska i hemsjukvården vara delaktig.
- **När behov uppdagas i specialiserad öppenvård**
Skall fast vårdkontakt (läkare och/eller sjuksköterska) utses på mottagningen och kontakt tas med fast läkare/fast vårdkontakt på patientens vårdcentral. Vid SIP-

mötet bedöms situation och behov. Om SIP-mötet landar i inskrivning för hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet och byte av vårdnivå (läkarinsatsen) till primärvård skall en tydlig bedömning och plan, inklusive instruktion om vad som bör följas och vad som bör uppmärksammas och föranleda ny kontakt med den specialiserade mottagningen tydliggöras.

- **När behov av avancerad hälso- sjukvård i hemmet uppdagas**

Patienter som bedöms vara i sent och specialiserat palliativt skede handhas idag av Palliativa teamet, se riktlinje STY-25612. För patienter som bedöms vara i behov av sekundärvård i hemmet och inte bedöms vara i sent och specialiserat palliativt skede finns i dag ingen etablerad organisation.

6. Inskrivning för hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet och avslut av dessa insatser

Beslut om hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet fattas i samråd vid **samordnad individuell planering** (SIP), mellan en patient (och/eller dess företrädare vid nedsatt autonomi) och dess utsedda fasta kontakter i HSF och SOF utifrån vad som bedöms bli bäst för patienten, och som är möjligt att genomföra på ett **patientsäkert sätt i hemmet**. Patientens fysiska, psykiska och/eller kognitiva besvär, funktionsnedsättning eller social situation ska beaktas vid beslutet.

Beslutsstöd för personcentrerad bedömning av medicinska behov och livsomständigheter som motiverar sjukvårdsinsatser i hemmet, minst en punkt ska vara uppfylld:

- Det finns behov av **medicinsk uppföljning** på läkarnivå och **samordnad omvårdnad** på sjuksköterskenivå i hemmet.
- Det finns behov av **planerad** hälso- och sjukvård i hemmet **minst 2 ggr/mån.**
- Behov finns av tillgång till **akut sjuksköterskestöd** under dygnets alla timmar.
- Det finns behov av medicinska insatser och omvårdnad samt teamsamverkan med omsorg och rehabilitering som **behöver utföras i hemmet för att fungera**, exempelvis;
 - Hantering av läkemedel enligt ansvarsövertag.
 - Det föreligger medicinska skäl (t.ex. infektionskänslighet/smittsamhet) att undvika miljöer utanför hemmet för sin regelbundna vårdinsats.
- Beslut och beslutsgrund om hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet ska framgå tydligt i patientens journal.

Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet avslutas när patienten och de utsedda fasta kontakterna ser att behoven/livsomständigheterna inte längre motiverar fortsatta insatser i hemmet. Beslut tas på rond och beslutsgrund ska framgå tydligt i journal. Det ska även framgå vilka fasta kontakter som kvarstår.

7. Kvalitetsindikatorer

Samordnad ledning integrerade team (SLIT) - Hälso- och sjukvård i hemmet ansvarar för att säkerställa att hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet sker personcentrerat, patientsäkert, jämlikt och med hög medicinsk kvalitet.

Visualisering av indikatorer på ett samlat och tillgängligt sätt, för så väl ledning som medarbetare i SOF och HSF, möjliggör benchmarking som utgångspunkt för förbättringsarbete och identifiering av resurs/kompetensförstärkning.

För att säkerställa förflyttning inom strategiskt viktiga områden föreslås följande kvalitetsindikatorer:

- **Indikator:** Fördelning av ansvarsövertag mellan vårdcentraler och hemsjukvården.
Mål: 100% mars 2027. Alla med ansvarsövertag ska skrivas in i hemsjukvården.
- **Indikator:** Utbildningsaktiviteter för att säkerställa hög basal kunskap om tillämpning av centrala begrepp så som ansvarsövertag, egenvård, SIP, läkemedelsgenomgång och brytpunktssamtal/behandlingsbegränsningar.
Mål: *Samordnad ledning integrerade team (SLIT) - Hälso- och sjukvård i hemmet* ska utse lämpade medarbetare att ta fram utbildningsprogram/material lämpligt för kollegial dialog (vad innebär dessa begrepp i praktiken? Vad betyder de för oss?).
 - Arbetsgruppen tar fram material och lämnar över till SLIT – Hälso- och sjukvård i hemmet.
 - Alla läkare och sjuksköterskor ska gå utbildningen [Läkemedelsgenomgångar för äldre - Socialstyrelsen utbildning](#). Utbildningen kommer finnas i Kompetensportalen.
 - Samtliga vårdcentraler och hemsjukvårdsgrupper skall genomföra utbildningsaktivitet under 2026.
- **Indikator:** HSF/SOF-gemensamma fortbildningsaktiviteter skall utformas och genomföras av medarbetare som utsetts av *Samordnad ledning integrerade team (SLIT) - Hälso- och sjukvård i hemmet*.
Mål: Centrala aspekter ska belysas: skörhetsbegreppet, konfusion/kognitiv svikt/demens, poly/multi-farmaci, palliativ vård, etc, utifrån så väl medicinsk som omvårdnadsperspektiv.
- **Indikator:** Andel patienter inskrivna för hälso- och sjukvård i hemmet, som är listade på en fast läkare och har en utsedd fast vårdkontakt/involverad verksamhet
Mål: fast läkarkontakt - 100%, fast vårdkontakt i hemsjukvården 100%, fast vårdkontakt på vårdcentralen – inget mål (ska finnas om övriga fasta kontakter bedömer att behov finns).
- **Indikator:** Antal ärenden som lyfts till *Samordnad ledning integrerade team (SLIT) - Hälso- och sjukvård i hemmet*.
Mål:
 - Antalet avvikande händelser som inte går att lösa ut av fasta kontakter nära patienten, eller tillsammans med närmaste chef (HSF tillsammans med SOF) och därför behöver lyftas till *Samordnad ledning integrerade team (SLIT) - Hälso- och sjukvård i hemmet* ska vara lågt.
- **Indikator:** Antal SIP AU 124 och AU 125.
Mål: Samtliga inskrivningar för hälso- och sjukvård i hemmet samt nya ansvarsövertag ska föregås av SIP.
- **Indikator:** Läkemedelsgenomgångar.
Mål:
 - Alla läkemedelsgenomgångar ska dokumenteras i journal och anteckningen skall

KVÅ-kodas.

- Alla som skrivs in för hälso- sjukvård i hemmet ska få en läkemedelsgenomgång och sedan minst en gång/år eller vid behov.
- De ska gå att påvisa en minskning av poly/multipharmacy (multifarmarapporten i Medrave).

- **Indikator:** Senior alert (nationellt kvalitetsregister för vårdprevention)

Mål:

- 100% av inskrivna i hemsjukvården ska registreras i systemet.
- Senior alert ska vara uppdaterad inför läkemedelsgenomgångar samt inför brukarforum i hemtjänsten.
- Utbildning av läkare och sjuksköterskor ska genomföras.

- **Indikator:** Inläggning av sociala skäl på sjukhuset. *Ska kompletteras.*

Mål: De ska minska till antalet och eventuella inläggningar ska bli kortare.

- **Indikator:** Palliativ vård. *Ska kompletteras.*

Mål:

- 100% av de som avlider i hemmet och har sjukvård i hemmet ska registreras i Svenska palliativregistret av den fasta kontakten i hemsjukvården.
- alla som registrerats som förväntade dödsfall ska ha fått ett brytpunktsamtal.
- andel anhöriga som erbjudits efterlevandesamtal ska följas.

- **Indikator:** Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar. *Ska kompletteras.*

Mål: Ska minska.