

# **Den framtida närsjukvården**

**3 S – utredningen  
September 2004**

## Förord

Utifrån de politiska direktiven har närsjukvårdsutredningens uppgift varit att ta fram underlag för ställningstaganden som ska möjliggöra att en gemensam bild skapas inom Stockholms Läns Landsting av närsjukvårdens innehåll och uppdrag utifrån ett patient/individ- och befolkningsperspektiv.

Rapporten ”den framtida närsjukvården” presenterades i april 2004. Härefter har ett omfattande förankringsarbete skett i form av en seminarie serie för vårdens producenter och för handikapp- och samverkansorganisationer. Synpunkter har även lämnats via e-post.

Utifrån detta har rapporten kompletterats med bl. a avsnitt om konkretiseringar av närsjukvården, konsekvenser av sjukhusens förändrade uppdrag, geriatrikens uppdrag i närsjukvården och hur samverkan mellan primärvård och psykiatri ska ske.

Utgångspunkten är att närsjukvården ska formars utifrån patientens/individens och befolkningens behov samt utifrån lokala förutsättningar. Därför kommer det att se lite olika ut i Stockholms Läns Landsting.

## Innehållsförteckning

	<b>Sid</b>
<b>Förord</b>	2
<b>1 Sammanfattning</b>	5
Vad är närsjukvård?	5
Varför behövs en utveckling av sjukvårdsstrukturen?	5
Närsjukvård idag....	5
...och imorgon	6
Samverkan	7
FoUU och kompetensutveckling	7
Kännetecken för närsjukvården	7
För att uppnå detta krävs	8
För att gå från ord till handling krävs	8
<b>2 Inledning</b>	9
<b>3 Mål för närsjukvården</b>	11
<b>4 Var är närsjukvård idag....</b>	11
.... och imorgon?	11
<b>5 Förändringskrav på hälso- och sjukvården</b>	13
<b>6 Sjuklighet, ohälsa och vårdbehov</b>	14
Sjukligheten minskar men ohälsan ökar	14
Barn- och ungdomar, äldre och personer med psykisk ohälsa och sjukdom ska prioriteras	15
<b>7 Närsjukvårdens omfattning och uppdrag</b>	17
Förebyggande insatser, diagnostik och behandling av vanliga sjukdomar ingår i uppdraget	17
....men också hög tillgänglighet, akut omhändertagande, vägledning och stöd i boendet för äldre	18
....liksom vårdplatser, rehabilitering, alternativ medicin och stöd för egenvård	21
Uppdraget kräver bred och mångsidig kompetens men också specialistkunskap	24
<b>8 Samverkan – en viktig framgångsfaktor</b>	26
Individen i fokus för samordnade insatser vid komplexa problem	26
Hälsofrämjande och förebyggande insatser	27
Äldrevård	27
Psykiatrisk vård	28
Primärvård och psykiatri	29
Missbruks- och beroendevård	30
Barn och ungdomar som behöver särskilt stöd	30

	Personer med varaktiga och omfattande fysiska eller psykiska funktionshinder enligt lagen om LSS	31
	Samverkan inom landstingsfinansierade verksamheter	31
	.... och mellan vårdcentraler....	32
	.....och mellan privata specialister, primärvård och sjukhus	32
9	<b>Kompetensutveckling och FoUU</b>	33
	Kliniskt kunskapscentrum för kompetensutveckling	34
	FoUU närsjukvården – FoUU och geriatrik	35
10	<b>Akutsjukvård och närsjukvård - likvärdiga partners i framtidens hälso- och sjukvård</b>	36
	Hur kan närsjukvården möta sjukhusens nya uppdrag?	38
11	<b>Det akuta omhändertagandet i närsjukvården</b>	39
	Närakuter	39
	Närsjukhus	41
	Närsjukvårdscentra	41
12	<b>Utveckling av beskrivningssystem och ersättningsmodeller som stödjer närsjukvårdsutvecklingen</b>	43
13	<b>Kvalitetsindikatorer i närsjukvården</b>	44
14	<b>Uppföljning av närsjukvården</b>	45

# Närsjukvård – trygghet och tillgänglighet nära dig

## 1. Sammanfattning

### Vad är närsjukvård ?

Invånarna i ett avgränsat geografiskt område ska kunna få sitt samlade behov av hälso- och sjukvård och social omvårdnad nära där de bor eller vistas – utom den vård som behöver akutsjukhusets specifika kompetens och resurser. Närsjukvårdens uppdrag omfattar hälsofrämjande, förebyggande, diagnostiserande, behandlande, rehabiliterande, omvårdande och stödjande insatser. För att kunna ge dessa samordnade insatser i närsjukvården är kommunal medverkan en förutsättning. Närsjukvården får då mera karaktär av närvård.

### Varför behövs en utveckling av sjukvårdsstrukturen?

Sjukdomsbördan i befolkningen har under senare år ändrat karaktär. Vi ser minskade hälsoproblem med hög dödlighet som hjärtinfarkt och ökade hälsoproblem med låg dödlighet som psykisk ohälsa (depressioner, stresstillstånd och missbruk), allergier och värk i rörelseorganen. De långa sjukskrivningarna har ökat markant och de dominerande grupperna är patienter med psykisk ohälsa och värk i rörelseorganen. Under kommande år sker en ökning av andelen äldre-äldre i befolkningen, vilket också kommer att påverka sjukdomsbördan i befolkningen.

Allt fler överlever cancer och lever med sin sjukdom under många år. Den yngre generationen har mycket höga förväntningar på sjukvården där det upplevda behovet av snabba insatser sällan stämmer med prioriteringen i den medicinska bedömningen.

Allt fler drabbas av livsstilsrelaterad ohälsa som kommer att leda till sjukdom om man inte i tid sätter in rätt insatser. Många söker för upplevda hälsoproblem utan medicinsk sjukdomsdiagnos och där insatserna inte heller ligger inom det traditionella landstingsåtagandet. Strukturerad lokal samordning mellan landsting och kommuner/stadsdelar blir därför alltmer en nödvändighet för att möta den förändrade behovsbilden.

### Närsjukvård i dag

Det pågår idag många insatser för att få tillstånd en fungerande närsjukvård och det finns goda förutsättningar att utveckla en välfungerande närsjukvård. Trots detta kvarstår stora problem med framför allt bristande tillgänglighet till närsjukvårdssystemet. Idag utgår närsjukvårdens struktur och arbetssätt snarare från professionens och organisationens krav än från av beställaren formulerade krav utgående från befolkningens ohälsa, sjuklighet och vårdbehov. Detta leder till ett ojämnt fördelat och svåröverblickbart vårdutbud med bl a olika öppethållanden och till vissa del olika vårdtjänster inom till synes likartade vårdverksamheter.

Närsjukvården karaktäriseras också i dag av relativt fragmenterade vårdprocesser där varje yrkesgrupp och aktör gör sitt bästa inom ramen för sitt avtal men där sambanden mellan de olika yrkesgrupperna och aktörerna är utvecklade. Det finns ingen på producentsidan som tar ett ansvar för helheten. Denna brist på samordning och helhetssyn skapar osäkerhet hos patienter och vårdpersonal, och leder också till att befolkningen har bristande tilltro till närsjukvårdens kompetens och kvalitet. En konsekvens av detta är att patienter söker eller remitteras till en annan kompetens än den som är relevant för patienten.

#### **..... och i morgon**

Närsjukvården måste i större utsträckning byggas utifrån förändringar av ohälsa, sjuklighet och vårdbehov i befolkningen. Vanliga sjukdomar ska i största möjliga utsträckning tas omhand i närsjukvården. För patienten är det viktigt med tidig upptäckt och att vårdinsatserna sätts in tidigt i sjukdomsförloppet och är samordnade mellan olika vårdgivare. Det ska också vara lätt att få kontakt med vården när man behöver den.

Närsjukvården ska vara nära både i tid och rum men också nära genom att den bidrar till att skapa trygghet och tillit. Vårdgivarna i närsjukvården ska uppfattas som ett självklart och attraktivt förstahandsalternativ. I närsjukvården får de allra flesta vårdsökande hjälp med sina problem oavsett om det handlar om akuta och tillfälliga besvär eller om mer långvariga och kroniska sjukdomar.

Under arbetet med att definiera patient- och sjukdomsgrupper har det utkristalliserats en samsyn mellan yrkesprofessionerna, oavsett organisatorisk tillhörighet, om att viktiga och prioriterade patientgrupper i närsjukvården är barn och ungdom, äldre multisjuka och personer med psykisk ohälsa/sjukdom eller missbruk. Förebyggande insatser och alternativa behandlingsmetoder för patienter med livsstilsrelaterade sjukdomar måste också förbättras.

För många patienter som är mitt i livet är det viktigt med hög tillgänglighet för tillfälliga besvär. Det upplevda behovet av snabba insatser stämmer sällan med prioriteringen i den medicinska bedömningen. Närsjukvården har ändå en uppgift att möta detta behov på ett så kostnadseffektivt sätt som det är möjligt.

*Den enskildes behov är avgörande för **hur** närsjukvårdens insatser ges.*

För många är husläkarteamet den naturliga porten in i närsjukvården men det är inte den enda. För ungdomar kan det vara skolhälsovården eller ungdomsmottagningen och för de äldre kan det vara den kommunala äldrevården.

I närsjukvården arbetar vårdgivarna i ett vårdnätverk så att patienterna får tillgång till rätt kompetens för sina olika vårdbehov och vårdinsatserna är

samordnade. I vårdnätverket samarbetar offentliga och privata vårdgivare inom såväl kommun som landsting.

Närsjukvården måste säkerställa fungerande vårdprocesser för enkla och relativt okomplicerade sjukdomstillstånd. Samtidigt måste förmågan stärkas när det gäller att ta hand om mer komplicerade sjukdomstillstånd och komplexa problem som kräver tillgång till mångprofessionell kompetens och samordnade insatser från olika vårdgivare.

*Sjukvårdens olika vårdproducenter måste ha tillit till varandras kompetens.*

## **Samverkan**

Det krävs en *tydlig struktur för samverkan* mellan de i närsjukvården viktigaste samarbetsparterna såsom andra vårdcentraler, privata eller offentligt drivna, andra specialister i öppen vård och rehabenheter. Den basala psykiatrin, geriatriken och barn och ungdomspsykiatrin ingår även i samverkan. Kommuner, stadsdelar, försäkringskassa, skol- och företagshälsovård och apotek är andra viktiga partners. Det måste även finnas tydliga samverkansformer mellan närsjukvård och sjukhusvård så att sjukvårdssystemet utgör en helhet för befolkningen.

Närsjukvårdens framtida styrka blir beroende av dess *flexibilitet* att välja rätt typ av samverkan för olika behov. Graden av samverkan styrs av behov och överenskommelser.

Sammansatta behov möts med *samordnade insatser*. Detta är särskilt viktigt för vissa äldre, psykiskt sjuka, missbrukare och barn i behov av särskilt stöd. Närsjukvården säkerställer att bedömningar görs såväl utifrån den enskildes medicinska som sociala behov. Samordningen har mer karaktären av en vårdfläta än vårdkedja – insatserna vävs samman till en helhet istället för att avlösa varandra en efter en. Samordningen mellan huvudmännen bör ge både kvalitativa vinster och ekonomiska fördelar.

## **FoUU och kompetensutveckling**

Forskning, utbildning och utveckling är en naturlig och viktig del av närsjukvårdsuppdraget. FoUU måste därför förläggas i närsjukvården och utgå från invånarnas behov i de olika geografiska områdena. Forskningen ska innefatta metodkunskap kring att arbeta i fungerande, tvärprofessionella och gränsöverskridande nätverk där ett lärande med regelbunden utvärdering, aktiv analys och uppföljning kan ske. Kunskap om hälsokommunikation och hälsopedagogik måste utvecklas, liksom utnyttjandet av gruppmetodik.

## **Kännetecknen för närsjukvården**

- Vård nära patienterna, det vill säga där människor bor eller vistas
- Ett väl fungerande akut omhändertagande som efter bedömning av vårdbehovet innebär att man kan prioritera och hänvisa patienten till lämplig vårdgivare

- Snabba insatser med rätt kompetens som bidrar till en ökad trygghet
- Helhetssyn och vägledning utifrån patienternas behov och lokala förutsättningar
- Sammanhållen vård till patienter med komplexa medicinska och psykosociala problem.

### **För att uppnå detta krävs**

- Hög tillgänglighet
- Tidig upptäckt och tidiga insatser
- Snabb bedömning i hemmet av framför allt äldre patienter
- Samverkan mellan aktörer och organisationer inom och utom sjukvården
- Möjlighet att få kontakt med närsjukvården per telefon. Detta innebär att närsjukvården ska ha hög tillgänglighet och kompetens för bedömning, rådgivning för egenvård och hänvisning
- Tillgång till vårdplatser för patienter med omvårdnadsbehov som tillfälligt inte kan tillgodoses inom hemsjukvård (exempelvis vid tillfällig svikt, rehabilitering, palliativ vård/vård i livets slutskede)
- Utveckling IS/IT-stöd för gemensam vård-/patientdokumentation.

### **För att gå från ord till handling krävs**

- Att ett nytt arbetssätt utvecklas vid husläkarmottagningar mot mer samverkan inom närsjukvårdsområdet och med fler gemensamma vårdprocesser.
- Att sjukhus och närsjukvård arbetar tillsammans för att skapa en sammanhängande sjukvårdsstruktur.
- Att kommuner och landsting gör en gemensam kartläggning av befolkningens *behov* i varje närsjukvårdsområde i dialog med vårdproducenterna
- Att kommuner och landsting gör en gemensam kartläggning av befintliga *resurser* i varje närsjukvårdsområde i dialog med vårdproducenterna
- Att det utformas en lokal handlingsplan utifrån de prioriterade behoven och med hänsyn tagen till de lokala möjligheterna
- Att en arena för professionell dialog mellan närsjukvård och sjukhusvård skapas exvis AMDSIS/SPESAM<sup>1</sup> kring fördelning av olika patient- och sjukdomsgrupper.
- Att vårdprogram och beslutsstöd anpassas till närsjukvårdens uppdrag.

---

<sup>1</sup> AMDSIS=Allmänläkare och Danderyds Sjukhus i samverkan. SPESAM= Specialister i samverkan



## 2. Inledning

Den s k 3 S-utredningen omfattar följande två delutredningar:

- den framtida närsjukvården
- det nya universitetssjukhuset och den framtida strukturen för akutsjukvården

Landstingsstyrelsen fastställde den 18 mars 2003 direktiv för det fortsatta arbetet med 3 S- utredningen. En ledningsgrupp för detta arbete har etablerats med landstingsdirektören (ordf), bitr landstingsdirektören, beställardirektören, VDn för Locum AB samt Karolinska Institutets rektor/prorektor.

Utredningen om det nya akutsjukhuset och den framtida strukturen för akutsjukvården har letts av chefläkare Bo Brismar, koncernledningens stab. Här beskrivs omdaning av Karolinska sjukhuset till ett modernt och internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus och de förändrade uppdragen för övriga akutsjukhus. Detta påverkar andra delar av landstingets sjukvårdssystem bl.a. närsjukvården. Den måste stärkas så att den i ökad utsträckning kan ta hand om patienter från såväl universitetssjukhusen som övriga akutsjukhus. De senare måste från universitetssjukhusen ta över basjukvård och viss specialiserad vård.

Hälso- och sjukvårdsutskottet fastställde den 22 april 2003 särskilda direktiv för utredningen av den framtida närsjukvården. Dessförinnan hade en förstudie gjorts som resulterade i delrapporten, "Närsjukvård – trygghet och tillgänglighet nära dig". Denna rapport beskriver vad närsjukvård är och anger några utgångspunkter för fortsatt utveckling.

Av hälso- och sjukvårdsutskottets direktiv framgår önskemål att utredningen belyser ett antal konkreta frågeställningar. Svaren på dessa frågeställningar från de olika delprojekten finns sammanfattade i särskilt dokument.

Arbetet under andra fasen har präglats av omfattande dialoger och hearings med stor delaktighet från verksamhetsföreträdare från offentliga och privata vårdgivare, och från beställare i landstinget samt primärkommuner. För ledning och samordning av projektet har det funnits en styrgrupp bestående av:

- Aina Daléus, chef Beställaravdelning Söder, BKV (Beställarkontor Vård), ordförande
- Christina Thorstensson, chef Beställaravdelning Norr, BKV
- Eva Fellenius, chef Gemensam Utveckling & Projekt, BKV
- Bo Nyström, medicinsk rådgivare, Beställaravdelning Stockholm, BKV, tillika biträdande projektchef
- Dirk Müller, direktör utvecklingskansliet LSF, sedermera stf produktionsdirektör Södra Länets Produktionsområde
- Regina Rodau, produktionsdirektör, Stockholms Produktionsområde

- Mikael Ohrling, produktionsdirektör Södra Länets Produktionsområde, sedemera chef VO Medicin SÖS
- Jan-Åke Zetterström, produktionsdirektör Norra Länets Produktionsområde (deltog tiden 20030610-20031019 )
- Rolf Lamborn, KSLs kansli
- Dr.Ulf Leander, Praktikertjänst, Läkarhuset i Farsta.

Projektledare för följande fem delprojekt:

- Patientgrupper, vårdbehov, mål och uppdrag – Ann Fjellner, läkare Gemensam utveckling & Projekt, BKV
- Samverkan, inkl IS/IT-stöd – Gun Ivergård, utvecklingsamordnare på Beställaravdelning Stockholm, BKV
- Rehabilitering och samarbete med försäkringskassan – Britt Arrelöv, läkare/sakkunnig på Beställaravdelning Norr, BKV
- Kompetensutveckling och FoUU –Jan Sundquist, Professor Allmänmedicinska Institutionen i Stockholm
- Krav på den sjukhusbundna vården –Lena Lindén, medicinskt sakkunnig Beställaravdelning Söder, BKV.

Projektchef: Lena Lindén

Projektstöd: Stefan Rudholm,Grufman-Reje  
 Kristina Helles , Grufman-Reje  
 Information/Kommunikation:  
 Birgitta Dunér, kommunikationskonsult, BKV  
 Anne von Stapelmohr, kommunikationsstrateg Landstingsstyrelsens förvaltning

Miljösamordnare: Eva Jacobsson, BKV

Delrapporterna har utformats i dialog med framför allt MPB 1 (= Medicinsk Program Beredning). Samråd har skett med övriga politiker, fack, patient- och handikapporganisationer vid konferenser 7/11 2003 och 26/3 2004. Utöver detta även i gängse samverkansfora på BKV.

Rapporterna från de olika delprojekten utgör underlag för såväl svaren på frågeställningarna i HSU:s direktiv som den sammanfattande slutrapporten från närsjukvårdsutredningen.

I arbetet med att fram de olika underlagen har cirka 300 personer varit involverade. Det är således en betydande vetenskaplig kunskap och erfarenhetskunskap som ligger till grund för de olika delprojektens analyser, överväganden och förslag. Man kan också säga att arbetet med att utveckla och stärka närsjukvården redan har påbörjats.

Efter det att materialet presenterades har en seminarierie genomförts med seminarier med vårdproducenter inom både kommun och landsting, såväl offentliga som privata. Två seminarier har genomförts kring FoUU- frågor

och ett med Samverkansorganisationerna. Synpunkterna härifrån liksom från andra källor (e-post mm) har inarbetats i rapporten. Facklig samverkan har skett på sedvanligt sätt.

### 3. Mål för närsjukvården

Målen för närsjukvården är formulerade så här:

- Ökad tillgänglighet på telefon och för besök
- Tidig upptäckt och tidiga insatser
- Skapa trygghet hos patienter och befolkning
- Stärka allmänmedicinens roll och bredda närsjukvården med fler medicinska specialister
- Behovsbaserade vårdinsatser för att överbrygga hälsoklyftor
- Sammanhållen vård och förstärkta vårdkedjor

De mål som formulerats för närsjukvården är inriktningsmål. Inriktningsmål är som regel inte mätbara eller tidsbestämda. Det är därför viktigt att man formulerar effektmål så att det går att följa upp att kraven på åtgärder och förändringar för utvecklingen närmare de angivna inriktningsmålen. Effektmålen ska vara konkreta, mätbara, tidsbestämda och realistiska. I ett av delprojekten finns förslag till effektmål och kritiska framgångsfaktorer för fyra av de angivna inriktningsmålen.

### 4. Vad är närsjukvård..... i dag

Det pågår idag många insatser för att få tillstånd en fungerande närsjukvård och det finns goda förutsättningar att utveckla en välfungerande närsjukvård. Trots detta kvarstår stora problem med framför allt bristande tillgänglighet till närsjukvårdssystemet. Idag utgår närsjukvårdens struktur och arbetssätt snarare från professionens och organisationens krav än från av beställaren formulerade krav utgående från befolkningens ohälsa, sjuklighet och vårdbehov. Detta leder till ett ojämnt fördelat och svåröverblickbart vårdutbud med bl a olika öppethållanden och till vissa del olika vårdtjänster inom till synes likartade vårdverksamheter.

Närsjukvården karaktäriseras också i dag av relativt fragmenterade vårdprocesser där varje yrkesgrupp och aktör gör sitt bästa inom ramen för sitt avtal men där sambanden mellan de olika yrkesgrupperna och aktörerna är utvecklade. Det finns ingen på producentsidan som tar ett ansvar för helheten. Denna brist på samordning och helhetssyn skapar osäkerhet hos patienter och vårdpersonal, och leder också till att befolkningen har bristande tilltro till närsjukvårdens kompetens och kvalitet. En konsekvens av detta är att patienter söker eller remitteras till en annan kompetens än den som är relevant för patienten.

### ..... och i morgon?

Folkhälsorapporten 2003 visar att vi lever längre men mår sämre. Medellivslängden ökar tack vare nedgången i dödlighet i hjärt- och

kärlsjukdom och andra stora folksjukdomar samt låg spädbarnsdödlighet . Däremot rapporterar fler människor att de mår sämre i allt yngre åldrar. Stora skillnader finns mellan könen och mellan olika sociala grupper i länet. En stor del av den åtgärdbara sjukligheten är dessutom livsstilsrelaterad. Många söker för upplevda hälsoproblem utan medicinsk sjukdomsdiagnos och där åtgärderna inte heller ligger inom det traditionella landstingsåtagandet. Dessa förhållanden medför stora krav på förändringar av bland annat synsätt, arbetssätt, kompetens och struktur inom hälso- och sjukvården.

En strukturerad lokal samordning mellan landsting och kommuner/stadsdelar blir därför alltmer en nödvändighet för att möta den förändrade behovsbilden.

Närsjukvården måste i högre utsträckning byggas utifrån förändringar av sjuklighet och ohälsa i befolkningen och kunna möta patienternas förväntningar och tillgodose deras vårdbehov. Vanliga sjukdomar ska i största möjliga utsträckning tas omhand i närsjukvården. Närsjukvården ska medverka i det hälsofrämjande arbetet men också svara för förebyggande, stödjande och omvårdande insatser, diagnostik, behandling och rehabilitering. För patienterna är det viktigt med tidig upptäckt och att vårdinsatserna sätts in tidigt i sjukdomsförloppet och är samordnade mellan olika vårdgivare. För att kunna ge dessa samordnade insatser i närsjukvården är kommunal medverkan en förutsättning. Närsjukvården får då mera karaktär av närvård.

Närsjukvården ska vara nära för att bidra till att skapa trygghet och tillit. Vårdgivarna i närsjukvården ska uppfattas som ett självklart och attraktivt förstahandsalternativ. I närsjukvården får de allra flesta vårdsökande sina vårdbehov tillgodosedda hjälp med sina problem oavsett om det handlar om akuta och tillfälliga besvär eller om mer långvariga och kroniska sjukdomar.

*Den enskildes behov är avgörande för **hur** närsjukvårdens insatser ges.*

För många är husläkarteamet den naturliga porten in i närsjukvården men det är inte den enda. För ungdomar kan det vara skolhälsovården eller ungdomsmottagningen och för de äldre kan det vara den kommunala äldrevården.

Det handlar om att få de olika vårdgivarna att fungera i ett vårdnätverk så att patienterna får tillgång till rätt kompetens för sina olika vårdbehov och att vårdinsatserna är samordnade. I vårdnätverket samarbetar offentliga och privata vårdgivare inom såväl kommun som landsting. Verksamheten omfattar även delar av våra akutsjukhus. All kompetens behöver inte finnas på plats vid varje vårdcentral eller närsjukvårdsenhet. Det är tillgängligheten till kompetens som är viktig och kraven på tillgång till olika kompetens kan lösas genom samverkan mellan de olika aktörerna i vårdnätverket.

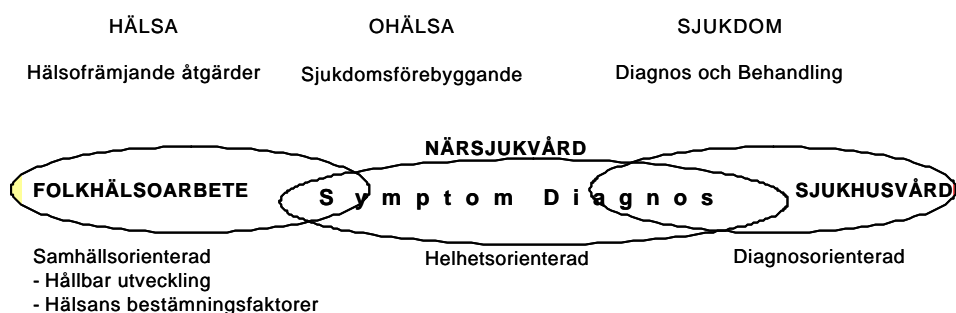
Närsjukvården måste säkerställa fungerande vårdprocesser för enkla och relativt okomplicerade sjukdomstillstånd. Samtidigt måste förmågan stärkas

när det gäller att ta hand om mer komplicerade sjukdomstillstånd och komplexa problem som kräver tillgång till mångprofessionell kompetens och samordnade insatser från olika vårdgivare.

*Sjukvårdens olika vårdproducenter måste ha tillit till varandras kompetens.*

## 5. Förändringskrav på hälso- och sjukvården

För att kunna möta den framtida utvecklingen av ohälsa och sjuklighet i befolkningen krävs en förskjutning av ansvar, uppgifter och resurser från specialiserad sjukhusvård till närsjukvård. Närsjukvården har också ett ansvar för att medverka i folkhälsoarbetet. Dessa förändringskrav kan illustreras med följande bild:



**Folkhälsoarbetet** tar sikte på att få till stånd en hållbar samhällsutveckling där de hälsofrämjande insatserna inriktas mot att påverka hälsans bestämningsfaktorer. Exempel på sådana faktorer är levnadsvanor som t ex matvanor, fysisk aktivitet, alkohol- och tobakskonsumtion, familjeförhållanden och socialt nätverk, utbildning och sysselsättning, social position och inkomst.

**Närsjukvården** kan genom kunskap om orsakssamband mellan dessa bestämningsfaktorer och ohälsa och sjuklighet bidra i det hälsofrämjande arbetet även om åtgärderna ligger utanför hälso- och sjukvårdens ansvars- och kompetensområde. Närsjukvården har en stor uppgift i att svara för tidig upptäckt och tidiga insatser när det gäller ohälsotillstånd som är på väg att övergå eller har övergått i symptom på sjukdom. Även sjukdomsförebyggande insatser för att förhindra till exempel återinsjuknande i en andra hjärtinfarkt är en uppgift för närsjukvården.

Närsjukvården har också möjligheter att slå larm och uppmärksamma riskfaktorer för ohälsa och att identifiera riskgrupper. För patienter med vanliga sjukdomstillstånd ska närsjukvården erbjuda bedömning och diagnostik samt utföra och koordinera behandlingsinsatser och andra åtgärder. Närsjukvårdens insatser är ofta individ- och situationsanpassade där det många gånger inte enbart handlar om att behandla sjukdom utan också stödja det friska hos patienten.

Den **specialiserade och högspecialiserade sjukhusvården** är inriktad på att ta hand om patienter med akuta livshotande tillstånd och allvarliga sjukdomar. Det krävs ofta tillgång till intensivvård och välutrustade operations-salar samt avancerad radiologisk och laboratoriemedicinsk kompetens och utrustning. Utöver detta har akutsjukhusen en viktig roll att med sin kunskap stödja det hälsofrämjande och preventiva arbetet i närsjukvården.

## 6. Sjuklighet, ohälsa och vårdbehov

### Sjukligheten minskar men ohälsan ökar

Sjukdomsördan i befolkningen har som tidigare nämnts under senare år ändrat karaktär med minskade hälsoproblem med hög dödlighet som hjärtinfarkt och ökade hälsoproblem med låg dödlighet som psykisk ohälsa (depressioner, stresstillstånd och missbruk), allergier, övervikt/fetma och värk i rörelseorganen. De långa sjukskrivningarna har ökat markant och de dominerande grupperna är patienter med psykisk ohälsa och värk i rörelseorganen. Under kommande år sker en ökning av andelen äldre-äldre i befolkningen, vilket också kommer att påverka sjukdomsördan.

Det är viktigt att beakta **genusperspektivet** eftersom folksjukdomarna skiljer sig åt mellan könen. Männens drabbas i högre utsträckning av hjärt-kärlsjukdomar och skador med dödlig utgång medan kvinnor i högre utsträckning drabbas av psykisk ohälsa och smärtor i rörelseorganen med funktionsnedsättning som följd. Hjärt-kärlsjukdomar förmodas dock vara underdiagnostiserade/-behandlade hos kvinnor. Under senare år har en ökning av KOL (kronisk obstruktiv luftvägssjukdom) och lungcancer noterats hos kvinnor som en följd av ökad tobakskonsumtion.

Bland ungdomar finns en klar överrepresentation av ätstörningar, psykisk ohälsa, stress och depression hos unga kvinnor. Hos unga män dominerar aggressionsproblem och alkoholmissbruk. Det finns en underdiagnostik av depressioner hos främst män men också generellt i befolkningen.

Förvirrings- och demenstillstånd uppges vara vanligare hos äldre kvinnor liksom osteoporos och frakturer efter fallolyckor.

När det gäller cancersjukdomar finns en naturlig uppdelning utifrån könet med bröstcancer hos kvinnor och prostatacancer hos män. Förekomst av cancersjukdomar i befolkningen ökar bland annat till följd av förbättrade behandlingsmetoder inklusive palliativa metoder, med längre överlevnad men också genom en ökad incidens på grund av den ökande andelen äldre i befolkningen.

Det finns även skillnader i sjukdomsörda beroende på etniska och socioekonomiska förhållanden. Invandare och flyktingar har sämre hälsa generellt. En större andel av männen röker. Övervikt/fetma är mer vanligt förekommande hos barn och kvinnor. Barnen har sämre tandstatus. Den psykiska hälsan är också sämre, särskilt hos unga kvinnor. Ungdomar från utomeuropeiska länder löper kraftigt ökad risk att begå självmord. En högre

andel av män som vårdas för psykisk sjukdom i slutenvård kommer från socialt utsatta områden.

## **Barn- och ungdomar, äldre och personer med psykisk ohälsa och sjukdom ska prioriteras**

Bedömning, diagnostik, behandling och rehabilitering av patienter med **vanliga sjukdomar** är en huvuduppgift för närsjukvården. Det handlar ofta om patienter med smärta, reumatiska besvär, övervikt, hjärt-kärlsjukdomar, KOL, stroke, lättare skador, sjukdomar i rörelseorganen, diabetes, astma/allergi och demens.

Till skillnad från besöken vid akutsjukhusen utgörs en stor del av besöken inom närsjukvården av patienter som söker för **upplevda hälsoproblem** utan fastställd medicinsk diagnos. Patienter med livsstilsrelaterad ohälsa och sjukdom ökar. Viktiga grupper är patienter med psykisk ohälsa, sjukdom eller missbruk, kroniska sjukdomar inklusive livsstilsrelaterad ohälsa och smärtproblematik.

Under arbetet med att definiera patient- och sjukdomsgrupper har det utkristalliserats en samsyn mellan yrkesprofessionerna, oavsett organisatorisk tillhörighet, om att viktiga och prioriterade patientgrupper i närsjukvården är barn och ungdom, äldre multisjuka och personer med psykisk ohälsa/sjukdom eller missbruk. Förebyggande insatser och alternativa behandlingsmetoder för patienter med livsstilsrelaterade sjukdomar måste också förbättras.

Närsjukvården ska tillgodose huvuddelen av **barns och ungdomars behov** av hälsofrämjande insatser och prevention, utredning/behandling och rehabilitering vid somatisk och psykisk ohälsa/sjukdom samt tandvård. Viktiga grupper är barn till socio- ekonomiskt utsatta föräldrar inklusive ensamstående mödrar, kroniskt sjuka barn, barn med akuta infektionssjukdomar, ungdomar med psykisk ohälsa, missbruk och ätstörningar, barn med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning. För att vårdkedjan skall fungera på bästa möjliga sätt måste barnläkarmottagningarna snabbt kunna ta emot patienter som hänvisas från husläkare. Barnläkarna i öppenvård kan i ökad omfattning ta hand om bl.a. infektionskänsliga barn, barn med astma, ätstörningar, funktionshinder, neuropsykiatriska störningar och tarmsjukdomar. Även gips- och suturtagningar, bräckoperationer, borttagande av hudförändringar och suturering av sårskador kan i större omfattning ske i närsjukvården. En möjlig modell för ökad samordning kring barn skulle kunna vara att inrätta barncentra med kompetens inom både barn- och ungdomspsykiatri, rehabilitering, barn- och ungdomsmedicin, BVC och kommunernas olika verksamheter..

Den kunskap vi har om hälsotillståndet hos våra ungdomar gör att vi måste fundera på ett ändrat och utökat åtagande för **ungdomsmottagningarna** med kompetensförstärkning från BUP och ett utökat samarbete med lokala beroendemottagningar. Tillgängligheten under sommarmånaderna måste förbättras.

En viktig patientgrupp för närsjukvården är **äldre patienter** med sviktande funktioner från flera organsystem som kan medföra problem med syn, hörsel, nutrition, yrsel och balanssvårigheter med fysisk inaktivitet, förvirring, trötthet, allmän kraftlöshet, sömnstörning, urin- och avföringsinkontinens. Dessa symtom och problem kan vara svåra att avgränsa från sjukdomsorsakade tillstånd. Ytterligare en grupp är äldre patienter med svikt från flera organsystem och flera medicinska diagnoser. Närsjukvården är viktig för äldre patienter med mycket stort omvårdnadsbehov men med ett litet medicinskt utredningsbehov och som behöver kortvarig vård dygnet runt.

När det gäller patienter med **psykisk ohälsa och psykisk sjukdom** ska man inom närsjukvården ta hand om patienter med tillfälliga besvär av lindrig natur, ångest, nedstämdhet, oro och sömnproblem. Men även patienter i akut kris, äldre med akuta förvirringstillstånd, patienter med långvariga funktionshinder, patienter med nedstämdhet, självmordstankar, vanföreställningar, nydebuterade psykotiska symtom, missbruk, ätstörningar och självdestruktivt beteende är exempel på vårdbehov som närsjukvården har ett ansvar för.

I en av de specialitetsrelaterade utredningarna inom 3S – Psykiatri – beskrivs att ”de specialiserade psykiatriska vårdtjänsterna måste erbjudas i ännu högre grad än i dag, nära patienten, det vill säga tillsammans med primärvårdsverksamheten, habiliteringen och kommunernas verksamheter. Detta innebära att psykiatrisk specialistkompetens, såväl medicinsk som psykologisk och social ska finnas att tillgå i nära samarbete med dessa verksamheter. Det är också angeläget att välfungerade samarbeten och vårdprocesser utvecklas mellan de psykiatriska teamen i närsjukvården och en mer koncentrerad specialiserad och högspecialiserad vård.”

**Hemsjukvård** ska kunna ges till alla patientgrupper där detta är mest fördelaktigt. Detta innebär att barn med kroniska sjukdomar inklusive cancersjukdomar eller akuta infektionssjukdomar med behov av intravenös behandling ska kunna erbjudas behandling i hemmet. Likaså är det inte ålder (>65 år) eller diagnos (palliativ behandling vid cancer) som avgör om den vuxne erbjuds sjukvård/rehabilitering i hemmet, utan avgörande ska vara att behovet på ett, från patientsynpunkt, bättre sätt tillgodoses via hemsjukvård. Vilken organisation som erbjuder tjänsten beror på det lokala utbudet och var kompetensen finns.

Samhällets kostnader inom socialförsäkringssystemet för främst **sjukskrivningar** på grund av besvär i rörelseorganen och psykisk ohälsa har successivt ökat och tar en allt större del av statsbudgeten. I debatten kring orsaker och förslag på åtgärder för att bryta den snabba kostnadsutvecklingen har de intygsskrivande läkarnas roll och sjukvårdshuvudmannens ansvar allt mer diskuterats. De utfärdade läkarintygen är ett viktigt underlag för beslut inom försäkringskassan rörande rätt till sjukpenning, ersättning vid arbetsskada och förtidspension samt för insättande av rehabiliteringsinsatser. En stor del av arbetet med intyg och bedömningar sker av läkare verksamma inom när-



sjukvården. De flesta medicinska bedömningar som görs i samband med sjukskrivningsbeslut är enkla och inte särskilt belastande för läkarna. Men det finns en växande problematik, särskilt inom närsjukvården, med en ökning av antalet patienter som önskar bli sjukskrivna. Detta gäller särskilt patientgrupper med objektivt svårvärderade symtom.

## 7. Närsjukvårdens omfattning och uppdrag

All hälso- och sjukvård som idag bedrivs inom primärvård inkl sjukvårdsrådgivning samt den primärkommunala hälso- och sjukvården kan betecknas som närsjukvård. En betydande del av psykiatri, beroendevård, barn och ungdomspsykiatri, geriatrik, palliativ vård/vård i livets slutskede, rehabilitering, habilitering och hjälpmedelsverksamhet är också närsjukvård liksom även diagnostiska centra och merparten av privata specialister i öppen vård. Även delar av öppenvården på akutsjukhusen, särskilt utanför Karolinska Universitetssjukhuset kan betraktas som närsjukvård.

### Förebyggande insatser, diagnostik och behandling av vanliga sjukdomar ingår i uppdraget

Varje enskilt patientbesök i vården kan vara **hälsofrämjande** om man är lyhörd och har ett preventivt tänkande. Det krävs också ett annat angreppssätt med mer hälsofrämjande och förebyggande insatser av team med mångprofessionell kompetens. Ett hälsofrämjande synsätt är viktigt för att minska uppkomst av livsstilsrelaterade sjukdomar.

Genom ett mer systematiskt förebyggande arbete riktat mot riskgrupper i befolkningen i samarbete med olika kompetenser och aktörer i närsjukvården kan stora hälsovinster göras för befolkningen. Som exempel kan nämnas barn till psykiskt sjuka föräldrar som löper större risk för psykisk sjukdom. Här kan samarbete med förskola och skola underlätta tidiga stödinsatser.

I det **förebyggande** arbetet gäller det att utnyttja befintliga arenor som till exempel bibliotek, apotek och medborgarkontor för hälsoinformation och stöd till egenvård. Det kan också handla om att erbjuda hälsosamtal/-kontroller till äldre eller ”gruppundervisning” till patient- och pensionärsorganisationer kring vikten av fysisk aktivitet, rätt kost, fallprevention, influensavaccination etcetera. Äldres tandhälsa är även nödvändigt att följa upp.

För patienter med **kroniska sjukdomar** kan närsjukvården bidra med trygghet, god tillgänglighet, närhet och sammanhållen vård. Genom fokusering på den kroniskt sjukes behov, och vilken kompetens som behövs för att möta dessa, har närsjukvården med dess breda yrkeskompetens och många samarbetspartners alla möjligheter att tillgodose befolkningens behov av insatser vid kronisk sjukdom.

Genom ett annat angreppssätt med utvecklande av sjuksköterskeledd mottagningsverksamhet, teamverksamhet och gruppundervisning för några av de större folksjukdomarna (diabetes, astma, hjärtsvikt med mera) kan patienten ges bättre redskap att kontrollera sin sjukdom och därigenom minska komplikationer till sjukdomen.

*Närsjukvården har ett särskilt ansvar för de patienter som på grund av ned-satt autonomi och kronisk sjukdom inte kan föra fram sina egna behov.*

För många patienter som är mitt i livet är det viktigt med hög tillgänglighet för tillfälliga besvär. Det upplevda behovet av snabba insatser stämmer sällan med prioriteringen i den medicinska bedömningen. Närsjukvården har ändå en uppgift att möta detta behov på ett så kostnadseffektivt sätt som det är möjligt.

### **..... men också hög tillgänglighet, akut omhändertagande, vägledning och stöd i boendet för äldre**

Genom hög tillgänglighet med korta väntetider såväl vid telefonkontakt som för besök kan närsjukvården möta vårdbehov i ett tidigt skede och därmed minska antalet besök vid sjukhusens akutmottagningar. En lätt tillgänglig vård har stor betydelse för upplevelse av trygghet. Att veta vart man ska vända sig och att snabbt komma fram på telefon är viktigt för många patienter, men särskilt för barn/barnfamiljer och äldre. Behov av akut omhändertagande av mitt-i-livet patienter finns också hos i övrigt relativt friska personer. Patienterna har ofta mindre medicinska besvär som endast kräver kortvarigt omhändertagande.

För att närsjukvården ska vara ett förstahandsalternativ för en större andel av befolkningen måste **omhändertagandet vid akuta behov** för de olika patientgrupperna förbättras. Närsjukvården har stora möjligheter att tillgoda detta. Det finns mycket positiva erfarenheter hos både patienter och medarbetare av att skilja det akuta omhändertagandet från de planerade besöken vid vårdcentral. Det finns även exempel hur mindre vårdcentraler/enheter genom samarbete kan lösa detta. Det finns också andra goda exempel på förändringar som har förbättrat det akuta omhändertagandet. Det som är viktigt är att patienterna har möjlighet att under dagtid snabbt få tillgång till allmänmedicinsk specialistkompetens.

Under kvällstid samt under helger dagtid behöver varje närsjukvårdsområde minst en **närakut/jourmottagning** med tillgång till röntgen och laboratorium och ibland till kompletterande specialistkompetens. Husläkarna på närakuter/motsvarande måste vid behov ha möjlighet till snabba konsultinsatser från olika specialister i närsjukvården. En förstärkt hemsjukvård, verksam dygnet runt, är en förutsättning för en god vård i närsjukvårdsområdet. Kompetens ska finnas inom omvårdnad samt inom allmänmedicin, psykiatri, geriatrik och rehabilitering.

För **äldre patienter** med långvariga och sammansatta vårdbehov är ett proaktivt förhållningssätt mycket viktigt. Försämringar kan i många fall upptäckas tidigt och mötas med insatser i hemmet. De som bor i eget boende kan med fördel "skrivas in" i ett så kallat äldreteam. Här erbjuds regelbunden uppsökande verksamhet i samverkan med landsting/kommun utifrån den enskildes behov.

Varje närsjukvårdsområde bör ha tillgång till ett akutteam som med kort varsel kan göra hembesök för bedömning av vårdbehov men också genomföra temporära sjukvårdsinsatser i avvaktan på att lämplig (a) andra vårdgivare kan kopplas in för tidigare inte kända vårdbehövande. För att närsjukvårdens akutmottagning ska vara ett reellt alternativ för den äldre behovsgruppen behövs möjlighet till direktinläggning på geriatrisk vårdavdelning eller befintliga lokala sjukhem i kommunen med förstärkt vård från hemsjukvården.

Men det som är **allra viktigast** för de äldre är tillgång till **akuta vårdbedömningsbedömningar i hemmet** och samverkan med kommunerna så att akut biståndsbedömning och akuta kommunala insatser kan sättas in.

Distriktsläkare/husläkare och distriktssköterskor utgör basen i närsjukvården och ska i de flesta fall vara det naturliga förstahandsvalet vid akut vårdbehov på grund av **psykisk ohälsa**. Det är viktigt att husläkare och distriktssköterskor får tillgång till kontinuerligt psykiatriskt konsultationsstöd från de psykiatriska öppenvårdsteamerna i närsjukvården. Detta stöd ska inkludera möjlighet till fortlöpande utbildningsaktiviteter men ska även finnas till hands vid behov av snabb konsultation, vilket ibland kan vara nödvändigt för att husläkarteamen ska kunna handlägga patienter som söker akut på ett optimalt sätt.

Vid sidan av husläkarteamen ska den basala områdesbaserade psykiatrin erbjuda befolkningen snabb hjälp vid t ex krisinterventioner, där problemens art och grad är sådana att husläkarteamen inte klarar av att handlägga detta. Lokal överenskommelser och riktlinjer ska underlätta att vård ges av rätt vårdgivare samt att samverkan och informationsöverföring kan ske mellan husläkarteamen, den områdesbaserade psykiatrin och andra aktörer på ett adekvat sätt.

För **barnfamiljer** är tillgängligheten till sjukvården mycket väsentlig och det måste finnas stora möjligheter till snabb rådgivning. En särskild barnsjukvårdsrådgivning är redan beslutad inom ramen för Vårdguiden. En större del av rådgivningen gällande sjuka barn kan ske via barnvårdscentralerna. BVC-sjuksköterskorna har stor kunskap om barnet och familjen och utgör en viktig resurs när det gäller rådgivning. Samarbete mellan BVC-sjuksköterska och husläkare ökar möjligheterna för ett effektivt omhändertagande av barnen.

Det är viktigt att husläkarteamen har ett väl fungerande konsultsamarbete med sin barnläkarmottagning. Detta innebär att rådfrågning kan ske och att

remisshantering underlättas. Akuta besök vid okomplicerade tillstånd ska i första hand ske hos familjeläkare/husläkare som är kompetenta och väl skickade att behandla barnen. Barnläkare i öppenvård ska behålla sin specialistkompetens som pediatrika generalister. Barnklinikens subspecialiserade kliniker är i första hand en remissinstans för barnläkare i öppenvård. Akuta sjukdomar hos spädbarn under 12 mån och akuta sjukdomar hos de kroniskt sjuka barnen måste prioriteras på BUMM (barn och ungdomsmedicinsk mottagning). Andelen akutbesök på barnläkarmottagningarna i närsjukvården får dock inte öka på ett sådant sätt att möjligheterna till behandling av pediatrika specialistbarn minskar. En alltför stor akutverksamhet på barnläkarmottagningarna skulle också riskera att tunna ur pediatrikens specialistkompetens.

Ett fungerande akut omhändertagande av patienter med sammansatta vårdbehov i närsjukvården kräver **IT-lösningar** som gör viktiga uppgifter angående aktuella sjukdomar samt pågående medicineringar/behandlingar och pågående vårdinsatser tillgängliga för den som akut handlägger patienten.

I närsjukvården spelar medicinsk rådgivning och **hänvisning per telefon** en viktig roll. Den ökar patienternas trygghet, stödjer egenvård, förbättrar tillgängligheten genom hänvisning till rätt medicinskt motiverad kontakt i vårdnätverket. I ett alltmer komplext sjukvårdssystem kan det vara svårt för patienten att själv hitta rätt. Det kan röra sig om omvårdnadsbehov, sjukvårdsbehov av akut eller kronisk karaktär, eller service p.g.a. handikapp eller sjukdom. Det vanligaste är att patienten ringer sin vårdcentral men för de som inte hittar till sin husläkare ska det finnas ett telefonnummer. I Stockholms Läns Landsting har Vårdguiden en nyckelroll med dess olika funktioner och möjligheter till vidareutveckling t ex inom ramen för "Mina vårdkontakter".

För att stärka och guida patienten om möjligt till egenvård eller till en lämplig kontakt i vårdnätverket, men även för att kunna dirigera direkta vårdinsatser till patienten krävs goda kontakter med samtliga vårdgivare i närområdet. Därför bör en sluss-/rådgivningsfunktion finnas i varje närsjukvårdsområde. Genom att ringa **ett telefonnummer**, exempelvis via Vårdguiden, ska det gå att dygnet runt få kontakt med denna samordningsfunktion som bör vara gemensam för aktörerna i närsjukvårdsområdet inkl kommunernas verksamheter. Denna funktion ska ha mandat att vid akuta behov aktivera olika stöd och vårdinsatser i hemmet. Slussfunktionen kan med fördel knytas till någon dygnetruntöppen verksamhet i närsjukvårdsområdet som exempelvis närakut, SAH-enhet eller jourmottagning inom primärvården.

Akutmottagningarna måste också få större möjlighet att hänvisa personer från akuten som är uppenbara fall för närsjukvården. En distriktssköterska på sjukhusens akutmottagningar kan hänvisa patienter som inte behöver tillgång till sjukhusens specifika kompetens till ett snabbt fortsatt omhändertagande i närsjukvården.

## ..... liksom vårdplatser, rehabilitering, alternativ medicin och stöd för egenvård

Behov av **vårdplatser i närsjukvården** finns i första hand inom vården av äldre sjuka patienter. För äldre patienter med sviktande organsystem och mindre allvarlig medicinsk åkomma kan korttidsplatser för observation, utredning och behandling möjliggöra fortsatt eget boende. Närsjukvårdens vårdplatser kan också behövas för äldre patienter med mycket stort omvårdnadsbehov men med ett mindre medicinskt utredningsbehov som behöver kortvarig vård dygnet runt. Patienten kan komma från akutsjukhus som medicinskt utskrivningsklar alternativt från hemmet. Vårdplatser kan bl.a. finnas inom de geriatriska klinikerna, inom den avancerade hemsjukvården eller inom kommunens särskilda boenden.

Äldre patienter med svikt från flera organsystem och flera medicinska diagnoser däribland ”äldre multisjuka” utgör en riskgrupp för hög konsumtion av sjukhusbunden vård. Där kan en vårdplats i närsjukvården vara ett bättre alternativ.

För psykiatriska patienter som är i behov av intensivare utredning och/eller behandling eller rehabilitering än vad som är möjligt i gängse öppenvård, men inte i behov av den omvårdnad och tillsyn som heldygnslutenvård innebär, kan så kallade mellanvårdsformer utvecklas i större omfattning än i dag.

Detta beskrivs i delprojekt- Psykiatri – i specialitetsrelaterade utredningen inom 3S. Exempel kan vara:

- Mobila verksamheter som bedriver avancerad vård i hemmet (inte bara ”besöker”)
- Dagvård med hög omhändertagande nivå

Ett av uppdragen för närsjukvården är **rehabilitering**. När det gäller personer i yrkesverksam ålder (16-64 år) definieras begreppet rehabilitering oftast utifrån målet ”att återgå till arbete efter sjukskrivning på grund av sjukdom eller skada”. Inom denna definition ingår i rehabiliteringsprocessen såväl medicinska som sociala och arbetsmässiga insatser. Alla individer kan dock inte rehabiliteras till arbete. Det innebär att det krävs en vidare definition av begreppet rehabilitering om alla involverade aktörers mål ska kunna omfattas av definitionen. Istället för ”rehabiliteringsprocess” kan man snarare tala om en ”tillfrisknandeprocess”. I denna process ingår de tre arenorna, den privata arenan, arbetsarenan och sjukvårdsarenan samt en vidare krets aktörer än man vanligen talar om i samband med rehabilitering.

En lyckad rehabilitering innebär att individen uppnått ökad förmåga till egenförsörjning och/eller ett självständigt liv utifrån den använda definitionen av begreppet rehabilitering. Målet för den som inte kan rehabiliteras till arbete och egenförsörjning är ökad förmåga till självständigt liv och delaktighet i samhällslivet utifrån förmåga.

Att använda begreppet funktionell rehabilitering innebär att man ser på helheten istället för att försöka separera mellan vad som kan kallas medicinsk och vad som kan kallas yrkesinriktad rehabilitering. Begreppet täcker även alla grupper av patienter, det vill säga de som kan rehabiliteras till arbete och de som inte kan detta.

Viktiga **framgångsfaktorer för en lyckad rehabilitering** är förutom en motiverad och välinformerad patient, att insatserna individualiseras utifrån en multiprofessionell utgångspunkt och att en av de inblandade rehabiliteringsaktörerna har ett särskilt uppdrag att stödja patienten samt att samordna alla insatser. På övergripande nivå krävs att de olika aktörernas roller och uppdrag är tydliga och att det finns en samordningsfunktion för samverkan.

En person eller organisation kan inte själv klara av att leva upp till eller åstadkomma allt detta. Det ligger i sakens natur att samverkan i tvärprofessionella team och med olika verksamheter måste till. Inom rehabiliteringsområdet finns en risk att vård och behandling inte ges på lika villkor i samma utsträckning som inom andra områden. Dagens aktiviteter bygger mycket på lokala entusiaster och det finns exempel på mycket bra verksamheter inom vissa områden av länet, medan andra saknar sådan verksamhet. Den framtida rehabiliteringen inom närsjukvården bör därför innehålla ett grundkoncept med ett baserbjudande av aktiviteter till hela befolkningen. Ersättningsystem som stimulerar ett stödjande arbetssätt är en förutsättning. Tid för individualisering, teamarbete och samordning med andra aktörer är av väsentlig betydelse.

Användningen av **komplementär-/alternativmedicin**, har ökat väsentligt de senaste åren. I Stockholms län noterades i en enkätstudie 2000 att 49 % av befolkningen nyttjat alternativmedicin och 77 % ville att samarbetet mellan komplementär- och alternativ vård och vanlig sjukvård skulle öka. Kunskap om dessa metoder och deras användning saknas dock i stor utsträckning inom den traditionella sjukvården. Framför allt finns inom området där skolmedicinen i dag saknar effektiva behandlingsmetoder ett behov av att hitta framgångsrika alternativa behandlingar.

Inom landstinget finns behov av utökade informations- och utbildningsinsatser om användandet av alternativmedicin i syfte att öka samverkan samt för att ge förutsättningar för metodutveckling. Även patientsäkerheten kräver en förbättrad samverkan, eftersom metoder och läkemedel som används inom båda områdena kan påverka varandra. Vid KI pågår ett planeringsarbete för att starta ett Centrum för Integrativ Medicin med uppgift att bedriva forskning och undervisning enligt sedvanligt strikta vetenskapliga kriterier. Målsättningen är att visa vilka alternativa behandlingsmetoder som är effektiva enligt samma metodik som används inom evidensbaserad medicin, och att förstå mekanismerna bakom eventuella behandlingseffekter. Här finns goda möjligheter för landstinget att inom ALF samverkan ingå i ett samarbete.

Det finns både internationellt och nationellt erfarenhet av så kallade **självhjälpsgrupper**. Det är dock ännu inte så vanligt i vårt land. I dessa grupper träffas individer med likartad problematik och ger stöd till varandra. Grupperna startas på initiativ av enskilda individer med ett visst intresse eller av patientorganisationer och leds av deltagarna själva. Det finns exempel i Sverige på särskilda organisationer som stödjer den/de som önskar att starta en självhjälpsgrupp.

**Egenvård** är den första vårdnivån. Kunskap i egenvård skulle även i högre grad kunna nå den unga generationen genom utbildning under hela skoltiden. Det kan finnas anledning för landstinget att på olika sätt stödja nätverk och aktörer utanför sjukvården som kan medföra att landstingets resurser avlastas. Med stöd avses då inte bara rent ekonomiskt stöd utan det kan vara utbildning eller tillgång till handledning. Denna typ av stöd bör utvärderas avseende kostnadseffektivitet på samma sätt som sjukvårdens resurstilldelning utvärderas.

**Vårdguiden** kan fylla en viktig funktion genom att informera om olika typer av ohälsa och när det finns anledning att söka vård och på vilket sätt detta i så fall bör ske.

I många fall är individen beredd att ta ett ökat ansvar för sin egen hälsa. Det är en viktig utgångspunkt för en gemensam mötesplats för egenvård och hälsofrågor – en mötesplats i närsjukvården. Helhetssyn och samverkan mellan olika kompetenser och hälsoaktörer är en annan. Denna mötesplats i egenvårds- och hälsofrågor kan till exempel arrangeras i ett **hälsotorg**.

Hälsotorget kan ge förutsättningar för ett nytt arbetssätt där framför allt vården och apoteken integrerar sina verksamheter på ett för den enskilde mer effektivt och tillgängligt sätt. En distriktssköterska från den lokala vårdcentralen finns vissa tider på apoteket. Apoteken i Stockholms län har varje år 8 miljoner möten med receptkunder och 12 miljoner besök rörande egenvård. Alla dessa kundmöten utgör en stor potential för att i samverkan arbeta för förbättrad folkhälsa, förstärkt egenvård och förbättrad läkemedelsanvändning. Erfarenheterna från utvärderade hälsotorgsprojekt är goda. Befolkningen känner till sina lokala hälsotorg, man är nöjd med informationen och man säger sig ha fått ökad motivation att ta ansvar för sin hälsa. Konceptet finns på flera platser inom SLL.

**Anhöriga** har fått ta ett allt större ansvar för vård och omsorg. För att stödja dem och för att möjliggöra ökad delaktighet och kunskap ska närsjukvården erbjuda utbildning till både patienter och närstående.

En allt viktigare uppgift för närsjukvården blir mötet med **patienter från andra kulturer**. Det transkulturella mötet mellan vårdgivare och patient måste utvecklas och bli föremål för större uppmärksamhet. För att tillgodose alla behovsgrupper i närsjukvården behövs en välfungerande tolkförmedling och vårdinformation på olika språk och med hänsyn tagen till olika befolkningsgruppers förväntningar på vården.

Det är viktigt att beakta könsaspekter vid bemanning av vårdverksamheterna i närsjukvården, exempelvis efterfrågas kvinnliga gynekologer för en del etniska grupper. Man bör även fundera över samlevnads/familjeaspekterna när det gäller planering av ungdomsmottagningar, BUP och familjerådgivning med möjlighet till särskild rådgivning för män respektive kvinnor. För ungdomar kan tillgång till kontakt via e-post vara bra.

Kulturella möten i det svenska samhället kan ge upphov till kriser. Det är viktigt med god samverkan med kommun och olika invandrarföreningar i närsjukvårdsområdet. Inom äldreården måste man tillgodose den mångkulturella befolkningens behov av språklig och kulturell kompetens vid vårdavdelningar och särskilda boenden. Även missbruksården ska vara kulturellt anpassad. För en förbättrad folkhälsa i ett mångkulturellt område är samverkan med flyktingmottagningen viktig.

### **Uppdraget kräver bred och mångsidig kompetens men också specialistkunskap**

Närsjukvårdens utbud och insatser ska dimensioneras och organiseras utifrån de vårdbehov och förutsättningar som finns lokalt i de olika närsjukvårdsområdena. Därför kommer närsjukvården att se olika ut i kranskommunerna och t ex i innerstan. Det handlar om att få de olika vårdgivarna att fungera i ett nätverk så att patienterna får tillgång till rätt kompetens vid rätt tillfälle för sina olika vårdbehov och att vårdinsatserna är samordnade.

Vissa kompetenser och funktioner är nödvändiga för att närsjukvården ska uppfattas som det mest attraktiva förstahandsvalet. Sådana funktioner är exempelvis:

- Husläkare/familjeläkare och distriktssköterskor med bred och mångsidig allmänmedicinsk kompetens.
- Akut- och jourverksamhet med god tillgänglighet och med möjlighet till hembesök.
- Läkare, sjuksköterskor och annan personal med specialistkompetens inom bland annat geriatrik, gynekologi, pediatrik, kirurgi, ortopedi, kardiologi, hud, psykiatri, öron-näsa-hals, ögon, röntgen och laboratoriemedicin genom samverkan med andra vårdgivare och akut-sjukhusen.
- Mödrahälsovård, barnhälsovård och tandvård.
- Boendestödjare, biståndsbedömare, socialsekreterare, sjuksköterskor och annan primärkommunal personal.
- Sjukgymnaster och arbetsterapeuter med rehabiliteringskompetens.
- Dietister.
- Kuratorer, psykologer och beteendeterapeutisk kompetens.
- Specialistkompetens på konsultbasis från bl a gastroenterologi, reumatologi, onkologi, neurologi, infektion, endokrinologi, lungmedicin och urologi.
- Rådgivning och hälsoupplysning som ger stöd till egenvård.



- Vägvisar- och hänvisningsfunktion som hjälper patienten att hitta rätt i vårdnätverket.
- Hemsjukvård och avancerad sjukvård i hemmet med möjlighet till slutna vård vid tillfällig medicinsk svikt.
- Korttidsplatser för redan kända äldre patienter vid tillfällig försämring av sjukdomstillståndet och för avlastning av närstående.
- IT-stöd och gemensam vårddokumentation.

All kompetens behöver inte finnas på plats vid varje vårdcentral eller annan närsjukvårdsenhet. Det är tillgängligheten till kompetens som är viktig och kraven på tillgång till olika kompetens kan lösas genom samverkan mellan de olika aktörerna i vårdnätverket.

Exempel på kompetenser som krävs för gränsöverskridande arbetssätt

**För samverkan kring barns och ungdomars hälsa-** och sjukvård tex familjecentraler, ungdomsmottagningar och mini-Marior krävs det socialmedicinsk kompetens från den kommunala individ och familjeomsorgen och skolhälsovården liksom ett nära samarbete med barn och ungdomspsykiatrin.

**För samverkan kring rehabilitering** för ”mitt-i-livet ” befolkningen krävs ofta ett team med kompetens från både allmänmedicin, paramedicin, och ofta psykiatrisk och ortoped/ortopedmedicinsk kompetens liksom socialmedicinsk kompetens från både kommun, försäkringskassa och arbetsförmedling. Det kan även krävas samverkan med alternativ medicinsk kompetens av olika slag.

**För samverkan kring psykiatri/missbruk** krävs både kompetens från husläkarteam förstärkt med närpsykiatrin och kommunens socialmedicinska kompetens. För personer med funktionshinder behövs även kompetens kring habilitering som ofta kan vara mycket specialiserad tex. sjukgymnaster med specialistkompetens i barn och barnuroterapeuter.

**För samverkan kring de äldre** krävs geriatrisk, geropsykiatrisk och rehabiliterande kompetens inom både kommun och landsting liksom kunskap kring nutrition. Apoteket kan även bidra med farmaceutisk kompetens.

Vissa enheter bör ta ett större ansvar för vissa sjukdomar genom att vårdcentraler gemensamt etablerar resurser och kompetens t.ex. inom astma, hjärtsvikt- och inkontinensvården.

Närsjukvården måste också utveckla ett fungerande samarbete med den mer specialiserade och högspecialiserade vården vid sjukhusen. Ett viktigt uppdrag för sjukhusen är att stödja utvecklingen av närsjukvården.

## 8. Samverkan – en viktig framgångsfaktor

### Individen i fokus för samordnade insatser vid komplexa problem

Genom samverkan mellan landsting och kommun breddas kompetens och utbud. Det är särskilt viktigt för äldre, kroniskt sjuka, personer med psykisk sjukdom och funktionshinder samt barn som behöver särskilt stöd. Lika viktigt är att samverkan inom landstinget är välfungerande och att primärvård, geriatrik, psykiatri, beroendevård, privata specialister sinsemellan finner sina former för samverkan. Även samverkan med andra samarbetspartners som försäkringskassa, apotek, arbetsförmedling med flera behöver utvecklas.

- En tydlig struktur för samverkan behövs som omfattar många samarbetsparter, även försäkringskassa, apotek, arbetsförmedling med flera
- engagerar politiker, producenter, administratörer, intresseorganisationer med flera
- involverar alla nivåer
- tar upp generella och specifika frågor, utveckling och policier
- fungerar som stöd till samordnade insatser med den enskilde individen i fokus
- täcker in flera gränssytor för samverkan
- och där alla är införstådda med mervärdet.

Samverkan är inget mål i sig utan det är resultatet som räknas, det vill säga att sammansatta behov möts med samordnade insatser. Utgångspunkten är patient- och medborgarperspektiv och inte ett organisatoriskt perspektiv.

Graden av samverkan beror på behov och överenskommelser. Närsjukvårdens framtida styrka blir beroende av dess flexibilitet att välja rätt typ av samverkan för olika behov. För att underlätta bedömningen av samverkansbehovet kan följande indelning användas:

- *Känna till* - kunskap om den andra organisationens existens och att den genomför aktiviteter riktade till målgruppen – men ingen direkt kontakt
- *Konsultation* – envägskommunikation mellan de agerande, till exempel man efterfrågar något från den andre
- *Samråd* – en översiktlig information av de agerandes aktiviteter så att dessa inte kolliderar eller motverkar varandra
- *Samarbete* – samplanering av aktiviteter för att förstärka effekterna av dessa och utnyttja de gemensamma resurserna på ett mer optimalt sätt
- *Sammansmältning/integration* – då organisationerna lägger samman sina resurser för att på så vis uppnå största möjliga effekt av insatta resurser.

För att arbeta fram en gemensam bild av behovet av samordnade insatser när det gäller särskilda frågor och prioriterade grupper behöver så många samarbetsparter som möjligt "sätta sig ner runt bordet" för att bidra med sin bild till helheten utifrån lokala förutsättningar och behov.

I det följande ges förslag till punkter i en inledande checklista som kan användas i den lokala dialogen om samverkan mellan landsting och kommun samt för samverkan inom landstinget. Dialogen bygger på följande steg:

- En gemensam kartläggning kring Hur många personer i aktuell målgrupp som finns i området? Hur ser vård- och omsorgsbehoven ut? Hur ser landstingets och kommunens utbud ut? Vilka resurser finns?
- Bedömning av behov av samordnade insatser kring särskilda frågor och prioriterade grupper
- Göra patient- och intresseorganisationer delaktiga
- Tydlig struktur för samverkan och framtida utvecklingsområden.

### **Hälsofrämjande och förebyggande insatser**

De nationella folkhälsomålen har givit folkhälsofrågorna en bredare ansats. Folkhälsa lyfts in i fler samhällssektorer med syfte att åstadkomma en hälsosam samhällsplanering på bred bas. Närsjukvårdsområdet är en viktig lokal arena för dessa frågor. Länets nya folkhälsoberättelse *Folkhälsan i Stockholms län 2003* har ett bredare upplägg än tidigare och behandlar de elva nationella målområdena för folkhälsa.

Kommunens och landstingets delvis olika perspektiv kompletterar varandra. Kommunen står ofta för ett hälsofrämjande perspektiv med fokus på friskfaktorer medan landstinget fokuserar på sjukdomsförebyggande perspektiv och tidiga insatser.

Förslag till checklista:

- inventera vilka samarbetspartners och samverkansfora som finns
- göra lokal genomgång, tolkning och analys av länets Folkhälsoberättelse 2003
- ta fram lokalt handlingsprogram som definierar lokala folkhälsomål och strategier
- prioritera särskilda frågor och grupper utifrån lokala förutsättningar och behov, årliga planer som inkluderar gemensam uppföljning

### **Äldrevård**

Inom äldrevården har behovet av samverkan ökat på grund av kortare vårdtider i slutenvård och hårdare prioritering i äldreomsorgen. Närsjukvården ska tillgodose den största delen av äldres behov av vård och omsorg. Den sammantagna kompetensen inom närsjukvården säkerställer bedömningar av både medicinska och sociala behov.

I Stockholms län bedrivs geriatrisk verksamhet både som integrerade delar av akutsjukhusens verksamhet och som fristående lokala geriatriska verksamheter. Både landstings- och privat drift av verksamheten förekommer. I närsjukvården är geriatriska verksamheter med stark lokal förankring och

behovsanpassad inriktning på verksamheten en viktig och nödvändig komponent.

Geriatriken i närsjukvården skall kunna tillgodose en betydande del av behovet av slutenvård och slutenvårdsrehabilitering samt vissa behov av öppenvårdsinsatser för äldre. I äldregruppen dominerar mål-/behovsgrupperna äldre i hög ålder och/eller äldre med långvariga, omfattande och sammansatta vårdbehov ("s.k. multisjuka"). Verksamheten måste ha god kännedom om, god samverkan med och ett gott samarbete med vårdgrannar och kommuner inom närsjukvårdsområdet.

Möjligheten att genomföra en bra planering i samverkan med kommunen och vårdgrannar vid utskrivning till ordinärt eller särskilt boende underlättas av att den geriatriska verksamheten är lokalt baserad och är en integrerad del av närsjukvården.

Både akut och planerad vård inom geriatrikens kompetensområde skall kunna erbjudas. I uppdraget ingår utredning, diagnostik, behandling vård och rehabilitering av kroppsliga och psykiska sjukdomstillstånd som inte kräver akutsjukhusets resurser. Palliativ vård och vård i livets slutskede, utredning och diagnosticering av oklara förvirringstillstånd och fullständiga demensutredningar är viktiga uppgifter.

Äldrevården skall vara lättillgänglig med möjlighet till direktinläggning från primärvård och kommunal hälso- och sjukvård, snabb övertagande av patienter med behov av geriatrisk vård från akutsjukhusen och med rimliga väntetider till planerad utredning och vård. Den lokalt inriktade geriatriken inom närsjukvården är också väl lämpad att utföra andra angelägna vårduppdrag inom närsjukvården. Till dessa hör läkarinsatser inom kommunala särskilda boenden och insatser inom basal och avancerad hemsjukvård.

Förslag till checklista:

- kartlägga vårdbehov och vårdutbud
- säkerställa rutinerna för vårdplanering kring utskrivningsklara patienter
- utveckla "ett telefonnummer och 24-timmars tillgänglighet när det sviktar"
- genomföra läkemedelsgenomgångar av äldres läkemedel
- koordinera insatserna kring hemsjukvård och hemtjänst, rehabilitering och hjälpmedel, mellanvårdsformer
- samordna insatserna för äldre multisjuka, äldre med psykisk sjukdom
- gemensam utbildning, metodutveckling, uppföljning, vårddokumentation
- involvera äldre, anhöriga och pensionärsföreningar/råd

## Psykiatrisk vård

För patienter med psykisk ohälsa och sjukdom har behovet av samverkan ökat på grund av färre slutenvårdsplatser, kortare vårdtider och hårdare prio-

riteringar inom den kommunala socialpsykiatrin. I närsjukvården finns bred kompetens att möta personer med psykisk sjukdom och funktionshinder men samarbetet behöver utvecklas åt flera håll. För att klara målet "tidig upptäckt – tidiga insatser" behöver primärvården involveras på bättre sätt. Kommunal missbruksvård och socialpsykiatri samt landstingets specialiserade beroendevård och psykiatri behöver utveckla samarbetet sinsemellan, särskilt när det gäller psykiskt sjuka missbrukare. Närsjukvården har en viktig preventiv roll, bland annat genom att skapa förutsättningar för den enskilde individen att göra goda val.

Förslag till checklista:

- kartlägga vårdbehov och vårdutbud
- stärka samverkan psykiatri – missbruks- och beroendevård
- säkerställa rutinerna för vårdplanering för utskrivningsklara patienter
- utveckla samverkan psykiatri – primärvård
- utökat samarbetet kring stödboenden, hembesök/hemsjukvård, minska externa placeringar och öka boende på hemmaplan
- samordna insatserna för barn till psykiskt sjuka, unga vuxna, äldre med psykiska besvär, personer med kombinerad missbruk och psykiatrisk problematik, personer med LPT/rättspsykiatrisk vård och särskild utskrivningsprövning
- gemensam utbildning, metodutveckling, uppföljning, vårdokumentation
- involvera brukar-, patient- och intresseorganisationer.

### Primärvård och psykiatri

Patienter som drabbats av psykisk ohälsa och psykisk sjukdom är ofta mycket utsatta och ett fungerande samarbete mellan de olika vårdorganisationerna inom både kommun och landsting är nödvändigt för att få till stånd en god vård.

Andelen av befolkningen som lider av psykisk ohälsa är så stor att närsjukvården måste anpassa en del av sina arbetssätt och organisationsformer utifrån denna nya situation. *Det innebär framför allt ett ökat behov av kompetensutveckling för primärvårdens personal men även en ökad konsultation och samverkan kring patienter med psykiatrisk sjukdom.*

Vi vet att vissa av dessa faktorer sannolikt är påverkbara och genom att tidigt stödja familjer med svaga sociala nätverk redan på MVC/BVC kan en framtida psykisk ohälsa hos barnen sannolikt minskas. Begreppet familjecentral kan utvidgas till att även innefatta tillgång till psykiatrisk kompetens i vissa fall. Men vanligtvis handlar det om en flexibel samverkan mellan primärvård/psykiatri utifrån befolkningens behov och den lokala organisationen.

Samlokalisering kan underlätta men det viktigaste är att alla resurser inom ett närsjukvårdsområde används för att möta den psykiska ohälsan. Lös-

ningarna kan se lite olika ut beroende på vilken kompetens som finns inom husläkarteamet och vilka behov som finns. Ibland kan det handla om enhelldeltidsspsykiater men oftare om regelbundna konsultationer. Kuratorerna på vårdcentraler är givetvis en del av psykiatrins kontaktlänkar till primärvården och snart finns det tillgång till psykosocial kompetens på de flesta husläkarmottagningar. För patienter med mer socialmedicinska problem är det viktigt att tillvarata socialtjänstens kompetens liksom stöd från föreningar och frivilligorganisationer i närområdet. Psykiatrisk kompetens är även viktig vid läkemedelsgenomgångar på särskilda boenden.

### **Missbruks- och beroendevård**

Sedan 1998 finns en gemensam länspolicy för samverkan mellan kommunal missbrukarvård och landstingets specialiserade missbruksvård. En stor del av landstingets missbruksvård har sedan dess förändrats från att vara en slutenvårdsorganisation till att bli en nätverksbaserad verksamhet med små lokala mottagningar, samlokaliserade med socialtjänstens missbrukarvård. Den länsgemensamma policyn har på relativt kort tid lett fram till konkreta resultat kring samverkan i samlokaliserade lokala beroendemottagningar.

Nästa steg är att i närsjukvården utveckla samverkan med psykiatri för målgruppen psykiskt sjuka missbrukare och med primärvården för att klara närsjukvårdens mål kring tidig upptäckt - tidiga insatser.

Närsjukvården har en viktig samhällsroll kring preventiva insatser och skapa förutsättningar för den enskilde individen att göra goda val. För att minska barns och ungdomars alkohol- och narkotikamissbruk behövs riktade samordnade insatser.

Förslag till checklista:

- kartlägga vårdbehov och vårdutbud
- utveckla förebyggande insatser – särskilt vad gäller ungdomar
- stärka samverkan mellan missbruks- och beroendevård och psykiatri
- involvera primärvården mer kring "tidig upptäckt – tidiga insatser"
- samordna insatserna för personer med missbruk och psykiska problem
- gemensam utbildning, metodutveckling, uppföljning, vårddokumentation
- involvera patient- och intresseorganisationer

### **Barn och ungdomar som behöver särskilt stöd**

Sedan 2001 finns en gemensam länspolicy för samverkan kring barn och ungdomar som behöver särskilt stöd. Policyn omfattar fem riktlinjer och utgår från gemensamma grundläggande värderingar. Samverkansorgan mellan kommun och landsting ska finnas där både basnivå och specialistnivå deltar.

Den så kallade BUS-policy har lett till snabb utveckling av samverkan utifrån grundläggande värderingar och riktlinjer. Gemensamma regionala bilder över barn och ungdomars behov behövs. Den registerstudie som samhällsmedicin, i samverkan med KSL, nyligen tagit fram kring gemensamma resurser för barn och ungdomar ger kunskap för att utveckla verksamheterna så att landsting och kommun på ett bättre sätt kan möta framtida behov.

Den nätverksorganisation som skapats på såväl lokal som regional nivå stämmer väl med tanken om att byggandet av närsjukvård främst handlar om att bygga nätverk och inte nya hus. I dag ingår vanligtvis representanter för förskola, grundskola, socialtjänst, handikappomsorg, BUP, habilitering och barnmedicin i dessa nätverk. I närsjukvården kan samverkan utvidgas med representanter för exempelvis primärvård, allmänpsykiatri och beroendevård. Utvecklingen går mot ökat antal tonåringar, ökad segregation och ökad alkohol- och drogkonsumtion. Folkhälsorapporten och andra utredningar visar också på en ökad psykisk ohälsa hos unga i länet och då framförallt hos unga flickor.

Förslag till checklista:

- kartlägga behov och resurser
- främja förebyggande insatser
- utvidga samarbetet till flera behovsgrupper
- utveckla gemensam vårdplan
- ansvar och kostnader för barn och ungdomar med sammansatt problematik som behöver placeras utanför det egna hemmet
- gemensam utbildning, metodutveckling, uppföljning, dokumentation
- involvera patient- och intresseorganisationer

### **Personer med varaktiga och omfattande fysiska eller psykiska funktionshinder enligt lagen om LSS**

I närsjukvårdsutredningens direktiv ingick inte att se hur samverkan kring denna behovsgrupp skulle ske. Det är viktigt att konkretisera vilka olika vårdtjänster som ska ges i närsjukvården respektive sjukhusvården liksom hur samverkan mellan kommun/landsting kan utvecklas.

För barn och ungdomar sker samverkan strukturerat inom ramen för BUS men för vuxengruppen finns fortfarande många otydligheter i ansvars- och arbetsfördelningen. Naturligtvis är grundtanken att dessa har samma behov av insatser som den övriga befolkningen men det är viktigt att skapa struktur kring insatser som kräver primärkommunal samverkan. Det är viktigt att ta fram ny kunskap, nya arbetssätt och metoder utifrån ett närsjukvårdstänkande. Därför föreslås att BKV får i uppdrag att ta fram direktiv för en fördjupad utredning kring denna behovsgrupp.

### **Samverkan inom landstingsfinansierade verksamheter.**

På samma sätt som tidigare behöver en gemensam bild tas fram för samverkan mellan olika vårdproducenter inom varje närsjukvårdsområde.

Förslag till checklista:

- gemensam kartläggning av behov och resurser
- för vilka behovsgrupper är samverkan särskilt viktig?
- insatser för att förhindra onödig inläggning på akutsjukhusen
- lokalt akut omhändertagande
- samarbete mellan vårdcentraler för bättre tillgänglighet och resursutnyttjande
- privata specialister som del i närsjukvården
- centrubildningar med olika inriktning
- primärvård som första linje för psykisk ohälsa
- äldrevård i samverkan
- samarbete psykiatri – beroendevård – primärvård
- gemensam utbildning, metodutveckling, uppföljning, vårddokumentation
- involvera patient- och intresseorganisationer

#### ..... och mellan vårdcentraler

Samverkan mellan vårdcentraler kan illustreras med ett exempel på samverkan i norra Botkyrka där de tre vårdcentralerna har etablerat gemensamma resurser för akut omhändertagande, telefonrådgivning/växel, hälsoteam och rehabiliteringsråd. Åtagandet i samverkansöverenskommelsen innebär:

*Ökad tillgänglighet genom*

- gemensam telefonväxel
- gemensam norra BOTkyrkaAKUT
- gemensam information

*Ökat resursutnyttjande genom*

- distrikts/sjuksköterskeledd gruppverksamhet (diabetes, hypertoni/hjärtsvikt, smärta, astma/allergi för hela norra Botkyrkas befolkning)
- gemensamma rehabiliteringsteam med särskild samordnare
- arbetsformerna för kuratorer, psykologer i verksamheterna optimeras, ökad samverkan mellan psykiatriska kliniken och primärvården
- hälsohus
- medverkan i familjecentral enligt uppdrag.
- alla personalkategorier samverkar i egna nätverksgrupper mellan de tre vårdcentralerna

Åtagandet för de gemensam samverkansuppdragen leds och samordnas av ett lokalt ledningsråd.

#### ..... och mellan privata specialister, primärvård och sjukhus

Samverkan mellan privata specialister och sjukhus innebär att en del av de utredningar och behandlingar som i dag görs inom den sjukhusbundna öp-



penvården istället utförs av privata specialister inom närsjukvårdens nätverk. Detta sker redan på många håll, och innefattar också exempelvis viss dagkirurgi inom flera specialiteter. Samarbetet grundas på kompetens, förtroende, kommunikation, gemensamma vårdprogram och fortlöpande kunskapsöverföring klinik – privat specialist.

Inom nätverket är den privata specialisten en lätt tillgänglig resurs som kan fungera som första konsultinstans för husläkarna. Efter utredning/behandling kan de flesta patienter återgå till sin husläkare, medan en del som kräver sjukhusets resurser vidareremitteras dit. I idealfallet kan då direktinläggning ske på kliniken för exempelvis operation.

Ett exempel kan illustrera hur detta kan genomföras i praktiken. Sedan några år samarbetar Urologkliniken på Södersjukhuset med de privata specialisterna i området. Kliniken har skaffat sig en god uppfattning om resurser och inriktning hos de olika specialisterna, vilket sedan ligger till grund för fördelning av inkommande remisser. Remitterande läkare och patient underrättas sedan per brev att remissen skickats vidare. Detta har lett till att remisserna allt oftare skickas direkt till lämplig privat specialist som gör utredningen/behandlingen. Om utredningen visar att patienten behöver opereras tas han/hon som regel in direkt på urologkliniken efter telefonkontakt. Systemet är kostnadseffektivt och fungerar mycket smidigt till glädje för alla inblandade, inte minst patienterna.

## 9. Kompetensutveckling och FoUU

I takt med utbyggnaden av närsjukvården måste man se till att skapa förutsättningar för fortbildning och kompetensutveckling av närsjukvårdens olika yrkesgrupper. Men det är också viktigt att en större del av grundutbildningen och ST-utbildningen av läkare förläggs i närsjukvården. Den kliniska och patientnära forskningen och utvecklingen samt utbildningen kan förbättras om den blir en naturlig och viktig del av närsjukvården

Den tilltagande specialiseringen gör att universitetssjukhusens patienter inte ger en tillräckligt representativ och varierad bild av sjukdomspanoramata i befolkningen för utbildningsändamål. För stora studentgrupper, till exempel blivande läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster, spelar kliniskt arbete en viktig roll i utbildningen. Genom återkommande placeringar på samma vårdcentral kan det bli möjligt att följa patienter under längre tid. Samverkan med andra aktörer i närsjukvården – försäkringskassan, socialtjänsten, arbetsförmedlingen och apotek – kan upplevas och studeras. Möjligheterna att träna samverkan och få kunskap om andras kompetens är stora. Detta kan även verka rekryterande för både kommun och landsting. Inom äldreomsorg och äldreomsorg är det en ytterligare utmaning att få till stånd gemensam praktik för sjuksköterskor och socionomer som går på socionomutbildningarna med äldreinriktning.

## Kliniskt kunskapscentrum för kompetensutveckling och utbildning.

Nätverket av vårdcentraler och den kommunala hälso- och sjukvården kan fungera som ett **kliniskt kunskapscentrum (KKC)** för forskning, utbildning, implementering och kunskapspridning i ett närsjukvårdsområde. Detta kan även öka förutsättningarna för s k interprofessionell utbildning, dvs samtidig utbildning av studenter inom olika program.

Dessa kliniska kunskapscentra med sitt lokala nätverk av vårdcentraler kommer att få stor betydelse i grundutbildningen för alla kategorier av studenter. Ansvaret för detta har både landstinget och Karolinska Institutet. De förändrade uppdragen för sjukhusen med mer specialisering och mindre vårdvolymer gör att närsjukvården kommer att behöva ta emot fler studenter än idag. I ALF samarbetet föreslås att ca fyra geografiskt åtskilda utbildningscentra bildas, med lika representation från KI och SLL. Dessa får till uppgift att samordna utbildningen mellan akutsjukhusvård och närsjukvård och att fördela utbildnings- och praktikplatser. De flesta av de tio grundutbildningsprogram på KI behöver lärare och utbildningsplatser inom alla nivåer av sjukvården.

Det är angeläget att man etablerar ett antal kliniska kunskapscentra för utbildning, implementering och kunskapspridning i närsjukvården. För att höja kvaliteten bör dessa koncentreras till en fast struktur vid högst en vårdcentral i varje närsjukvårdsområde, som i sin tur etablerar nätverk med övriga verksamheter i området. Samordning kan ske via disputerade forskningsledare/lektorer med praktisk och lokal förankring i ett nätverk av vårdcentraler och andra specialistmottagningar ute i ett närsjukvårdsområde.

Det är också viktigt att det bedrivs högkvalitativ forskning inom närsjukvården. För att nå upp till den standard som krävs för att få internationell slagkraft krävs att dessa resurser koncentreras till en, kanske två, högst tre av de kliniska kunskapscentra. Detta kan ge den kritiska massa av professionell kompetens som behövs och som inte är möjlig om forskningsuppdraget sprids ut på för många centra. Dessa forskningsintensiva centra kan i sin tur bli nav för de övriga kompetenscentra som huvudsakligen har en utbildningsprofil. Ett forskningsnätverk kan också innebära att dessa senare kunskapscentra ingår i större patient och uppföljningsstudier. Implementering av forskningsresultat och utvecklingsarbete ska givetvis bedrivas inom hela närsjukvården.

Några framgångsfaktorer i arbetet med kompetensutveckling och FoUU i närsjukvården är:

- *Forskning, utbildning och utveckling ska utgå från invånarnas behov i de olika geografiska områdena*
- Forsknings- och utvecklingsarbetet ska ha patientnära frågeställningar.

- Utveckling och utbildning ska innefatta metodkunskap kring att arbeta i fungerande, tvärprofessionella och gränsöverskridande nätverk där ett lärande med regelbunden utvärdering, aktiv analys och uppföljning kan ske
- Medicinsk och social forskning behöver komma närmare varandra
- Kunskap om hälsokommunikation och aktuell forskning om hur kunskap används och tillämpas av vårdpersonal och av medborgarna
- Förmåga att omsätta forskningsresultat i klinisk tillämpning
- Att kunna avsätta tid för forskning, utbildning och kompetensutveckling inom närsjukvården
- Att kunskap kring det transkulturella mötet i vården utvecklas
- Att samverkan mellan skolmedicin och komplementär/alternativ medicin måste stärkas
- Att rekryteringsmöjligheter av allmänmedicinsk kompetens och annan strategiskt viktig personal förbättras.

Forskning och utveckling i närsjukvården kräver en tydlig struktur. Ett exempel finns inom Centrum för allmänmedicin men det behövs även forskningskompetens kring äldrevård, psykiatri, barns och kvinnors hälsa och kring folkhälsoarbete. Det kräver även samverkan med kommunernas FoU enheter, där socialmedicinsk kompetens finns, liksom samverkan med vårdhögskolor, andra högskolor (t ex Södertörn) och andra universitet (t ex KTH och Stockholms Universitet). Det behövs metoder och verktyg för tvärprofessionell vårdprocessutveckling för att de goda exemplen ska spridas och för att möta den nya ohälsan.

**Sjuksköterskor och andra yrkesgrupper** kan utvecklas professionellt genom att koppla klinisk tjänstgöring med vårdutvecklingsuppdrag/forskning. Inom kommunen finns kliniska adjunkter som arbetar deltid med forskning och inom f.d. Sydvästra sjukvårdsområdet finns sedan flera år deltidsarbetande vårdutvecklingsledare (VUL) inom olika professioner som undersköterska, distriktssköterska, arbetsterapeut samt inom olika ämnesområden med ansvar för fortbildning.

En liknande modell skulle kunna byggas upp i andra delar av Stockholm i samverkan med de kliniska adjunkter som finns inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det skulle även kunna omfatta andra yrkesgrupper såsom barnsjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster och logopedier.

## **FoUU i närsjukvården - FoUU och geriatrik**

FoUU - verksamheter som säkerställer behoven av FoUU inom samtliga lokala geriatriska verksamheter i regionen kan lämpligen bedrivas i nätverksform med utgångspunkt från en regional centrumbildning för FoUU inom geriatrik. Centrumbildningen kan antingen vara en helt fristående verksamhet som exempelvis Allmänmedicin Stockholm inom det allmänmedicinska området eller knutet till en geriatrisk verksamhet med FoUU inriktning inom ramen för KUS verksamhet. Det är viktigt att ta till vara

äldrevårdscentralerna Hökarängen och Solna för att utveckla äldreforskningen i samverkan med kommunerna/stadsdelarna.

Man kan också tänka sig en mer processinriktad forskning som skär över flera institutioner, både medicinska och socialmedicinska. Här styrs forskningen mer utifrån vårdens behov än de traditionella institutionsgränserna.

## **10. Akutsjukvård och närsjukvård - likvärdiga partners i framtidens hälso- och sjukvård**

Den nya strukturen för hälso- och sjukvård som föreslås i 3 S-utredningen måste upplevas som en helhet för befolkningen. Därför är det viktigt att tydliggöra vissa krav för samverkan.

Sjukhusen och närsjukvården måste se varandra som fullvärdiga partners. *Tillsammans ger man bättre vård än var för sig.* Av detta följer att den utredning och bedömning som är genomförd i närsjukvården bör respekteras och ligga till grund för det fortsatta omhändertagandet på akutsjukhuset. Det kan t.ex. avse utförda röntgenundersökningar. Det bör även innefatta möjlighet till direktinläggning på avdelning i vissa fall. Det kan t.ex. gälla kroniskt sjuka barn vid försämring.

*Det är ett gemensamt ansvar att skapa tilltro/tillit till hela systemet.*

Båda parter måste dela med sig av sin olika kompetens. Sjukhusen har också ett ansvar för att ta reda på vilken kompetens som finns i närsjukvården, både avseende medicinsk service och vårdresurser inom kommun och landsting. På så sätt utnyttjas bäst och kostnadseffektivast den kompetens som finns i närsjukvården. Växeltjänstgöring och auskultation kan bidra till kunskapsutveckling.

Sjukhusen måste även erbjuda lättillgänglig hjälp, till exempel akuta konsultationer och akut medicinsk service. Kompetensen i första linjen på akutmottagningen måste vara hög och alltid på specialistnivå.

Sjukhusets val av läkemedel har stor påverkan i närsjukvården. Följsamheten till kloka listan måste vara lika hög hos båda.

Närsjukvården är en viktig och naturlig del i FoUU-arbetet. Både grundutbildning, ST- utbildning och andra yrkeskategoriers utbildningar måste förläggas här, liksom klinisk forskning och patientnära forskning. Det verkar statushöjande och rekryterande för både kommun och landsting.

Privata specialister bör arbeta i grupp i ett organiserat nätverk med avtal och utgöra en del av en gemensam resurs. I förlängningen kan beställaren fundera på ett gemensamt uppdrag för sjukhus och privata specialister. (se 3S-akutsjukhusdelen t.ex. Dermatologi Stockholm)

Samverkan bygger på gemensamma värderingar, professionellt förtroende, ömsesidighet och ett gemensamt intresse för närsjukvård. En fördjupad samverkan kan utvecklas mot ett partnerskap mellan närsjukvården och sjukhusen.

Det kan bygga på följande förutsättningar och villkor:

- Gemensam tillgång till adekvat/aktuell medicinsk information.
- Gemensam läkemedelslista för varje patient som parterna överenskommer att alltid uppdatera i samband med varje medicinändring.
- Gemensamt utnyttjande av föreslagen läkemedelslista, ”kloka listan”.
- Gemensamt grund- och vidareutbildningsansvar.
- Gemensamt ansvar för patientrelaterad forskning.
- Gemensamt ansvar för uppdatering av uppgifter för vårdkoordination till ansvarig ”sambandscentral” /vårdkoordinator.
- Gemensamt ansvar för att de samlade resurserna utnyttjas kostnadseffektivt.
- Gemensamt ansvar för att ”rätt” partner identifieras för vårdkontakt. Rätt partner = ”lägsta kostnad med rätt kvalitet”.
- Gemensamt ansvar för uppföljning av vårdkvaliteten till exempel i form av vårdresultat, gemensamma patientenkäter med mera.

Husläkarteamet är basen i närsjukvården men det stora åtagandet kräver att ett nytt arbetssätt utvecklas vid husläkarmottagningarna mot mer samverkan inom närsjukvårdsområdet. Det måste finnas ett strukturerat samarbete med sjukhusen, liknande AMDSIS eller SPESAM. Det måste även finnas ett strukturerat arbetssätt med andra professioner, specialister, organisationer som kan utnyttjas för att möta befolkningens vårdbehov. Det är också önskvärt att öka andelen sjuksköterskeledda verksamheter inom närsjukvården. Det kan t ex gälla astma, diabetes och hjärt/kärlsjukdomar. Mottagningarna kan vara gemensamma för ett större område inom närsjukvården. För att möjliggöra detta behöver man precisera ansvars- och rollfördelningen mellan husläkarna och specialiserade sjuksköterskor i närsjukvården. Sjuksköterskebesöket ersätter här det årliga läkarbesöket för okomplicerade fall.

Sjukhusen utanför Karolinska Universitetssjukhuset har en viktig roll för närsjukvården. I många fall kan deras öppenvårdsmottagningar utgöra den specialistresurs som utnyttjas av husläkarna. Andra specialister kan använda sjukhusens operationslokaler för egna patienter som behöver opereras. Vårdavdelningarna kommer även att utgöra basen för närsjukvårdens behov av slutenvårdsresurser. Denna utveckling är särskilt tydlig när det gäller sjukhusen i Södertälje och Norrtälje.

För att vårdprocesserna ska fungera smidigt krävs även ett gemensamt IS-IT system för landstingsdrivna, kommunala och privata enheter. Utöver tillgång till vårdokumentation bör även möjligheter till tidsbokning finnas.

## Hur kan närsjukvården möta sjukhusens nya uppdrag?

Närsjukvården måste svara upp med den kompetens och tillgänglighet som befolkningen kräver. Det måste vara lätt att få tid hos olika vårdgivare i närsjukvården.

Genom

- att ha en god telefon-/Internettillgänglighet som uppnås genom samverkan med t.ex. Vårdguiden
- att via sjukvårdsrådgivningen el motsv kunna direktboka patienter som behöver akutbesök på jourmottagningar/närakutmottagningar.
- att utnyttja mobila resurser samordnat med kommuner, där det behövs.
- att ha bra kontroll på patienter med ett utökat behov av samordnade insatser.
- att ha tillgång till gemensam vårddokumentation
- att ha tillgång till vårdplatser inom t ex geriatrik, avancerad hemsjukvård eller inom kommunernas särskilda boende
- att utnyttja öppenvårdsspecialisternas kompetens på ett mer systematiskt sätt
- öka människors kunskap om egenvård.

Kompetens och resurser måste utnyttjas mer optimalt. Detta oberoende på om det är offentliga eller privata landstingsfinansierade vårdgivare eller om kompetens och resurser finns på akutsjukhus eller inom närsjukvården.

Sjukhusen bör koncentrera sig på den vård som kräver akutsjukhusets resurser.

Öppenvårdsspecialister i närsjukvården kan i större utsträckning utnyttjas som en gemensam resurs inom den specialiserade vården. Se exemplet från SÖS urologklinik! För att detta ska vara möjligt krävs även att dessa specialister återremitterar patienterna till husläkarna när deras kompetens inte längre behövs. De behöver fortsättningsvis givetvis fungera som konsultstöd.

Det är viktigt att husläkarna behåller sin generalistkompetens.

Vissa delar av länet behöver förstärkning av husläkare för att klara åtagandet. Specialister från innerstan behöver även flytta till ytterområdena. Det är också önskvärt att öka andelen sjuksköterskeledda verksamheter inom närsjukvården. Det kan t ex gälla astma, diabetes hjärta/kärl. Mottagningarna kan vara gemensamma för ett större område inom närsjukvården. För att möjliggöra detta behöver man precisera ansvars- och rollfördelningen mellan husläkarna och specialiserade sjuksköterskor i närsjukvården och tillgång till gemensam vårddokumentation.

Sjuksköterskebesöket ersätter här det årliga läkarbesöket för okomplicerade fall.

I både region Skåne och i Västerbotten har närsjukvården ett större ansvar för det akuta omhändertagandet i första linjen. En närakutmottagning som är baserad på intermedicinsk/geriatrisk kompetens och kompetens inom allmänmedicin omhändertar med stöd av andra specialistläkare inom närsjukvården då i princip alla akutfall utom s.k. blåljusfall. Närakutmottagningen är oftast belägen på eller i närheten av sjukhusen. En sådan förändring kräver att närsjukvården tar över ansvar för vissa vårdplatser och patienter som idag drivs resp. sköts av specialistkliniker vid sjukhusen. Förmodligen har ett flertal av dessa patienter ett större behov av den kompetens som finns i närsjukvården än akutsjukhusens långt drivna specialistkompetens. Det gäller framför allt äldre.

## 11. Det akuta omhändertagandet i närsjukvården

Närsjukvården har inom ramen för sitt uppdrag ett dygnet runt ansvar för det akuta omhändertagandet. I detta kapitel introduceras delvis nya begrepp som närakut, närsjukhus och närsjukvårdscentra. Dessa begrepp kommer successivt att få ett fastare innehåll.

Huvudansvaret dagtid åligger husläkarteamet. Inom ramen för den ökande andelen prestationsbaserad ersättning bör **förlängt öppethållande** inte bara för akuta utan även planerade besök kunna möjliggöras. För att motsvara behoven av akuta mottagningsbesök dagtid kan olika metoder användas.

1. Den akuta verksamheten kan skiljas från planerade mottagningsbesök vilket kräver översyn av befintlig organisation och arbetssätt..
2. Husläkarna kan erbjuda s k öppen mottagning där befolkningen kan söka utan att ringa före.
3. Att erbjuda sk Open access – Dagens arbete idag - eller ökad tillgänglighet enl bla Genombrottsmetoden .

### Närakuter

Som ett komplement till husläkarteamen förstärks det akuta omhändertagandet i närsjukvården med **närakuter** som är öppna mellan 8.00 och 22.00. Dessa tillhandahåller ett akut omhändertagande med specialister i allmänmedicin i första linjen och med tillgång till laboratoriemedicin och röntgen under jourtid. Dessutom skall det finnas tillgång till bedömning av andra specialister vid behov liksom tillgång till korttidsplatser och eventuellt även mobila team.

Lokaliseringar av närakuter kommer i första hand att bli

### Norra länet

- Täby sjukhus (utvecklas)
- Löwenströmska sjukhuset
- Solna Centrum
- Jakobsbergs sjukhus

### Stockholms Stad

- Brommaplan (utvecklas)
- Ersta-Rosenlund (utvecklas)
- Skärholmen (utvecklas)
- Farsta (utvecklas)
- Sabbatsberg/Odenplan (utvecklas)
- Järva (utvecklas)

### Södra länet

- Nacka,
- Handen
- NäraKut Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

En förstärkt **hemsjukvård som är verksam dygnet runt** är en förutsättning för en god vård i närsjukvårdsområdet. Kompetens ska finnas inom omvårdnad, allmänmedicin, psykiatri och geriatrik. Varje närsjukvårdsområde bör ha tillgång till ett akutteam som med kort varsel kan göra hembesök hos framför allt äldre, men i mån av kapacitet även hos barn och ungdomar, för bedömning av vårdbehov. Teamen kan också genomföra temporära sjukvårdsinsatser i avvaktan på att lämplig(a) andra vårdgivare kan kopplas in för tidigare inte kända vårdbehövande.

För att närsjukvårdens akuta omhändertagande ska vara ett reellt alternativ för den äldre behovsgruppen behövs möjlighet till direktinläggning på geriatrisk vårdavdelning eller befintliga lokala sjukhem i kommunen med förstärkt vård från hemsjukvården. Men det som är **allra viktigast** för de äldre är tillgång till **akuta vårdbedömningar i hemmet** och samverkan med kommunerna så att akut biståndsbedömning och akuta kommunala insatser kan sättas in.

Distriktsläkare/husläkare och distriktssköterskor utgör basen i närsjukvården och ska i de flesta fall vara det naturliga förstahandsvalet vid akut vårdbehov på grund av **psykisk ohälsa**. Det är viktigt att husläkare och distriktssköterskor får tillgång till kontinuerligt psykiatriskt konsultationsstöd från de psykiatriska öppenvårdsteamerna i närsjukvården. Dessutom finns tillgång till psykosocial kompetens på de flesta vårdcentraler. För de **psykiskt sjuka** bör det akuta omhändertagandet som kräver mer än allmänmedicinsk kompetens kunna ske som i dag med hjälp av att den psykiatriska verksamheten inom närsjukvårdsområdet har en akut tillgänglighet på normal arbetstid.



antingen via akuta mottagningsbesök eller hembesök via mobila team. På jourtid kan såsom i dag mobila team svara för den större delen av jourverksamheten

## Närsjukhus

Närsjukhus

”Tar emot akut sjuka och skadade som inte behöver allmän intensivvård eller akuta operationer Tar emot åldriga patienter med återkommande sjukvårdsbehov, framför allt då omvårdnadsbehov dominerar.” (Socialstyrelsen 1994)

Sedan tidigare finns på många håll i länet gamla s k. annexsjukhus som nu gjorts om till vårdgallerior med många specialister och tillgång till korttidsplatser och elektiv kirurgi. Här finns även diagnostiska center inom både röntgen och fysiologi och närakuter. De är alla exempel på vårdnätverk i närsjukvården och blir nu en integrerad del av framtidens närsjukvårdscentrum

I Norra Länet finns:

- Täby sjukhus
- Löwenströmska sjukhuset,
- Jakobsbergs sjukhus

I Stockholms Stad finns:

- Bromma sjukhus (äldrevård)
- Ersta-Rosenlund
- Sabbatsberg
- S:t Göran (psykiatri och beroendevård),
- Dalen

I Södra Länet finns:

- Nacka
- Handen

## Närsjukvårdscentra

Utöver de **närsjukvårdscentra** som finns kring närsjukhusen kan ytterligare centra etableras. Exempel på sådana är

Norra länet

- Solna Centrum (utvecklas)
- Lidingö (utvecklas)

### Stockholms Stad

- Vällingby,
- Brommaplan,
- Rinkeby,
- Kista (utvecklas),
- Tappström,
- Odenplan,
- Wollmar Yxkullsgatan,
- kring Serafen,
- Högdalen,
- Fruängen,
- Liljeholmen,
- Globen
- Hökarängen (äldrevård)
- Farsta
- Skärholmen

### Södra länet

- Tumba
- Huddinge,
- Nynäshamn
- Hallunda.

Beträffande Norrtälje och Södertälje sjukhus roll i närsjukvården pågår särskilda utredningar för att klargöra uppdragen för såväl sjukhusen som för närsjukvården.

Vid ett närsjukvårdscentrum kan bl. a följande verksamheter finnas.

- 
- Husläkarverksamhet inkl BVC och MVC
- Basal- och avancerad hemsjukvård och fotvård
- Specialsjuksköterskor inom astma, hjärtsvikt/hypertoni och inkontinens
- Lokal psykiatri/beroendevård för vuxna och barn
- Rehabilitering, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och logoped
- Geriatrik med korttidsplatser
- Tillgång till i första hand gynekologer, barnläkare och ortoped. Gastroenterologer, hudläkare, kirurger, urologer, kardiologer, ÖNH-läkare och ögonläkare kommer mera sällan att finnas här.
- Endokrinolog-, reumatolog- och neurologkonsult utifrån behov några gånger per termin.

## 12. Utveckling av beskrivningssystem och ersättningsmodeller som stödjer närsjukvårdsutvecklingen

Landstinget har fastlagt en utvecklingsstrategi för ersättningssystemen (LS 030819) som är relevant för närsjukvårdsutvecklingen och som kan tjäna som utgångspunkt för den fortsatta utvecklingen av närsjukvårdens ersättningssystem. Utvecklingsstrategin innebär dels förstärkta beskrivningssystem och dels en ny principiell tredelad ersättningsmodell. Förstärkta beskrivningssystem handlar om att så många delar som möjligt av vårdapparaten skall använda nationella/landstingsgemensamma klassifikationer av diagnoser, åtgärder, vårdkontakter och självkostnadsberäkningar när de beskriver/rapporterar sin verksamhet. Den tredelade ersättningsmodellen innebär att man kombinerar en fast *uppdra ersättning* med en rörlig *prestationsrelaterad* ersättning och slutligen en *målrelaterad* ersättning.

En ny sjukvårdstruktur kräver anpassning och utveckling av dagens ersättningssystem. Ett antal principiella mål för en sådan utveckling kan beskrivas:

- Ersättningssystemen bör aktivt stödja, och får absolut inte hindra, en utveckling mot ökat samarbete och uppbyggande av funktionella vårdkedjor i närsjukvården.
- Ersättningsmodellerna i närsjukvården bör vara så enhetliga som möjligt mellan olika vårdgrenar för att förenkla samverkan och underlätta ekonomisk jämförelse.

Några konkreta exempel på en möjlig eller önskad utveckling av ersättningssystemen som stödjer närsjukvårdsutvecklingen.

- Idag ersätts akutbesök på vårdcentral, närakuter och jourmottagningar på en mängd olika sätt. Nivån på ersättningen per besök varierar också stort. Med utgångspunkt i den nya ersättningsmodellen för husläkare som ersätter alla läkarbesök, inklusive akutbesök på vårdcentral, med samma belopp borde det vara möjligt att skapa en enhetlig och jämförbar ersättning för akutbesök i öppenvården. En sådan skulle i sin tur troligen underlätta flexibilitet, jämförelse och "konkurrens" mellan olika sätt att organisera akutomhändertagande i närsjukvården.
- Målrelaterad ersättning som utbetalas efter uppnådda mål kan användas för att stödja olika former av önskad utveckling inom närsjukvården. Ersättning för samverkan mellan vårdaktörer är ett exempel. Ett annat exempel är att det i 2005 års husläkaravtal finns en målrelaterad ersättning knuten till mottagningens "täckningsgrad", dvs vilken andel av befolkningen som faktiskt har besökt mottagningen under året.

Den ersättningsform som mest stödjer samverkan är resultatbaserad ersättning.

### 13. Kvalitetsindikatorer i närsjukvården

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är det övergripande målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor. Vidare fastställs i lagen att all hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så

- att den uppfyller kraven på god vård,
- att kvaliteten i hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande utvecklas.

Målen för närsjukvården är konkretiserade i sex mål som tidigare redovisats i avsnitt 3.

*För att veta huruvida målsättningen utifrån HSL respektive de sex målen för närsjukvården uppnås måste man mäta/följa upp närsjukvårdens resultat.*

Kvalitetsindikatorer är avsedda för att mäta och följa upp vårdens kvalitet i syfte att synliggöra kvaliteten för olika intressenter inom hälso- och sjukvården. Det bakomliggande syftet med detta är att initiera kvalitetsförbättringar.

Kvalitetsindikatorer kan användas för att belysa kvaliteten i vården av en enskild patient, en viss verksamhets kvalitet eller kvaliteten i en vårdkedja för en grupp av patienter.

En allsidig och nyanserad bild av kvaliteten i hälso- och sjukvården speglar kvaliteten utifrån olika aspekter. Inom Beställarverksamheten finns redan beslut på att beskriva den goda vården utifrån följande sex kvalitetsområden:

- *Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård* handlar om att säkra att vården är evidensbaserad och utförs i enlighet med förekommande vårdprogram och metoder, att resultaten i det korta (kliniska utfall) och det långa (patientnytta/hälsoeffekter) perspektivet motsvarar uppsatta mål.
- *Säker hälso- och sjukvård* innebär att skador i samband med vård undviks genom ett aktivt förebyggande arbete.
- *Patientfokuserad hälso- och sjukvård* innebär att skapa en vård som ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, önskemål och värderingar.
- *Effektiv hälso- och sjukvård* avses att vården utformas och ges i samverkan med övriga vårdaktörer så att onödig förbrukning av alla slags resurser undviks.
- *Jämlig hälso- och sjukvård* innebär att vården skall tillhandahållas och fördelas på lika villkor.
- *Hälso- och sjukvård i rimlig tid* sätts som mål att inga patienter skall behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser de har behov av.

Uppföljning och redovisning av kvalitet måste genomföras så att olika intressenters behov av information om hälso- och sjukvårdens kvalitet och

resultat tillfredsställs. Det innebär att information måste kunna aggregeras på olika nivåer för att bli användbar för olika intressenter.

Det ställer stora krav på tydligt definierade kvalitetsindikatorer, formerna för datainsamling och datakällors tillgänglighet.

Utveckling av kvalitetsindikatorer bör alltid ske med:

- beaktande av evidensbaserad grund,
- beaktande av andra aktörers val av kvalitetsindikatorer,
- konsensusförfarande med olika intressenter,
- tydliggörande av för vem och för vad måttet har nytta.

Vid utvecklingen av kvalitetsindikatorer bör man ställa krav på sådana egenskaper som gör att de blir trovärdiga och praktiskt användbara för dem som skall använda dem.

## 14. Uppföljning av närsjukvården

Ur uppföljnings- och utvärderingsperspektiv är det särskilt angeläget att man tidigt kommer igång med att följa upp tre av inriktningsmålen (s 13), nämligen de som är väsentliga ur patientens och befolkningens perspektiv och som också utgör basen för närsjukvården:

- Skapa trygghet hos patient och befolkning
- Ökad tillgänglighet
- Tidig upptäckt och tidiga insatser

För att säkerställa en **jämlik vård** är det betydelsefullt att närsjukvården upplevs tillgänglig i både tid och rum, för såväl patienter med de vanligaste sjukdomarna som för de patienter som tillhör de prioriterade grupperna. Uppföljningen av tillgängligheten bör omfatta såväl tillgänglighet via telefon, ”Mina vårdkontakter” som tillgänglighet till besök. En god tillgänglighet är också en viktig förutsättning för tidig upptäckt och tidiga insatser och därmed minska antalet besök vid sjukhusens akutmottagningar. Närsjukvårdens förmåga till tidig upptäckt och tidiga åtgärder och närsjukvårdens bidrag till att minska akutbesöken vid sjukhusen bör kontinuerligt följas upp och utvärderas. När man följer upp tillgänglighet rekommenderas att man följer såväl den faktiska som den upplevda tillgängligheten både ur patientens och befolkningens perspektiv samt gör jämförelser inom och mellan de olika närsjukvårdsområdena.

Närsjukvården skall medverka till att förbättra **befolkningens hälsotillstånd**. Ur uppföljningsperspektiv rekommenderas att man försöker följa upp hur närsjukvården påverkar hälsoläget på befolkningsnivå. Givetvis bör man också följa upp vilka effekter som närsjukvården åstadkommer på patientnivå för att säkerställa att man bedriver en kunskapsbaserad, ändamålsenlig

och säker hälso- och sjukvård. För att påskynda kunskapsspridningen och säkerställa en jämlik hälso- och sjukvård bör också jämförelser göras inom och mellan de olika närsjukvårdsområdena för att kunna överbrygga eventuella hälsoklyftor.

På en mer detaljerad nivå rekommenderas att man i uppföljningen och utvärderingen särskilt uppmärksammar hur uppdraget för närsjukvården utvecklas. Uppdraget omfattar hälsofrämjande, förebyggande, diagnostiserande, behandlande, rehabiliterande, omvårdande och stödjande insatser. Primärt berör uppdraget i huvudsak patienter med de vanligaste sjukdomarna, det vill säga patienter med smärta, reumatiska besvär, övervikt, hjärt-kärlsjukdomar, KOL, stroke, lättare skador, sjukdomar i rörelseorganen, diabetes, astma/allergi och demens. Vidare föreslås att man följer hur hälsa och sjukdom utvecklas bland individer som tillhör de prioriterade grupperna för närsjukvården, dvs barn och ungdom, äldre multisykiska och personer med psykisk ohälsa/sjukdom eller missbruk samt kontinuerligt följer upp hur dessa patienter tas omhand inom de olika närsjukvårdsområdena över tid.

I uppföljningen bör det också ingå att följa hur patientströmmarna inom SLL förändras över tid för de patienter som drabbas av de vanligaste sjukdomarna och för de patienter som tillhör de prioriterade grupperna samt analys av effekterna av eventuellt förändrade kontaktmönster för att säkerställa att det bedrivs en effektiv hälso- och sjukvård.

För att säkerställa att det bedrivs en **effektiv hälso- och sjukvård** förordas också att en försöksverksamhet påbörjas som syftar till att försöka följa närsjukvårdsområdenas utveckling när det gäller produktivitet och effektivitet.

En bra uppföljning är en viktig förutsättning för att långsiktigt och systematiskt kunna utveckla och förbättra närsjukvården. För att säkerställa en långsiktig och stabil utveckling av uppföljning och utvärdering kommer landstingets övergripande uppföljningsmodell för hälso- och sjukvården att användas.

Närsjukvården är:

***Framtidsanpassad - Utvecklingsperspektiv***

Stockholms framtida sjukvårdsstruktur bygger på att det finns en väl utvecklad samverkan inom närsjukvården och mellan närsjukvård och sjukhusvård.

Nya behovsbilder växer fram med färre ”dödlighetssjukdomar”, mer livsstilsrelaterade sjukdomar och ohälsa/besvär orsakade av bristande tillit och trygghet. Nya kunskaper och bredare lösningar med tvärprofessionell kompetens efterfrågas alltmer. En framtida utveckling från närsjukvård till närvård för samman medicinsk och social kunskap närmare patient och medborgare.

***Sätter individen i fokus - Patient- och medborgarperspektiv***

Tilliten till närsjukvård kommer att bedömas på dess tillgänglighet och kvalitet. Kvalitet för patient och medborgare är att det finns ett sammanhållet utbud med professioner som samverkar, en gemensam ingång till närsjukvården, samlade koordinatorsfunktion/kontaktperson. Närsjukvården stödjer den enskildes aktiva delaktighet i alltmer komplicerade vård- och omsorgsprocesser.

***Möjliggör samordnade insatser - Verksamhetsperspektiv***Närsjukvården ger bättre möjligheter till samordnade insatser och nätverksarbete mellan funktioner, kompetenser och den enskilde. Nätverkens storlek och sammansättning bestäms av behovsbilden. Gemensamt ansvar stärks kring vårdplanering, samlade bedömningar/insatser, vårdflätor, övergångar från en vårdform till en annan. Målet tidig upptäckt - tidiga insatser uppfylls lättare.

***Främjar personal- och kompetensförsörjning - Personalperspektiv***

Det vidgade verksamhetsperspektivet ger möjlighet till fördjupning och breddning av kunskaper och metoder. Detta fångas upp i det sammanhållna FoU arbetet. Dessa faktorer är viktiga för att rekrytera och behålla personal i framtiden.

***Främjar gemensam planering och gemensamt ansvar - Organisatoriska perspektiv***

Närsjukvården utgår från patient- och medborgarperspektiv - och ej från organisationstänkande. Närsjukvården främjar gemensam planering och gemensamt åtagande samtidigt som landsting och kommun har olika uppdrag, lagar och regelverk. Nya ramstrukturer skapas som ger större flexibilitet på individnivå. Genom detta minskas ”stuprörstänkande” och incitamenten att gå i takt ökar.

***Främjar ekonomisk samordning och helhet – minskar suboptimering - Ekonomiska perspektiv gemensamma*** verksamhetsanalyser medför även gemensamma ekonomiska analyser. Strukturella förändringar, helhetsperspektiv och samordning bör förutom kvalitativa vinster även ge ekonomiska fördelar.