

# Sörmlands hemsjukvård i förändring



En utvärdering efter  
huvudmannaskapsändringen

## **Förord**

I Sverige har många län överfört hemsjukvården från landsting till kommuner. Det har genomförts få systematiska utvärderingar av konsekvenser av huvudmannaskapsändringen. Inom området hemsjukvård behövs ytterligare kunskap.

I Sörmland överfördes ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna den 1 januari 2010. Det beslutades då att en utvärdering av hemsjukvården skulle genomföras 2013.

Den gemensamma nämnden för vård, omsorg och hjälpmedel i Sörmland (VOJHS) gav Länsstyrgrupp Närvård i uppdrag att utvärdera huvudmannaskapsändringen. Detta har genomförts av FoU i Sörmland. Utvärderingen har följt tre perspektiv och det har varit patientfokus, samhällsekonomisk nytta och parallella organisationer. Det finns stort intresse av utvärderingen både nationellt, regionalt och lokalt. Utvärderingen har haft bred ansats och ett omfattande arbete har gjorts.

Utvärderingsrapporten har skrivits av forskningsledare Öie Umb Carlsson, utvärderare Emme-Li Vingare och statistiker Hans Eriksson.

Eskilstuna februari 2014

Carina Forsman Björkman  
FoU-chef

## Innehållsförteckning

Förord.....	2
Bakgrund .....	4
Insamling av information.....	5
Enkät .....	5
Fokusgruppsintervjuer .....	5
Djupintervjuer .....	6
Omfattning av hemsjukvård i Sörmland 2012 och 2013 .....	7
Erfarenheter av vård i hemmet .....	10
Patienters erfarenheter .....	10
Personals erfarenheter .....	13
Sammanfattning – erfarenheter av vård i hemmet .....	15
Parallella organisationer.....	16
Tröskelprincipen.....	16
Överlappande verksamheter .....	16
Gränser mellan professioner.....	19
Sammanfattning – parallella organisationer.....	21
Sammanhållen vård.....	22
Samordnad individuell vårdplan .....	22
Vem håller samman vården? .....	23
Informationsöverföring.....	28
Patienten som försvann .....	30
Sammanfattning – sammanhållen vård .....	31
Diskussion.....	32
Hur ser patienten på den vård som erhålls i hemmet i form av hemsjukvård och/eller hembesök? .....	32
Har det uppstått parallella organisationer efter överförande av ansvaret för hemsjukvård till länets kommuner? .....	33
Erbjuds patienten en sammanhållen vård och omsorg i hemmet eller har det uppstått nya mellanrum? .....	33
Konklusion.....	34
Litteratur .....	36

## Bakgrund

I de flesta industrialiserade länder har vård i hemmet ökat. Även i Sverige har den politiska ambitionen under de senaste decennierna varit att patienter ska erbjudas vård i bostaden d.v.s. hemsjukvård eller vård på vårdcentral i första hand och vård på sjukhus i andra hand. Ansvar för hemsjukvård åligger i första hand landstingen men kan genom avtal överföras till kommuner. Hemsjukvård omfattar alla åldrar, men äldre människor med komplexa vårdbehov dominerar. Ambitionen är att även patienter med kroniska sjukdomar ska ha möjlighet att vårdas i hemmet.

I Sörmland överfördes ansvaret för hemsjukvård och hembesök samt vissa hjälpmedel, rehabilitering och habilitering för personer i ordinärt boende från landstinget till kommunerna den 1 januari 2010 när det gäller personer från 18 år. Överföringen inkluderar inte läkare. Tröskelprincipen tillämpas, vilket innebär att kommunen ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges i ordinärt boende till personer som inte på egen hand eller med stöd kan uppsöka vårdcentral eller mottagning och inkluderar både planerade och akuta hembesök. Hemsjukvård avser alla diagnoser och utförs vid alla tider på dygnet.

Överföringen reglerades i ett avtal som ingicks 2009 mellan länets samtliga kommuner och landstinget. I avtalet fastställdes även att en utvärdering skulle göras 2013. Den gemensamma nämnden för vård, omsorg och hjälpmedel i Sörmland (VOHJS) har gett Länsstyrgrupp Närvård i Sörmland i uppdrag att utvärdera hemsjukvårdsreformen. Utvärderingen genomförs av Forskning och Utveckling i Sörmland (FoUIS). En referensgrupp bestående av seniora konsulter är knuten till utvärderingen.

Enligt VOHJS uppdrag skall utvärderingen besvara tre frågor:

- Hur ser patienten på den vård som erhålls i hemmet i form av hemsjukvård och/eller hembesök?
- Har det uppstått parallella organisationer efter överförande av ansvaret för hemsjukvård till länets kommuner?
- Erbjuds patienten en sammanhållen vård och omsorg i hemmet eller har det uppstått nya mellanrum?

Dessutom ska en kartläggning göras som beskriver hemsjukvårdens omfattning och utveckling över tid. Kartläggningen insamlas, analyseras och sammanställs årsvis av Tryggvegruppen i separata rapporter. I den här rapporten redovisas endast vissa bakgrundsdata.

Då ingen basmätning genomfördes innan huvudmannskapsförändringen kan inga jämförelser med hemsjukvården före växlingen göras.

Utvärderingen är prövad och godkänd av etiska nämnden i Stockholm 12 juni 2013. Diarienummer: 2013/795-31/1.

## Insamling av information

Under 2013 har information samlats in på flera sätt: enkät, fokusgruppsintervjuer och djupintervjuer.

### Enkät

En *webbaserad enkät* konstruerad för utvärderingen har besvarats under maj 2013 av

- Enhetschefer/områdeschefer och förvaltningschefer inom kommunernas vård och omsorg, vårdcentraler och slutenvård.
- Läkare inom vårdcentraler och slutenvård.
- Sjuksköterskor inom kommunernas vård och omsorg, vårdcentraler och slutenvård.
- Arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom kommunernas och landstingets rehabilitering.

Information om anställdas kontaktuppgifter samlades in på olika sätt.

- Från kommunerna erhöles mejladresser till dem som arbetade med hemsjukvård i yrkeskategorierna arbetsterapeuter, chefer, distriktssköterskor, kommunsköterskor och sjukgymnaster. Här var gruppen som berördes tydligt definierad.
- Från landstinget erhöles listor med mejladresser till all personal inklusive yrken och arbetsplats. Här saknades uppgift om exakt vilka personer som berördes av hemsjukvården. Detta medförde att många landstingsanställda som fick enkäten inte berördes av frågorna.
- I länet fanns nio privata vårdcentraler. Från sex av dessa erhöles mejllistor på personal inom relevanta yrkesgrupper. Även här saknades uppgifter om exakt vilka personer som i sin yrkesutövning berördes av hemsjukvården.

I kommunerna fick 151 personer enkäten och 103 svarade. I slutenvården fick 1931 personer enkäten och 219 svarade. På vårdcentralerna fick 596 personer enkäten och 99 personer på 23 vårdcentraler svarade. Totalt skickades enkäten till 2678 anställda och 421 svarade. Från Norra länsdelen finns 194 svar, från Västra 71 och från Södra 156. De flesta som svarade var kvinnor (90 %) och medelåldern var 46,5 år, medianåldern 47 år.

En rimlig förklaring till det låga antalet svarande bland anställda i slutenvården och på vårdcentraler är att många som erhöles enkäten inte ansåg sig berörda. Eftersom populationen bland landstingsanställda och privata vårdcentraler inte är definierad är det omöjligt att ange svarsfrekvens. Att fler kvinnor än män svarade kan anses rimligt mot bakgrunden av att andelen kvinnor i landstinget (80 %) och andelen kvinnor i kommunernas hemsjukvård är större än andelen män.

### Fokusgruppsintervjuer

Åtta fokusgruppsintervjuer bestående av arbetsterapeuter/sjukgymnaster, biståndshandläggare, chefer, hemtjänstpersonal, läkare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt sjuksköterskor från kommuner och landsting anordnades under hösten 2013. Sammanlagt deltog 56 personer varav sju var män. Representation fanns från kommuner, landsting och privata utförare.

## **Djupintervjuer**

Tio djupintervjuer med hemsjukvårdspatienter i åldrarna 56-96 år genomfördes under november och december 2013. Tre av de intervjuade var män och sju var kvinnor. Samtliga länets kommuner var representerade. Första kontakten med hemsjukvården låg för samtliga patienter mer än två månader tillbaka i tiden. Patienterna hade olika erfarenhet av hemsjukvård. Några hade haft hemsjukvård under en längre sammanhängande period medan andra var beviljade tidsbegränsade insatser. För en del patienter bestod insatsen av såromläggning medan andra fick mer komplexa insatser från flera olika yrkesgrupper. Någon fick palliativ vård. Patienter med erfarenheter av hemsjukvård före huvudmannaskapsändringen var representerade.

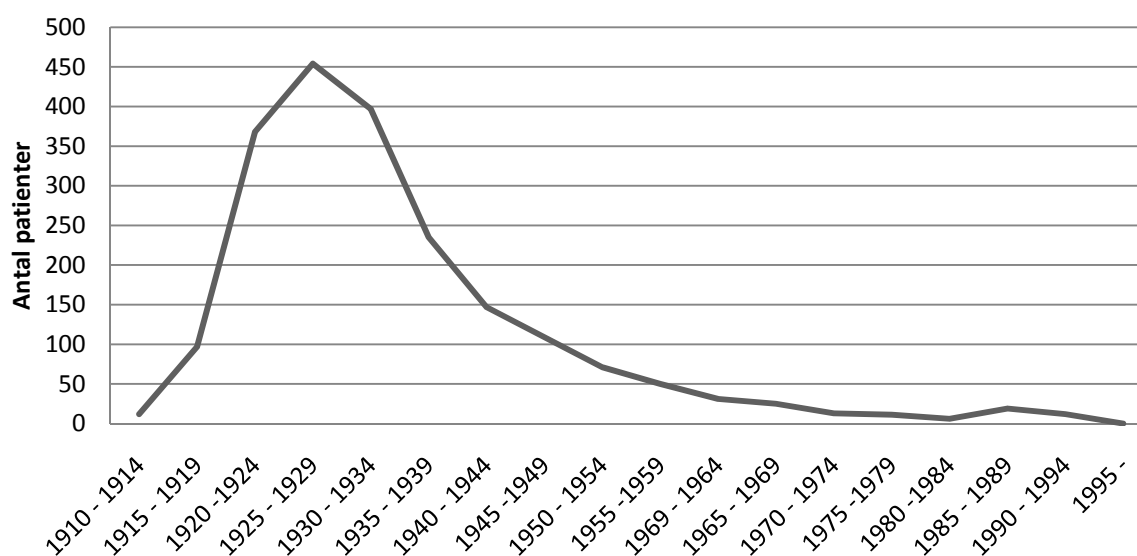
Patienterna hade olika typer av fysiska hälsoproblem. Inga patienter hade hemsjukvård på grund av psykiska hälsoproblem.

## Omfattning av hemsjukvård i Sörmland 2012 och 2013

Tryggvegruppen har redovisat hemsjukvårdens omfattning och utveckling över tid. I redovisningen framgår att liten ökning av antalet hemsjukvårdspatienter har skett mellan år 2012 och 2013 (Tabell 1). Mätningen gjordes under en dag och är alltså endast en punktmätning och mäter alltså inte det totala antalet hemsjukvårdspatienter under ett år. Tre av fyra som var inskrivna i hemsjukvården var 76 år eller äldre både 2012 och 2013. Figur 1 visar åldersfördelningen av hemsjukvårdspatienter under 2013. Kommunvis redovisning av antalet hemsjukvårdspatienter och vårdplaner framgår av Tabell 2. Tabeller och figurer är hämtade från Tryggvegruppens årligt återkommande registerstudie.

**Tabell 1.** Tabell över inskrivna i hemsjukvården per den 8 oktober (Källa: Överförande av hemsjukvården till kommunerna i Sörmland – 2012 och dito 2013)

	2012	2013
Antal inskrivna i hemsjukvården	2214	2270
<i>Andel</i>		
<i>Kvinnor</i>	63 %	62 %
<i>Män</i>	37 %	38 %
<i>Andel med SIP</i>	21 %	35 %
<i>Andel med läkemedelsgenomgång</i>	4 %	19 %
<i>Andel som registreras i Senior Alert</i>	26 %	23 %



*Figur 1.* Antal patienter inskrivna i hemsjukvården under 2013 fördelade enligt födelseår (Källa: Överförande av hemsjukvården till kommunerna i Sörmland - 2013).

**Tabell 2.** Mätning 8 januari 2014 av antal hemsjukvårdspatienter och antal vårdplaner (Källa: Överförande av hemsjukvården till kommunerna i Sörmland - 2013)

Kommun	Antal hemsjukvårdspatienter	Antal vårdplaner
Eskilstuna	487	215
Flen	239	64
Gnesta	154	us
Katrineholm	458	210
Nyköping	381	55
Oxelösund	178	32
Strängnäs	278	125
Trosa	93	56
Vingåker	74	10
<b>Sörmland</b>	<b>2342</b>	

Observera att det i Tabell 3 inte finns information från länets alla kommuner varför siffrorna bör tolkas med försiktighet. (Tabell 3)

**Tabell 3.** Antal hembesök fördelade på yrkeskategorier mätt under en tvåveckorsperiod i oktober (Källa: Överförande av hemsjukvården till kommunerna i Sörmland - 2013)

Patient	Yrkeskategori	2012	2013
Hemsjukvårdspatient	Sjuksköterska	2564 <sup>1</sup>	1974 <sup>2</sup>
	Sjukgymnast	170 <sup>1</sup>	140 <sup>2</sup>
	Arbetsterapeut	210 <sup>1</sup>	166 <sup>2</sup>
Ej hemsjukvårdspatient	Sjuksköterska	204 <sup>1</sup>	189 <sup>2</sup>
	Sjukgymnast	169 <sup>1</sup>	108 <sup>2</sup>
	Arbetsterapeut	313 <sup>1</sup>	201 <sup>2</sup>

1)Uppgift saknas från Gnesta 2012

2)Uppgift saknas från Flen och Oxelösund 2013

Avgifter inom hemsjukvården varierar mellan kommunerna. (Tabell 4)



**Tabell 4.** Sammanställning av kommunernas avgifter inom hemsjukvården. För samtliga kommuner gäller att Landstingets högkostnadsskydd inte gäller för insatser givna av hemsjukvården. (Källa: Överförande av hemsjukvården till kommunerna i Sörmland - 2013)

Kommun	Hemsjukvård Besök	Hem- besök	Höft- byxa	Inkontinens	Avgiftstak
Eskilstuna	450/mån + 150 kr/mån om omläggnings- material krävs	150	100	Avgiftsfritt (Beslut fattat om avgift)	Maxtaxa
Flen	Avgiftsfritt	150	100	100 kronor per förskrivning 200 kronor per år	Maxtaxa
Gnesta	155/mån	155	100	Avgiftsfritt (Beslut fattat om avgift)	Max 900 för hembesök/år
Katrineholm	Avgiftsfritt	150	100	Avgiftsfritt (Beslut fattat om avgift)	Maxtaxa
Nyköping	Avgiftsfritt	150	100	Avgiftsfritt (Beslut fattat om avgift)	Maxtaxa
Oxelösund	Avgiftsfritt	156	100	Avgiftsfritt (Beslut fattat om avgift)	Besöksavgift ingår i maxtaxa
Trosa	156/mån	156	100	100 kronor per förskrivning 200 kronor per år	Maxtaxa
Strängnäs	Avgiftsfritt	150	100	Avgiftsfritt (Beslut fattat om avgift)	Maxtaxa
Vingåker	311/mån	156	100	100 kronor per förskrivning 200 kronor per år	Maxtaxa

## Erfarenheter av vård i hemmet

Information om hur patienten ser på den vård som erhålls i hemmet i form av hemsjukvård och/eller hembesök har insamlats dels direkt från patienter (förstahandsinformation) och dels från personal (hur personal tror att patienten ser på vården, d.v.s. andrahandsinformation).

### Patienters erfarenheter

Patienterna som intervjuats berättar i allmänna ordalag att de är nöjda med bemötandet från anställda inom hemsjukvården. De visar en förståelse för att begränsade resurser (tid, ekonomi) samt vissa regler och rutiner begränsar kvaliteten i vården och upplevs bekymmersamma och svåra att förstå.

Behovet av hemsjukvård har ofta uppmärksamrats i samband med att patienter lämnat korttidsboende eller sjukhus. En del patienter berättar att de deltagit aktivt i beslutet om inskrivning i och utskrivning från hemsjukvård.

*"De frågade ju hur jag skulle kunna klara mig om jag kom hem [...] och då tog vi [...]dit en, ja, vad hette det nu, ja, det var en sådan här som planerade liksom för det där och så var det ju en sjuksköterska och jag då och min syster och så diskuterade vi ju igenom då vad jag kunde tänkas behövas hjälp med innan jag kom hem så att, det var så det gick till, ja." (Patient H, kvinna)*

Andra upplever att besluten tagits av andra men att de i efterhand informerats. Det finns också exempel på tillfällen när patienten inte vet vad som föranlett beslut om hemsjukvård eller riktigt hur det gick till. De vet inte vem det var som föreslog hemsjukvård som ett alternativ och hur det kom sig att det blev bestämt. Tröskelprincipen omnämns av någon av patienterna men vad som avgör om en patient räknas som en hemsjukvårdspatient eller inte är oklart.

En patient lyfter fram att han/hon under perioder varit bedömd som en hemsjukvårdspatient medan han/hon under andra perioder har varit hänvisad till vårdcentralen, även om situationen inte skilt sig nämnvärt ur patientens perspektiv. Patienten förstår inte hur det kommer sig.

På direkta frågor svarar flera patienter att de ser att personalen har kompetens för det arbete de utför. Distriktssköterskan beskrivs t.ex. "som duktig på sådant där" och sjukgymnasten "har varit bra när det gäller det där med höften". Här värderas kompetensen troligen mot en förväntan kopplad till en begränsad uppgift. Däremot finns sällan förväntningar på kompetens som rör annat än den specifika uppgiften. Man förväntar sig med andra ord en god kompetens på ett begränsat område och dessa förväntningar infriar sig. En del patienter väljer att inte inkludera distriktssjuksköterskan i sådant som rör t.ex. medicinering och liknande, trots att det finns en tanke om att kunskap kanske finns. Patienter kontaktar istället vårdcentral, 1177, kliniken de tidigare haft kontakt med eller akutmottagningen för att ställa sina frågor. Förväntningarna kan ha ett samband med närheten till hemtjänsten och ett begränsat väldefinierat uppdrag. Ofta görs inte så stor skillnad mellan hemsjukvård och hemtjänst. Vad som är vad är kanske oklart. Att separera professioner från varandra och deras respektive kunskaper är inte en självklarhet för alla. Om patienten dessutom upplever att uppdraget hos distriktssköterskan avser en specifik arbetsuppgift finns inte så stora förväntningar på att han/hon skall hjälpa till med eller ha kunskap om annat. Det finns emellertid också de som tror att kommunens sjuksköterska säkert skulle kunna ge information men som av olika anledningar inte valt att dra nytta av denna förmodade kompetens. Riktigt varför patienten i det sammanhanget väljer att inte prata med distrikts-

sjuksköterskan är oklart. En möjlig förklaring kan vara att patienten upplever att distriktssköterskan inte har tid eller att det är utanför det uppdrag han/hon har.

Man gör skillnad på kompetensen hos personal beroende på om de är anställda i kommuner eller i landstinget även om de har samma utbildning. Detta exemplifierades bland annat med att om kommunalt anställd sjukgymnast och landstingsanställd sjukgymnast gav olika budskap, så valde patienten att följa råden från den landstingsanställda sjukgymnasten.

Gränsen mellan hemsjukvård och hemtjänst är inte alltid tydlig för patienterna. Det som patienterna definierar som distriktssjuksköterskans uppdrag inom hemsjukvården är något som de uppfattar som tydligt skiljt från övrig hälso- och sjukvård och relateras mer till omsorg. Läkarkontakten särskiljs ofta som något som inte relaterar till hemsjukvårdens uppdrag och något förväntat samarbete mellan kommunens sjuksköterska och läkaren finns inte alltid hos patienten. Ingen av patienterna har erfarenhet av att få läkarbesök i hemmet.

Erfarenheterna avseende tillgång på sjuksköterskekontakt är att sjuksköterska i regel kommer inom en rimlig tid. En patient, som inte fungerade så bra tillsammans med den första distriktssköterskan bad om att få en annan distriktssköterskekontakt. Det ordnades på ett smidigt sätt från kommunens sida. Så även erfarenhet av tillgång till alternativ finns. Om patienterna skulle få tillfälle att själv bestämma hur hemsjukvården är utformad finns det de som lyfter fram behov av framför allt en sammankopplad läkarkontakt med hemsjukvården och möjlighet till hembesök av läkare i större uträkning. Även behov av kuratorskontakt nämns.

En patient beskriver att han/hon fått vänta på möjlighet att träffa sjukgymnast. Efter flera veckors väntan kontaktades i stället vårdcentralens sjukgymnast som gav råd över telefon. Nu har emellertid situationen rätt upp sig och ett besök från kommunens sjukgymnast är planerat.

Erfarenhet av tillgången på hjälpmedel varierar. Det är inte alltid tydligt för patienterna vem som ansvarar för att hjälpmedel införskaffas och hur man går till väga. Här kan vägen patienten väljer att ta påverka utfallet. Om kontakt tas med någon som inte upplever att det är hans eller hennes ansvar kan patienten bli hänvisad vidare eller i värsta fall tappas tråden och önskemålet kommer på avvägar. Det finns också positiva erfarenheter när det gäller hjälpmedel. En framkomlig väg är, enligt patienter, att ta hjälp av hemtjänsten för dem som har sådan beviljad. Förbrukningsmaterial som kompresser, omlägg, inkontinenshjälpmedel etc. diskuteras också. Lösningarna här verkar skilja sig beroende på boendeort. I vissa fall finns inte rätt typ av material tillgängligt genom hemsjukvården. En patient beskriver att kommunsjuksköterskan införskaffat material genom vårdcentralen medan en annan patient beskriver att han/hon på egen hand köpt det som behövs på apoteket.

Att veta hur man får kontakt med personal inom hemsjukvården är inte självklart för alla patienter. Någon har direktnummer till hemsjukvården och tycker att det fungerar bra. Någon annan ringer till kommunens växel, men det fungerar endast kontorstid. Så länge inte behov uppstår under andra tider fungerar det väl. Någon har också fått ett alternativt nummer att ringa under andra tider men det är lite oklart när de olika numren gäller. Finns trygghetslarm och hemtjänst blir larmet ett sätt att även få kontakt med hemsjukvården. Finns inte hemtjänst är det inte lika självklart och lösningarna på detta är flera. Även när direktnummer till exempelvis distriktssköterska finns kan det vara oklart hur en kontakt med andra yrkesgrupper, som arbetsterapeuter och sjukgymnaster tas. Att ringa vårdcentralen ligger då nära till hands.

Bland de intervjuade patienterna fanns patienter med erfarenhet av att försöka nå en kommunsköterska under kvälls- och helgtid. En patient beskrev en smidig process där hemtjänst larmades och en sjuksköterska dök upp med relativt kort varsel. En annan patient beskrev en situation där kommunsköterskan inte gick att nå. När hemtjänsten kopplades in kunde inte heller de nå någon sjuksköterska. Efter fem timmar lyckades kontaktförsöken och en sjuksköterska dök upp. Vid det laget började situationen bli akut. Det visade sig senare att kommunsköterskans telefon varit felkopplad under hela det aktuella arbetspasset.

I regel är kommunsköterskans besök både väntat och prioriterat i patientens liv. Även om möjlighet finns att ändra en inbokad tid är det få som använder sig av denna möjlighet.

Patienter har i regel ett lokalt perspektiv där jämförelser ibland görs med andra personer i samma kommun. Det kan röra sig om att en patient har en granne eller vän med sjukvårdsinsatser i hemmet och att jämförelser görs sinsemellan. Ett exempel lyfts upp av en patient. Patienten hade tidigare inte haft hemtjänst men hemtjänsten kopplades in relativt snart efter hemkomsten från sjukhus. Under tiden gavs sjukvårdsinsatser i hemmet av kommunsköterska. Snart togs emellertid insatsen över av hemtjänsten. Med detta kom en avsevärd ökad kostnad. En granne med motsvarande typ av insats fick ingen kostnadsökning då hemsjukvården fortsatte att gå till denne så länge som insatsen gavs. Hur det kommer sig att det kostar mer när en person med formellt lägre kompetens ger en insats än när en person med formellt högre kompetens ger den samma insatsen blir svårbegripligt ur patientens perspektiv.

Patienter som har erfarenhet av hembesök och hemsjukvårdsinsatser även före huvudmannaskapsändringen menar att skillnaderna jämfört med tidigare främst handlar om två saker. Dels en klar förbättring som gäller tillgång på hemsjukvårdsinsatser efter kontorstid men innan nattpatrullen går på. Tidigare fanns ingen sjuksköterska kvällstid framhålls det. Den andra ändringen är lite mer svårfångad. Det handlar om hur man som patient uppfattar det uppdrag som sjuksköterskan har. Uppdraget nu är mer snävt definierat, *"De får ju inte titta in sådär på samma sätt numera"*. I övrigt upplever patienterna inga markanta skillnader utan vården som ges är densamma som förr.

*"... Ja. De utgick ifrån vårdcentralen tidigare ... Ja, det... det är ungefär, det är likadant."*  
(patient I, kvinna)

På frågan kring hur vården skulle se ut om patienten själv fick välja, framkommer bland annat önskemål om att få besök av läkare och möjlighet till kuratorskontakt i hemmet. Att det upplevs av flera som en ynnest att kunna få vård hemma framgår tydligt. Förväntningar på att kommunsköterskan skall ha tid att sätta sig ner och prata finns inte utan patienterna ger uttryck för förståelse för personalens arbetssituation även om det finns de som har önskemål om att mer tid för samtal skulle erbjudas.

## Personals erfarenheter

Personal uppfattar att det finns brister i hur patientens behov av hälso- och sjukvård i hemmet är tillgodosett efter att han/hon skrivs ut från slutenvården. De beskriver en försämring efter kommunaliseringen och att administrativa rutiner och journalföringssystemet bidrar till problemen.

Personal återspeglar en bild där tröskelprincipen kan tolkas på flera sätt. I praktiken innebär detta att kriterier för att få hemsjukvård tolkas på olika sätt i olika kommuner men också inom en kommun. Inklusionskriterier för hemsjukvård och hur beslut tas är i vissa fall godtyckliga. Det är sannolikt att personal som själva inte är klara med tolkningen också är otydliga i informationen till patienten.

Att gränsen mellan hemtjänst och hemsjukvård inte är uppenbar för alla patienter är inget problem om det inte medför att patientens förväntningar på kommunsjuksköterskans kompetens och ansvar förändras. Tvärtom uttrycker personal att det inte är nödvändigt för patienterna att veta skillnaden. Att patienterna i många fall inte separerar de två återspeglar, menar man, ett minskat dike mellan hemsjukvård och hemtjänst, vilket ses som positivt.

Däremot upplever personal att diket mellan vårdcentral och hemsjukvård ökat. Dessutom finns en otydlighet, menar man, kring ansvarsfördelningen mellan vårdcentral och hemsjukvård. Personal framhåller att det är förvirrande för såväl personal som patienter.

*"Jag upplever att det är förvirrande för patienten i vilket ärende de ska vända sig till vårdcentralen och när de ska vända sig till hemsjukvården." (Sjuksköterska, sjukhus)*

Personal förmedlar en bild av att det finns behov av större möjlighet till läkarbesök i hemmet, men de inkluderar även önskemål om hemsjukvårdsinsatser av kuratorer, logopedier och dietister.

Avseende tillgång på material beskriver även personal att det finns flera lösningar om ordinerade förbrukningsmaterial inte kan ordnas av hemsjukvården. Lösningarna här varierar mellan att patienten själv får stå för extra kostnader till att kommunens sjuksköterska löser saken med hjälp av vårdcentralen och vidare till att ersättningsmaterial används som inte helt motsvarar det som ordinerats.

Personal lyfter fram att de geografiska skillnaderna är stora mellan kommunerna.

*"Nej, så det har vi tyckt varit väldigt orättvist att ... att invånarna får så olika vård i olika län då, eller olika delar av länet." (Sjuksköterska, kommun)*

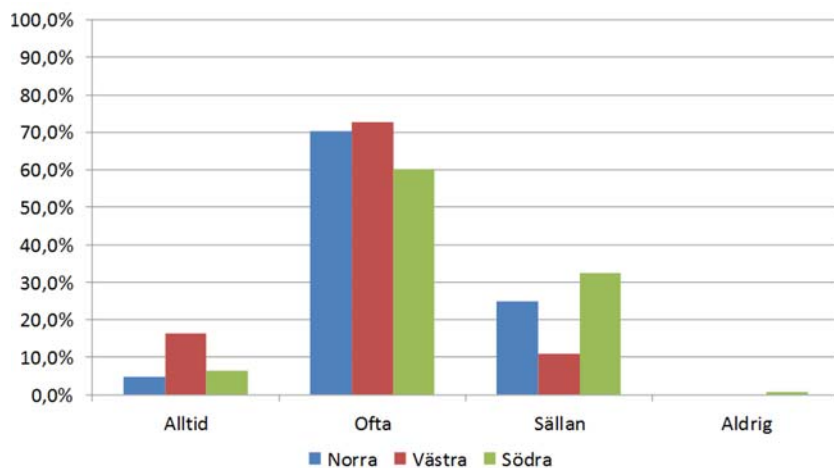
Personal framhåller att befolkningen inte alltid vet hur kontaktvägarna ser ut. Det gäller inte bara hemsjukvårdspatienter som redan är inskrivna i hemsjukvården utan också de som inte är det än men som har behov av hembesök. Även detta medför en ojämlik vård, menar personal:

*"Befolkningen vet idag inte hur man kommer i kontakt med distriktssjuksköterskan. Alla kan inte ta sig till vårdcentral och sjukhus men ha tillfälligt behov av hemsjukvård vilket inte är möjligt idag, d.v.s. ojämlik tillgång till hemsjukvård. Det går inte som förr att ringa till distriktssjuksköterskan och få hjälp efter behov." (Distriktssjuksköterska, landsting)*

Personalens uppfattning är också att möjligheten till vård i hemmet ses som en förmån och att patienterna därför också generellt är tacksamma för att få vården hemma.

*"Jag kan ju känna liksom att de är jättetacksamma att man kommer hem till dem, de vill inte åka till sjukhus." (Sjuksköterska, kommun)*

Enligt enkäten anser en tredjedel av personalen i den södra länsdelen att patienternas behov av hälso- och sjukvård i hemmet sällan eller aldrig tillgodoses (figur 2).



Figur 2. Svar på frågan "Tycker du att patientens behov av hälso- och sjukvård i hemmet är tillgodosett efter kommunens övertagande av hemsjukvården?"

Sett till fördelningen mellan aktuell huvudman kan noteras att bland de kommunalt anställda menar över 90 procent att patienterna alltid eller ofta får den vård de behöver efter huvudmannaskapsändringen medan nästan 40 procent av personalen i slutenvården och drygt 20 procent av vårdcentralernas personal menar att detta sker sällan. Att det finns en diskrepans mellan hur kommunalt anställd personal och hur personal inom slutenvård och på vårdcentraler upplever det kan förstås mot bakgrunden av vem som idag innehar huvudmannaskapet för hemsjukvården. Det är rimligt att anställda inom hemsjukvården har en större tilltro till det arbete man direkt är involverad i och också utför.

## Sammanfattning – erfarenheter av vård i hemmet

Ovanstående avsnitt besvarar utvärderingens första fråga: Hur ser patienten på den vård som erhålls i hemmet i form av hemsjukvård och/eller hembesök? Frågan har besvarats dels av patienter och dels utifrån hur personal ser på hemsjukvården utifrån ett patientperspektiv (fokusgruppsintervjuer, enkät). Nedan följer en sammanfattning i punktform.

Sammantaget pekar resultaten på att patienter upplever

- att bemötandet från hemsjukvårdens personal är bra,
- att personal är kompetenta och kunniga i sina specifika uppgifter,
- att det är positivt att det efter huvudmannaskapsändringen finns tillgång till hemsjukvård även kvällstid.

Patienter pekar på ett antal områden där det råder otydlighet:

- Det är otydligt vem som skrivs in i hemsjukvården,
- det är otydligt hur inskrivning i hemsjukvården går till,
- de vet inte alltid hur de kan få kontakt med hemsjukvården. Detta gäller särskilt utanför kontorstid.
- Avgiftssystemet är otydligt.

Personal beskriver

- att patienter är tacksamma för att få vård i hemmet,
- att hemsjukvård och hemtjänst närmast sig varandra,
- att inklusionskriterier för hemsjukvård är oklara och hur beslut tas i vissa fall är godtyckliga och att tröskelprincipen tolkas på olika sätt,
- att ansvarsfördelningen mellan hemsjukvård och vårdcentral är otydlig,
- att vården som erbjuds i hemmet inte är jämlik för alla hemsjukvårdspatienter,
- en försämring av i vilken mån patientens behov av hemsjukvård är tillgodosett efter kommunaliseringen.

Bedömning av i vilken mån patientens behov av hemsjukvård är tillgodosett eller inte skiljer sig mellan de olika huvudmännens personal.

## Parallella organisationer

Data för att besvara utvärderingens andra fråga "Har det uppkommit parallella organisationer efter överförande av ansvaret för hemsjukvård till länets kommuner?" har insamlats från personal via enkät och fokusgruppsintervjuer. Definitionen på parallella organisationer som omnämns i enkäten är "grupperingar som i viss utsträckning överlappar kommunens hemsjukvård".

## Tröskelprincipen

När personal beskriver innebörden av tröskelprincipen är det tydligt att den förstås på olika sätt. Det är oklart vem det är som avgör om en patient kan ta sig till vårdcentralen eller är berättigad till hemsjukvård. Tolkningarna blir olika beroende vem som gör tolkningen. Dessutom framkommer det inte i befintlig dokumentation om en person är inskriven i hemsjukvård eller inte. Det är heller inte klart när en patient skrivs ut och på vilka grunder en utskrivning från hemsjukvården sker. Vissa vårdcentraler har löst detta genom listor över hemsjukvårdpatienter. Otydligheten och bristen på kommunikation mellan professionella kan bidra till att parallella "organisationer" i meningen vårdinsatser uppstår. I vissa fall kan till exempel flera olika sjukgymnaster ge behandling till en patient men för olika åkommor. Hemsjukvårdens sjukgymnast behandlar höftproblem och sjukgymnast vid neurorehabilitering behandlar rehabilitering efter stroke. Då utgår inte insatsen från en helhetssyn på patienten och hans/hennes hälsa.

*"Jag tycker att det är svårt att veta om kommunen är involverad i den patient som jag besöker och det har hänt mig vid ett flertal tillfällen att "min" patient som jag har regelbunden kontakt med plötsligt har fått insatser från sjukgymnast i kommunen som jag inte vet om. Ibland blir det riktigt tokigt med olika budskap till patienten från mig och sjukgymnast i kommunen." (Sjukgymnast, landsting)*

Att veta vilka som är hemsjukvårdspatienter är inte alltid möjligt för landstingspersonalen och de privata vårdcentralerna. Det saknas system eller rutiner för att kunna kontrollera detta. Är det otydligt kan det uppstå situationer när personer med samma profession besöker en patient oberoende av varandra. Olika tolkningar kring tröskelprincipen riskerar också att försvåra den fortsatta planeringen av insatser.

## Överlappande verksamheter

Uppfattningen bland en del av personalen är att det skapas parallella funktioner. Vårdkontakter från före skatteväxlingen träder ibland in när det tillfälligt eller permanent saknas tillgängliga resurser inom hemsjukvården. Det finns emellertid också formaliserade strukturer som är satta att komplettera varandra där gränserna mellan uppdragen är otydliga. I dessa sammanhang krävs god samverkan för att verksamheterna skall gemensamt eller var för sig ge den vård som patienten behöver.

*"Krångligt skrivs in i hemsjukvården, tar ofta alldeles för lång tid. Patienter kan få åka till akuten fram och tillbaka flera gånger per dygn under en helg eftersom de inte hunnit bli inskrivna i hemsjukvården." (Sjuksköterska, landsting)*

Mest framträdande i detta sammanhang är mobila närvårdsteamet och specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH). SSIH diskuteras i fokusgrupperna och åsikterna går till viss del isär kring huruvida det



finns parallella uppdrag i dessa. Bilden som personalen ger, i både enkätens öppna svar och i fokusgrupperna, är i första hand att det är bättre att organisationerna möts och överlappar varandra än att de inte möts och patienter faller mellan stolarna. Oron bland personal är med andra ord större att patienter inte skall få den vård de behöver än att de får vård av flera vårdgivare samtidigt och oberoende av varandra. Exempel ges på tillfällen när hemsjukvården och SSIH inte kompletterat varandra. Situationen kan vara sådan att patienten har ett läkemedel eller sond eller annat som inte kan skötas inom hemsjukvården, trots att patienten har hemsjukvård för andra relaterade eller icke-relaterade besvär. Besöken till akutvård, vårdcentral eller klinik sker då frekvent och anhöriga uttrycker kanske en oro över detta. Patienten vårdas mer på klinik än hemma. När patientens läge förvärras ytterligare kopplas SSIH in och plötsligt finns tillgång och möjlighet att få all denna vård hemma som tidigare inte kunde erbjudas. För anhöriga kan detta vara svårt att förstå. Här uppstår en lucka mellan det behov som patienten har och den vård och service som patienten kan erbjudas inom hemsjukvården.

Några likande funderingar finns även när det gäller mobila närvårdsteamet även om patientens situation då delvis kan vara en annan. Både att enskilda yrkesutövare och att verksamheter delvis ger parallellt stöd och i någon mån överlappar varandra kan leda till att patienter får motstridig information. Det kan också vara nödvändigt att ibland överlappa varandra, menar en del av personalen. I dessa sammanhang blir kommunikationen mellan organisationerna och den specifika ansvarsfördelningen kring patienten särskilt viktigt.

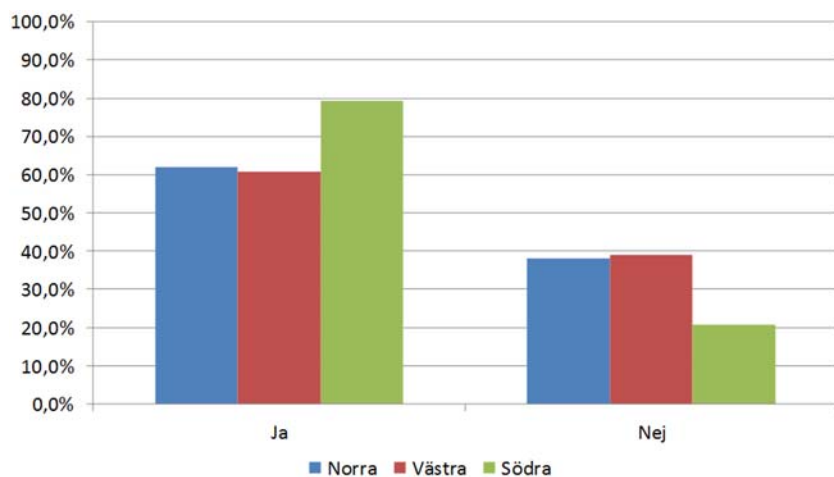
Enligt personal uppstår parallella funktioner ibland till följd av att personal inom de olika huvudmännen gör olika tolkningar av vad som ska ingå i hemsjukvårdsuppdraget. Både formaliserade och informella lösningar kan skapas för att undvika att patienter faller mellan stolarna. Personal ger bland annat följande exempel:

- Formaliserade funktioner skapas t.ex. äldresköterska vid vårdcentral.
- Informella lösningar där vårdkontakter från före huvudmannaskapsändringen träder in när det tillfälligt eller permanent saknas tillgängliga resurser inom hemsjukvården.

Om hemsjukvården kan säga nej till att ta emot en patient råder det också olika meningar om. Ibland blir det en fråga som handlar om resurser. Personal menar att lösningen då kan vara att anpassa vården efter resurser hellre än behov, vilket potentiellt kan utgöra en fara för patienterna:

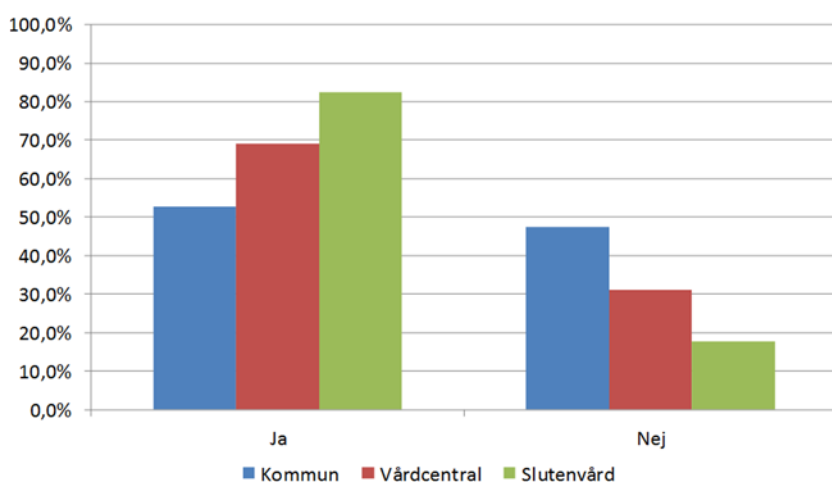
*”Och sedan då liksom när till exempel hemsjukvården har sagt att ’nej, det här kan inte vi ta, det är liksom för stort’ då har man liksom kanske ändrat medicinen liksom från kanske intravenöst till något annat för att det ska fungera hemma och sedan så har det inte gått så bra hemma, utan då har de avlidit, eh, till exempel.”*  
(Biståndshandläggare, kommun)

Av de som svarade på enkäten upplevde 70 procent totalt att det uppstått parallella organisationer. Andelen är högst i södra länsdelen (figur 3a).



Figur 3a. Andelen som upplever att det uppstått parallella organisationer. Per länsdel.

Personal inom slutenvården upplevde att det uppstått parallella organisationer i högre grad än personal på vårdcentraler och i kommunerna (figur 3b). I de öppna svaren däremot, fanns en viss otydlighet kring definitionen av parallella organisationer, vilket gör att det kan ifrågasättas om frågan besvarats och förstått såsom var tänkt när enkäten formulerades.

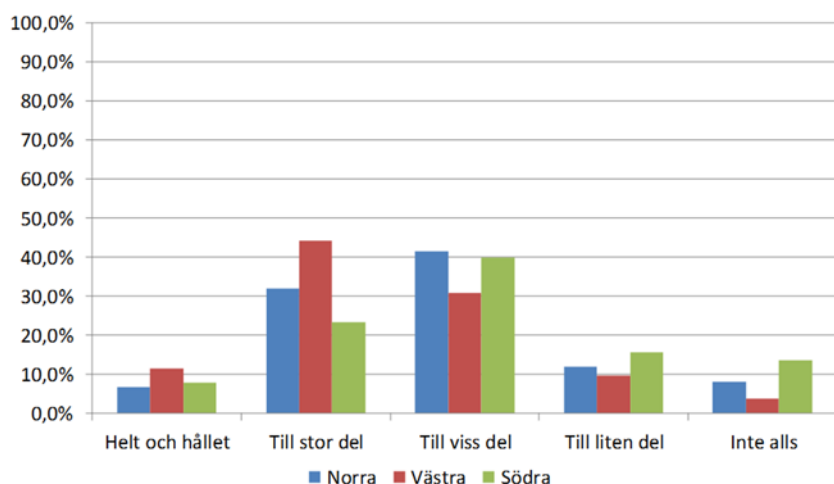


Figur 3b. Andelen som upplever att det uppstått parallella organisationer. Per organisation.

## Gränser mellan professioner

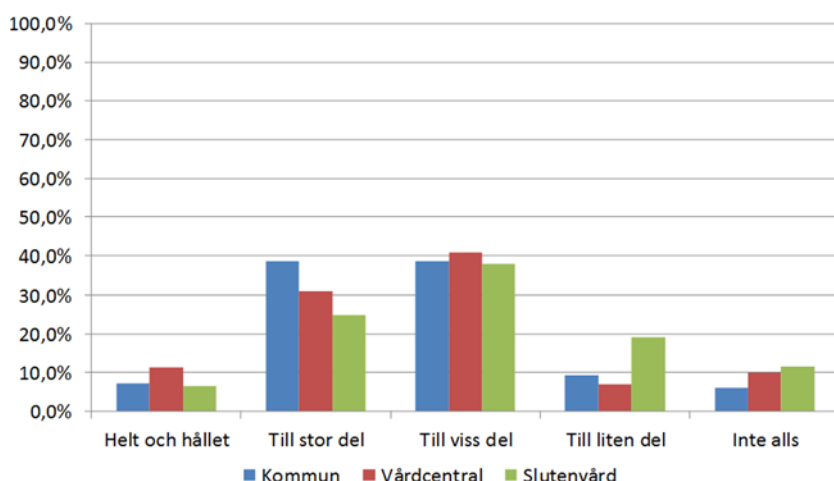
Om verksamheter med delvis samma målgrupp skall fungera tillsammans och kunna ge en god vård kan det underlätta att rollerna är tydliggjorda. Personal framhåller att otydligheter kring vilka rollerna är kan leda till att patienter får vårdinsatser som motverkar varandra eller att områden av patientens vård uteblir eller försvåras. Att hemsjukvårdsuppdraget uppfattas som begränsat kan också utgöra en risk om yrkesverksamma inom andra verksamheter delvis tar över ansvaret, även om det sannolikt även löser det problem som riskerar att uppstå när patienter annars riskerar att falla mellan stolarna.

Enligt enkäten anser två av fem att det finns tydliga gränser mellan professionerna när det gäller hemsjukvård. En jämförelse mellan länsdelarna visar att det i västra länsdelen är mer än hälften som anser det (figur 4a).



Figur 4a. Andelen som upplever att det finns tydliga gränser mellan professionerna. Per länsdel.

Andelen som upplever gränserna mellan professionerna som tydliga är lägst bland personal inom slutenvården (figur 4b).



Figur 4b. Andelen som upplever att det finns tydliga gränser mellan professionerna. Per organisation.

För patienterna är det inte alltid klart vem som har sin anställning inom hemtjänsten och vem som har sin anställning inom hemsjukvården. En viss oklarhet verkar också finnas bland personal kring huruvida

hemtjänsten ingår i hemsjukvården eller inte. Vad som är hemsjukvård är också det otydligt, särskilt när det kommer till hemsjukvårdsuppgifter som utförs per delegation. För den enskilde patienten är det inte alltid tydligt om de ska vända sig till hemtjänst eller hemsjukvård.

När det gäller gränser mellan huvudmännens ansvarsområden finns det betydande skillnader mellan länsdelarna. I den västra länsdelen upplevs gränserna som tydliga av nästan hälften av de som svarade på enkäten medan en fjärdedel i norra länsdelen upplever detta.

## **Sammanfattning – parallella organisationer**

Ovanstående avsnitt besvarar frågan om det uppstått parallella organisationer efter huvudmannaskapsändringen eller inte. Resultatet baseras på information från anställda på olika hierarkiska nivåer och olika professioner inom kommuner, vårdcentraler och slutenvård och kan sammanfattas i följande punkter:

- Det har uppstått parallella organisationer, men detta utgör inte alltid ett problem, utan upplevs i vissa fall som en nödvändighet.
- Grunderna för in- respektive utskrivning från hemsjukvård är oklara och kan tolkas olika, vilket i vissa fall medfört att parallella funktioner uppstått.
- Det finns ingen entydig definition av hemsjukvård bland personalen vilket medfört att parallella funktioner i vissa fall uppstått.
- För att patienter skall få den vård de behöver har i vissa sammanhang informella rutiner och ibland parallella funktioner utarbetats.
- Gränserna är inte tydliga mellan professioner och/eller huvudmännens ansvarsområden inom hemsjukvården, vilket medfört att parallella funktioner/organisationer i vissa fall uppstått.

## Sammanhållen vård

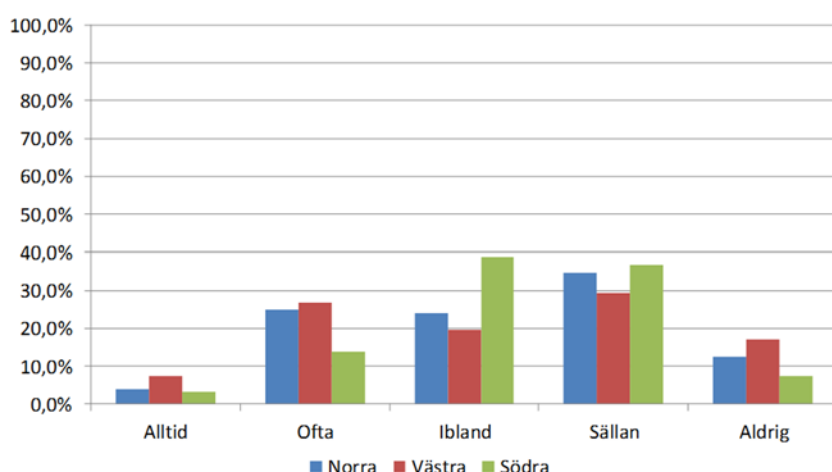
Data för att besvara utvärderingens tredje fråga "Erbjuds patienten en sammanhållen vård och omsorg i hemmet eller har det uppstått nya mellanrum?" har insamlats från personal via enkät och fokusgruppsintervjuer.

*"Vem skulle stå ut med att lämna bilen på verkstad där de säger att däckan, det är ju avdelning X ansvar, du får själv söka upp dem för att boka tid för det. Jaha, avgassystemet, det skulle du ju ringa Y om.... Jag tycker att målet för en brukare måste vara att det inte märks vilken vårdgivare som har ansvar, insatserna ska levereras punkt slut. Jag tror inte det är realistiskt att komma dit men så många olika huvudmän och personer inblandade." (Sjukgymnast, sjukhus)*

En sammanhållen vård, menar personalen, ges vid de tillfällen när patienten har en enkel problematik och få vårdgivare är inblandade. Ett exempel som nämns är samarbete mellan hudkliniken och distriktsköterskan i kommunen. I dessa fall kan samarbetet ske smidigt. Det går tämligen enkelt att få till ett möte och därefter kan information ges och överföringen från kliniken fungera på ett bra sätt. I vissa fall finns också goda exempel där patienter med väldigt många vårdkontakter trots det fått en bra och sammanhållen vård. Gemensamt för dem verkar vara att de vårdkontakter som är inblandade redan sedan tidigare har ett etablerat samarbete och viss prioritet har satts på att lösa frågan för den aktuella patienten.

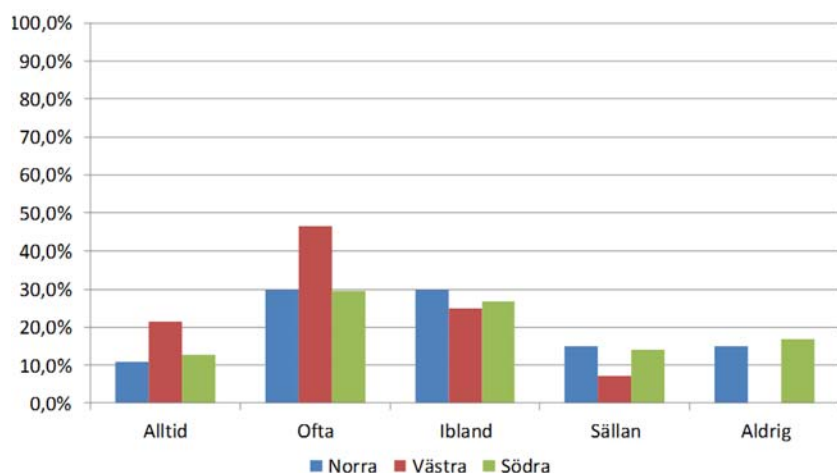
## Samordnad individuell vårdplan

För att kunna följa patienter och ge god vård till dem som har fler än en vårdkontakt rekommenderar Sveriges kommuner och landsting att en samordnad individuell plan upprättas. Enligt enkäten anser var fjärde att det i allmänhet finns en samordnad individuell vårdplan (SIP) upprättad för patienterna (figur 5).



Figur 5. Andel som menar att det, i allmänhet, finns en SIP upprättad för patienten.

De kommunalt anställda anser mer sällan att det finns en SIP och upplever även mer sällan att SIP är ett stöd i det dagliga arbetet än de som är anställda i landstinget eller på privata vårdcentraler. Här finns också en tydlig skillnad mellan länsdelarna (figur 6).



Figur 6. Andel som upplever att SIP är ett stöd i det dagliga arbetet.

Det finns de som ser potentialen i användningen av en SIP men som berättar att de själva ännu inte påbörjat användningen av SIP i någon större omfattning. En viss osäkerhet kring begreppet och vad det egentligen innefattar uttrycks. Även ägarfrågan är oklar. Är det vårdcentralen, patienten, sjuksköterskan eller någon annan som äger SIP? Några ser att det finns en risk att SIP och andra planer blir pappersprodukter utan egentliga användningsområden i vardagspraktiken. Poängteras bör att personal ser potentialen i SIP som ett stöd i det dagliga arbetet.

*"[SIP riskerar att bli ett] separatförfarande utanför journalsystemen, med egna pappersblanketter som således måste dubbelarbetas i stället för inlagda standardscheman som kopplas i journalen. [...] Dock skymtar en vändning i och med extra betalning till Vårdcentraler för upprättande av SIP. Speciell personal tillsätts för detta och det verkar börja komma igång!"* (Sjuksköterska, kommun)

Även när det gäller SIP relateras genomförandet till de ordinarie ramarna man har för samarbete. Finns inga upparbetade rutiner kring samarbete blir det svårt att få igång rutiner också när det gäller SIP. Hoppet ligger i att de flesta trots allt ser fördelarna med det och att ett fokus satts på detta område vilket kan öppna upp för nya samarbeten.

## Vem håller samman vården?

För att samarbete skall fungera är en förutsättning att kunskap finns om både vem man kan samarbeta med och hur deras uppdrag ser ut, framhålls av personalen. Att kunskapen om de andras arbetsområden finns är emellertid inte någon självklarhet:

*"Jag vet inte var jag ska vända mig eller vem det är som bestämmer om vilka insatser som hemsjukvården kan ställa upp med."* (Läkare, slutenvård)

Förutom att kunskapen finns om övriga aktörers områden och kompetenser behöver också dessa koordineras. Personal framhåller här att samarbete inte är ett lätt område.

*"Alla pratar om brukaren i centrum men hur kan denna få god och säker vård när det är så många aktörer inblandade?"* (Sjuksköterska, slutenvården)

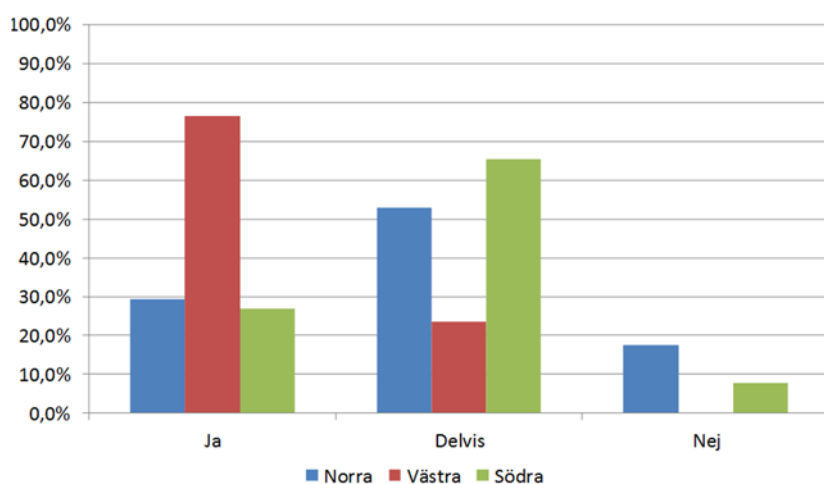
Samverkan och samarbete kring patienten är ett centralt tema som återkommer i det insamlade materialet av åsikter och erfarenheter. Det är ett aktuellt område för de anställda men också för patienterna, även om det diskuteras på ett mer indirekt sätt i patientintervjuerna. En aspekt av samverkan handlar om samverkansrutiner och berör det systematiska arbetet på verksamhetsnivå. I enkäten anger personal som är verksamma i den västra länsdelen i betydligt större utsträckning än personal i de båda andra länsdelarna att det finns rutiner för samverkan mellan kommun och vårdcentral. I Katrineholms kommun har hemsjukvården varit kommunens ansvar under en längre tid än i de andra kommunerna vilket kan ha bidragit till att samverkan är mer utvecklad i de västra länsdelarna. Att rutiner finns är en början men betyder inte per automatik att de rutiner som finns också följs.

*"Det finns ju rutiner för vad vi ska göra, men dom följs inte, -det är ingen följsamhet"*  
(MAS, kommun)

Olika orsaker till att rutiner inte följs framkom. Till exempel nämndes att personal inte känner till rutinerna, att personal inte ser att rutinerna fyller någon funktion och att det saknas arenor för möten vilket gör att brister kan uppstå i följsamhet då man inte ser helheten på samma sätt.

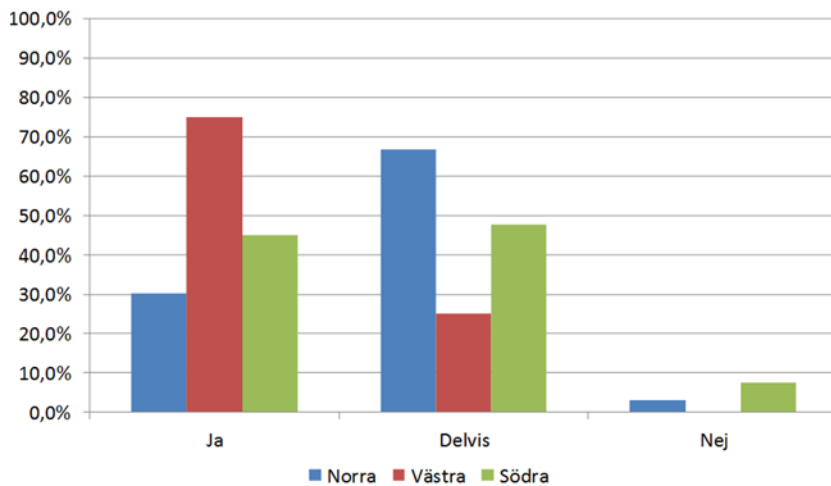
Samverkan mellan organisationer innebär i praktiken samverkan mellan representanter för de samma. Det gör också att personliga relationer spelar in i hur samverkan uppfattas. Informella kontakter spelar en stor roll.

På frågan "finns det rutiner för samverkan mellan din verksamhet och de vårdcentraler du samarbetar med?" och även på motsvarande fråga "finns det rutiner för samverkan mellan din vårdcentral och de verksamheter inom kommunen du samarbetar med?" är det tydliga skillnader mellan länsdelarna (figur 7a och 7b).



Figur 7a. Andel kommunanställda om samverkansrutiner finns med vårdcentraler





Figur 7b. Andel vårdcentralanställda om samverkansrutiner finns med kommunen.

Utvärderingen ger en tydlig bild av hur samverkansrutiner fungerar. I vissa fall finns rutiner men de fungerar bara i valda situationer. I andra fall är det otydligt vilka rutiner som finns kring samarbete och samverkan.

Samverkan är dock inte enbart beroende av rutiner. Geografisk närhet och personliga relationer är underlättande faktorer för en väl fungerande samverkan. Hur väl man känner varandra och varandras utgångspunkter påverkar det samarbete man har. Här finns goda erfarenheter av fungerande samarbete.

*"De kan komma förbi när jag sitter på expedition och säga 'du, jag vet att du åker hem till en hjärtsviktpatient, jag kan medicinskt underlaget så tar jag hand om patienten' och det är ju så man vill att det ska vara." (Sjuksköterska, landsting)*

En viktig aspekt som påverkar samverkan rör olikheter i journalföringssystem. Här lyfts också fram att olika journaler kan vara en fara för patienternas säkerhet.

*"Stort problem att vi har olika journaler, patientfarligt! Det är obegripligt att det är tillåtet." (Läkare, slutenvård)*

Nationell patientöversikt (NPÖ) nämns som en möjlig lösning på detta samverkansproblem. Tekniska problem och fördröjning i implementering och oklara rutiner kring användning samt begränsningar i behörigheter lyfts upp som faktorer som på ett negativt sätt påverkat funktionalitet av NPÖ i dagens läge. På verksamhetsnivå handlar samverkansproblem bland annat om behov av att skydda de egna resurserna och det egna verksamhetsområdet. Det kan vara svårt att lyfta blicken och ta ett helhetsgrepp. Även delvis olika lagstiftning lyfts fram särskilt när det kommer till samarbete med biståndshandläggare.

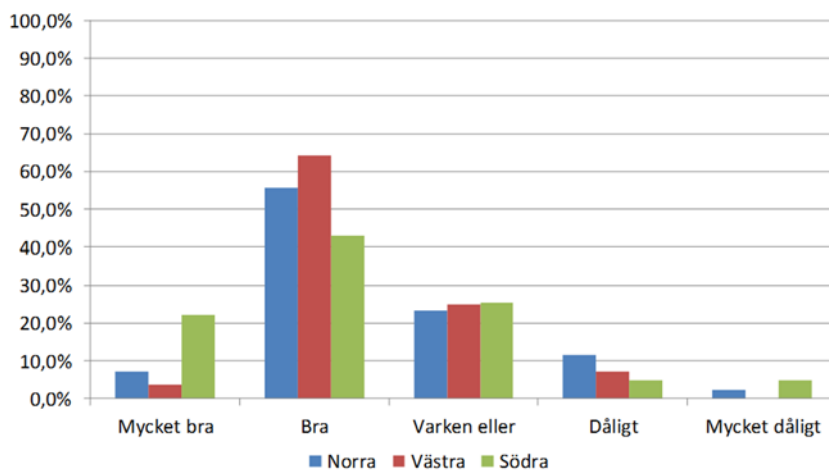
*"SoL versus HSL är ett problem, vissa anser att det är vattentäta skott mellan lagrummen vilket försämrar förutsättningarna för att få till en bra vård och omsorg för kunden/patienten." (Sjuksköterska, kommun)*

Patientens rätt till personlig integritet kan också uppfattas som något som i realiteten utgör ett hinder för samarbete. Här hänvisas till patienters lagstadgade rätt till personlig integritet som något som är

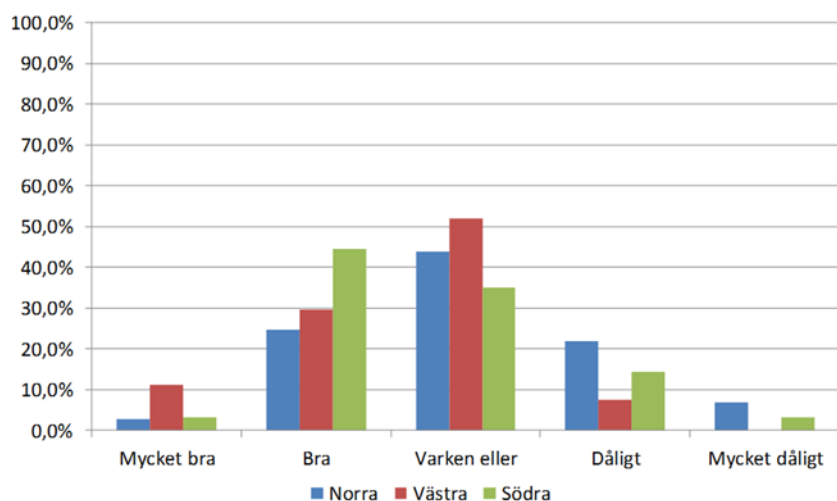
en utmaning för vården. Att vikten av personlig integritet lyfts kan till och med tolkas som ett hinder för att ge god vård till patienterna.

*”Det verkar som det har varit viktigare att lagar följs än att vården kring patienterna blivit bra. Man hänvisar till patientens integritet, men det är samtidigt så att patienter skadas för att vi inte ger information till varandra.” (Läkare, vårdcentral)*

Omkring 60 procent av dem från kommunerna och dem från slutenvården tycker att samarbetet med distriktssjuksköterskorna på vårdcentralen fungerar bra eller mycket bra (figur 7a), medan motsvarande siffra för samarbetet med läkarna på vårdcentralen är omkring 40 procent (figur 7b). I de öppna svaren och i fokusgrupperna lyfts aspekter som har med individuella faktorer fram. En person som tidigare arbetat på vårdcentralen men numera arbetar i kommunen berättar att han/hon har lättare att hitta samarbetsvägar än en person som inte har dessa kontakter sedan tidigare. De professionellas egna kontaktnät kan således vara avgörande för vilket stöd en enskild patient får.



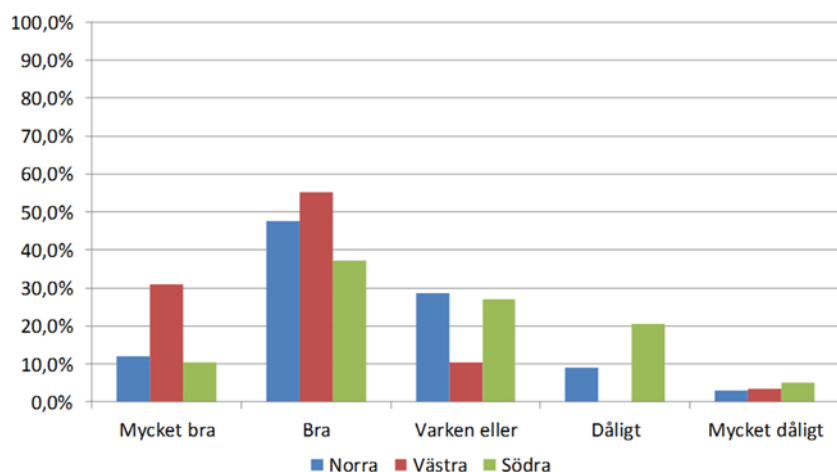
Figur 7a. Andel kommunanställda och slutenvårdsanställda om samarbete med distriktssköterska på vårdcentralen.



Figur 7b. Andel kommunanställda och slutenvårdsanställda om samarbete med läkare på vårdcentralen.

Ungefär 50 procent av dem från kommunerna och dem från slutenvården tycker att samarbetet med sjukgymnasterna och med arbetsterapeuterna på vårdcentralen fungerar bra eller mycket bra. Här verkar också placeringen av personalgruppen ha en avgörande betydelse för vilka man utvecklar ett gott samarbete med. En hemsjukvårdsgrupp som sitter i närheten eller i direkt anslutning till hemtjänsten har t.ex. ofta goda relationer till just dem, medan en distriktssjuksköterska som sitter i samma lokaler som vårdcentralen eller i angränsning till den samma tenderar att ha gott samarbete med vårdcentralens läkare, sjuksköterskor och paramedicinare.

Bland dem som arbetar på vårdcentral eller inom slutenvård är det liknande siffror vad gäller samarbetet med distriktssjuksköterskorna inom hemsjukvården, sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna inom kommunen. Landstingspersonalen som jobbar i den västra länsdelen visar upp en högre andel som bedömer samarbetet med dessa yrkeskategorier som bra eller mycket bra.



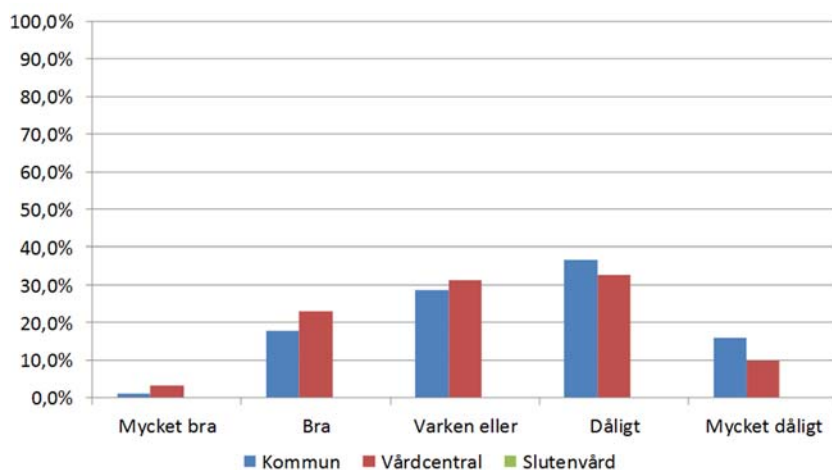
Figur 8. Andel vårdcentral- och slutenvårdsanställda om samarbete med distriktssjuksköterska inom hemsjukvården.

## Informationsöverföring

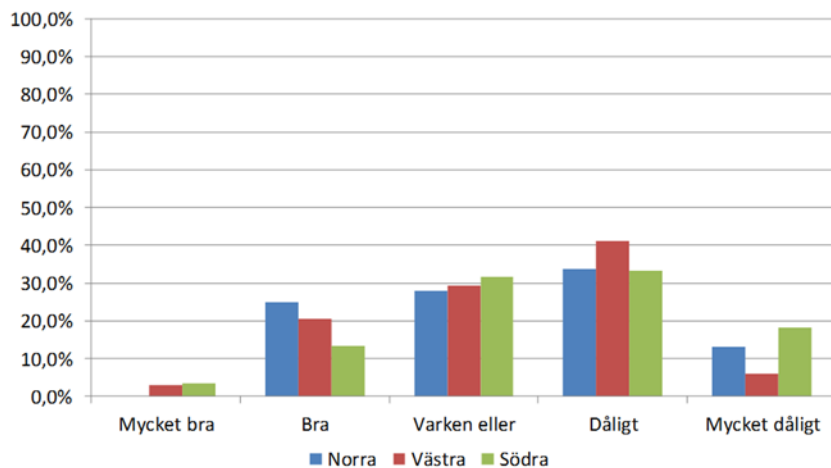
Personal betonar att bra informationsöverföring mellan huvudmän är nödvändig för samverkan. Fungerar inte kommunikationen får patienten inte heller en sammanhållen vård byggd på helhetssyn.

*"Alltså det är inte lätt för dem där ute heller kan jag tänka för jag tänker på distriktssköterskorna där ute, de har inte ens samma journalsystem som vi. Så ibland när vi ringer en distriktssköterska kan vi säga 'kan du kolla blodsockret på den här patienten' - 'Ja, men varför det' - 'Ja, men det har legat lite så hon kanske behöver något insulin' - 'jaha, det har inte jag en aning om' - men hur ska de kunna få en helhetssyn när de inte ens vet vad de har för diagnoser, de vet inte vad de har för mediciner." (Sjuksköterska, landsting)*

Personal pekar på överrapporterings-, vårdplanerings- och teamtillfällen som nyckelsituationer för samverkan kring patienter. Endast var femte kommun- eller vårdcentralanställd ansåg att informationsöverföringen från slutenvården fungerar bra (figur 9a). Det är särskilt överrapporteringen till kommunen i samband med utskrivning från slutenvård som personalen anser brister.



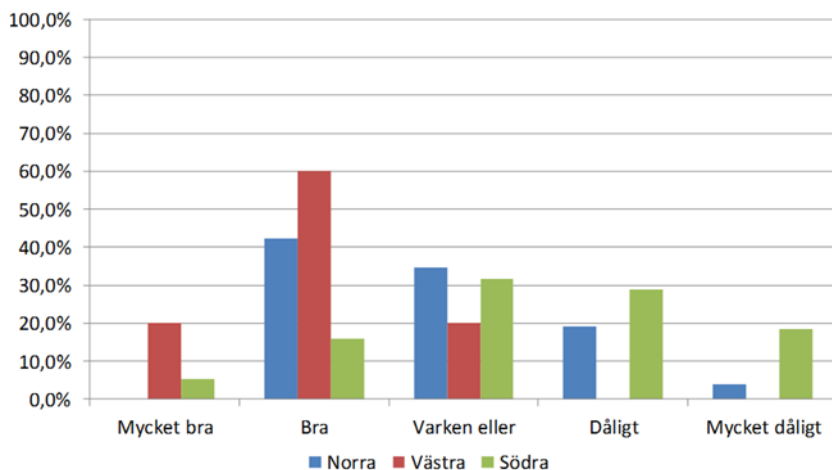
Figur 9a. Andel kommun- eller vårdcentralanställda om informationsöverföringen från slutenvården.



Figur 9b. Informationsöverföringen från slutenvården, fördelad per länsdel.

Informationsöverföringen från vårdcentralen verkar fungera lite bättre. Av de kommunanställda var det två av fem som ansåg att informationsöverföringen från vårdcentralen fungerar bra. En lika stor andel av vårdcentralensanställda ansåg att motsvarande informationsöverföring från kommunen fungerar bra. Ett antagande kan vara att informationsöverföringen mellan kommun och vårdcentral underlättas av geografisk närhet. Slutenvården finns inte alltid i samma kommun och det är lättare att brister uppstår när en klinik skall samverka med representanter för såväl kommun som vårdcentraler i flera kommuner kring olika patienter.

Informationsöverföringen från kommunen till slutenvården och vårdcentralerna fungerar bra i västra länsdelen (figur 10). De som lämnar över information kan vara både personal från hemsjukvården och hemtjänsten.



Figur 10. Informationsöverföringen från kommunen, fördelad per länsdel.

Brister i information leder till att den som behöver informationen får leta efter den och göra egna efterforskningar som tar mycket tid, men konsekvensen kan också vara allvarigare än så. När informationsöverföringen inte fungerar och relevant kunskap om patienten saknas uppstår ett problem som betecknas som en patientsäkerhetsfråga. Motsvarande utmaning beskrivs av flera yrkesgrupper inom flera verksamheter. Den mest framträdande utmaningen handlar om eventuella följder som kunskapsbrister om patienten kan leda till.

*"Vi är ju där att vi får jaga information och ibland ska vi åka hem och göra saker och vi vet ingenting om patienten. Vi har ingen bakgrund, -ingenting, ingen hälsohistoria så att... ja..."* (Sjuksköterska, kommun)

Allvarlighetsgraden varierar men en oro uttrycks över risken för allvarliga följder om inte rätt information finns tillgänglig. Konsekvenserna blir kanske oftast begränsade men exempel ges på tillfällen när patienter antingen farit eller riskerar att fara illa till följd av att information inte gått fram till exempel ny eller ändrad läkemedelsbehandling och diagnos. Här nämns t.ex. även patienter som sänts hem efter besök på akuten och som blivit sittande i trapphuset. Mindre allvarliga följder kan bli att insatser dröjer någon dag innan de ges eller att rekommendationer ges som strider med tidigare rekommendationer eller mot vad som är bäst att göra i patientens aktuella fall. När informationsöverföringen fungerar skapar det, enligt personal, förtroende för vården och patienten känner sig trygg. Dessutom upplever personal att vården är patientsäker och att deras kompetens används på rätt sätt.

*"Man får en misstanke om att man inte får all information som man behöver för att träffa/behandla brukare. [...] Det är sällan man får information från vårdcentralen, brukaren får själv söka, då är det svårt att hitta vilka diagnoser som brukaren har. Man får blint lita på att brukaren kan berätta alla detaljer själv. Ofta fungerar det bra."* (Arbetsterapeut, kommun)

*"Det är förvirrande emellanåt. Ena stunden är de inskrivna i hemsjukvården och så får man inte veta när de blir utskrivna. Och det händer någonting då står man där. Vad sjutton ska jag ta vägen? Vad ska jag ringa? vad ska jag? Man får aldrig nån information om att 'nu skriver vi ut den här.'" (Biståndshandläggare, kommun)*

## **Patienten som försvann**

I och med huvudmannaskapsändringen skedde en del förändringar framhåller personal. En förändring var att kommunsjuksköterskans uppdrag blev mer snävt definierat och insatser utöver de specifika uppdragen begränsades. Det var inte längre samma frihet för distriktssjuksköterskan att droppa in på spontanbesök eller följa en grannes rekommendation att också titta in till någon som inte 'verkat så kry å det senaste'. Personal nämner vissa specifika grupper som i högre grad än andra inte själva söker vårdkontakt och därför riskerar att inte få den vård och omsorg de behöver: personer med psykisk ohälsa, yngre personer med funktionsnedsättning och multisjuka äldre.

En grupp som söker hjälp men som inte alltid får hjälp är patienter med kräkningar och diarréer. Här nämner flera personal en regel som betecknas som "48-timmarsregeln":

*"I samband med magsjuka. Även om hemtjänst larmar att någon är påverkad eller knappt kontaktbar, så kommer ej hemsjukvården innan 48 h har gått."* (Distriktssjuksköterska, vårdcentral)

Avgränsning och strukturering av rutiner, t.ex. rutiner kring delegering, upplevs å andra sidan positivt. Vissa processer kring hembesöket, som synliggörs i ett väldefinierat uppdrag, har kvalitetssäkrats, framhåller personal, vilket kan göra att risker för felbehandling blivit mindre.

## Sammanfattning – sammanhållen vård

Ovanstående avsnitt besvarar frågan om patienten erbjuds en sammanhållen vård och omsorg i hemmet eller om det har uppstått nya mellanrum. Resultatet baseras på information från anställda på olika hierarkiska nivåer och olika professioner inom kommuner, vårdcentraler och slutenvård och kan sammanfattas i följande punkter:

- Samverkan fungerar bättre i de fall få aktörer är inblandade.
- Personliga relationer och geografisk närhet bidrar till samverkan.
- Det finns samverkansrutiner mellan olika verksamheter, men dessa används inte alltid i praktiken.
- Kommunsjuksköterskans arbetsuppgifter är till en del mer avgränsade än distriktsjuksköterskans var före huvudmannaskapsändringen.
- Möjligheten till informella hembesök har begränsats i och med huvudmannaskapsändringen vilket minskat möjligheten till tillsynsbesök.
- Lagar och regler uppfattas ibland som hinder för samverkan och möjligheten till en sammanhållen vård och omsorg.
- Olikheter i journalföringssystem begränsar möjligheten till en sammanhållen vård och omsorg.
- Det finns brister i informationsöverföringen mellan de olika huvudmännen.
- En bra samordnad individuell plan (SIP) kan vara ett stöd i det dagliga arbetet, men sådana görs inte alltid och fungerar inte heller alltid som menat.

## Diskussion

Flera län i landet har genomfört eller planerar att genomföra en huvudmannaskapsändring avseende hemsjukvården. Få systematiska utvärderingar har emellertid genomförts efter en sådan förändring och kunskap efter huvudmannaskapsändringen av hemsjukvården i Sörmland är därför intressant för många, även nationellt. Utvärderingen har genomförts på länsdelsnivå och baseras på information från mer än 400 personer. Patienter från länets alla kommuner har bidragit genom att delta i djupintervjuer. Personal från hela länet, verksamma i olika befattningar, har bidragit genom att besvara enkäten och delta i fokusgruppsintervjuer. Viktig kunskap har därigenom framkommit avseende utvärderingens tre frågeställningar:

- Hur ser patienten på den vård som erhålls i hemmet i form av hemsjukvård och/eller hembesök?
- Har det uppstått parallella organisationer efter överförande av ansvaret för hemsjukvård till länets kommuner?
- Erbjuds patienten en sammanhållen vård och omsorg i hemmet eller har det uppstått nya mellanrum?

Resultat redovisas i huvudsak på länsnivå. Vissa data redovisas även på länsdelsnivå. Resultat redovisas däremot inte på kommunnivå på grund av risk för att enskilda personer då kan identifieras vilket inte är tillåtet enligt gällande utvärderingsetiska regler och riktlinjer. Denna risk gäller särskilt vid djupintervjuer och fokusgruppsintervjuer och för informanter från mindre kommuner. Av samma skäl redovisas inte heller svar från specifika yrkesgrupper. Noteras bör att informationen från olika fokusgrupper var i huvudsak samstämmig när det gäller utvärderingens tre frågeställningar.

Kvantitativa data har analyserats med beskrivande och jämförande statistisk. Kvalitativ information har analyserats med innehållsanalys. Det betyder att vedertagna metoder för utvärdering har använts. Utvärderingen genomfördes, i sin helhet, tidsmässigt efter huvudmannaskapsändringen. Den ger en nulägesbild av patienters och personals upplevelser och erfarenheter.

### **Hur ser patienten på den vård som erhålls i hemmet i form av hemsjukvård och/eller hembesök?**

I resultaten av utvärderingen framkommer att patienter upplever trygghet i relation till enskild personal inom hemsjukvård. Patienter och personal framhåller att hemsjukvård som form är bra och *"här för att stanna"* (fokusgrupp).

Patienter och personal belyser också områden som kan utvecklas. Detta gäller frågor på (i) organisationsnivå, som otydlighet kring in- och utskrivning i hemsjukvården och otydlig ansvarsfördelning mellan huvudmän samt på (ii) verksamhetsnivå, som oklara kontaktvägar till hemsjukvården och bristande tillgänglighet hos hemsjukvården. I tillägg finns olikheter i avgiftssystemet. Detta får konsekvenser på (iii) individnivå, som minskad trygghet i vardagen.



## **Har det uppstått parallella organisationer efter överförande av ansvaret för hemsjukvård till länets kommuner?**

Tröskelprincipen är inte konkretiserad på verksamhetsnivå, vilket medfört att det uppstått både formella och informella parallella funktioner. Uppkomsten av parallella organisationer och funktioner bör emellertid vägas mot risken för att patienter inte får erforderlig vård (om ingen erbjuder patienten denna). De informella funktionerna kan emellertid medföra brister i patient- och rättssäkerhet, trots goda intentioner.

På (i) organisationsnivå har det uppstått parallella organisationer på grund av att ansvarsområden inte är entydigt definierade eller tolkas olika. De tydliggörs på (ii) verksamhetsnivå som parallella funktioner. Dessa kan vara antingen informella (som när personal från olika huvudmän besöker samma patient för vård i hemmet oberoende av varandra) eller formella (som äldresköterskefunktionen på vårdcentraler). På (iii) individnivå har det uppstått parallella funktioner (som informella hembesök som görs av enskild personal utanför ordinarie uppdrag).

## **Erbjuds patienten en sammanhållen vård och omsorg i hemmet eller har det uppstått nya mellanrum?**

Det finns samverkansrutiner mellan olika verksamheter, vilket möjliggör en sammanhållen vård och omsorg i hemmet. Samverkan kan emellertid försvåras av okunskap kring vilka rutiner som gäller och av bristande förståelse om varför rutinerna finns.

På (i) organisationsnivå finns brister avseende gemensamma fungerande strukturer (som brister avseende strukturer för informationsöverföring, avsaknad av strukturer för tillgång på relevanta journaluppgifter för berörd personal samt otydligt definierade begrepp).

På (ii) verksamhetsnivå framkommer detta bland annat som svårigheter att tillgängliggöra rätt information så att personal som berörs får relevant information. Otydligt definierade begrepp på verksamhetsnivå leder i vissa fall till olika tolkningar som försvårar samverkan. Goda personliga relationer och geografisk närhet mellan olika personalgrupper överbrygger en del av dessa brister genom att det skapas informella lösningar. Det är emellertid ett sårbart system eftersom informella lösningar inte kan kvalitetssäkras och inte alltid uppfyller krav på rättssäkerhet. Informella lösningar är inte förankrade på organisationsnivå och baseras inte alltid på fastställd värdegrund inom aktuell kommun. Ett exempel på en sådan lösning är 48-timmarsregeln som inte tydligt baseras på den berörda patientens behov. En informell lösning som mer tydligt fyller ett behov ur patientperspektiv är spontana tillsynsbesök i hemmet utanför ordinarie hemsjukvårdsuppdrag.

Även om informella lösningar i många fall uppstår för att överbrygga strukturella svårigheter kan även andra anledningar förekomma.

Sammanhållen Individuell Plan (SIP) är ett verktyg på individnivå som bland annat syftar till att främja sammanhållen vård. Utvärderingen tydliggör att förståelsen och den praktiska användningen av SIP varierar. På (iii) individnivå innebär det att olika personal tolkar såväl innehåll och ägande som genomförande av SIP olika. Om all personal är införstådda med syftet med och använder SIP enligt gällande riktlinjer skapas en arena för samverkan kring patienten vilket främjar förutsättningarna för att ge patienten en sammanhållen vård.

## Konklusion

I dagsläget finns skillnader i hemsjukvården inom och mellan länets olika kommuner. Otydlighet gällande ansvarsfördelning och centrala begrepp ger implikationer på patientupplevelse samt uppkomst av parallella organisationer och funktioner. Dessutom ger det implikationer på i vilken utsträckning vården som ges är sammanhållen. Det finns emellertid en vilja att överbrygga problem, vilket resulterat i informella lösningar på både verksamhets- och individnivå (figur 11).

### Problemöversikt (definiering eller implementering av):

- A. Begrepp och begreppens innehåll (hemsjukvård, SIP, tröskelprincipen)
- B. Ansvarsfördelning
- C. Informationsöverföring

	Erfarenheter av vård i hemmet	Parallella organisationer	Sammanhållen vård		
Organisationsnivå	Oklara begrepp (A)  Oklar ansvarsfördelning (B)	Oklara begrepp (A)  Oklar ansvarsfördelning (B)	Oklara begrepp (A)	Oklara strukturer kring ansvarsfördelning (B)	Oklara strukturer kring informationsöverföring (C)
Verksamhetsnivå	↓ ↓ Oklara tolkningar gällande premisserna för in- och utskrivning gör att olika budskap ges  Oklara kontaktvägar	↓ ↓ Olika tolkningar av begrepp samt olika tolkningar av ansvarsområden leder till att parallella funktioner uppstår när verksamheter försöker överbrygga mellanrum (formella och informella lösningar)	↓ ↓ Olika tolkningar av centrala begrepp gör att samarbete försvåras	↓ ↓ Oklart vilka som skall samarbeta och hur	↓ Personal fattar ibland beslut på ofullständiga grunder
Individnivå	↓ Påverkar tryggheten i vardagen	↓ Informella lösningar görs ibland av enskild personal för att säkerställa att patienten får vård	↓ ↓ ↓ Patienten får inte en sammanhållen vård och brister i patientsäkerhet kan uppstå	↓ ↓	↓

Figur 11. Oklara definitioner av begrepp, oklar ansvarsfördelning och brister i informationsöverföring ger implikationer på flera nivåer.

Av utvärderingen kan dras slutsatsen att det finns utvecklingsbara områden avseende alla tre frågeställningarna på såväl individ-, verksamhets- och organisationsnivå. Det krävs i regel tid för planering och implementering. Tid är viktig för att både hitta lösningar och för att utveckla nytt samarbete mellan olika aktörer. Samverkansarbetet har kommit olika långt på olika håll i länet.

Patienter är nöjda med bemötandet och ser också att tillgången till personal kvällstid ger trygghet. Både patienter och personal menar att hemsjukvård som form är bra. *”Att få ta emot vård hemma är en ynnest.”*

## Litteratur

Bazeley, P. (2013). *Qualitative Data Analysis: Practical Strategies*. Melbourne (Australia): Research Support Publications/SAGE Publications.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Harrefors, C., Sävenstedt, S. & Axelsson, K. (2009). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 353–360.

Hsiu-Fang, H. & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.

Närvård i Sörmland (2011). *Överförande av hemsjukvården till kommunerna i Sörmland – det första året*. Rapport på uppdrag av länsstyrgruppen för närvård i Sörmland 20110121. Hämtad 2013-04-09 från <http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/Samarbetspartners/Narvard/Arbetsomraden/Kommunalisering-av-hemsjukvarden/>

Närvård i Sörmland (2012). *Överförande av hemsjukvård till kommunerna i Sörmland 2011*. Rapport på uppdrag av länsstyrgruppen för närvård i Sörmland 20120105. Hämtad 2013-04-09 från <http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/Samarbetspartners/Narvard/Arbetsomraden/Kommunalisering-av-hemsjukvarden/>

Närvård i Sörmland (2013). *Överförande av hemsjukvården till kommunerna i Sörmland 2012*. Rapport på uppdrag av länsstyrgruppen för närvård i Sörmland 20130115. Hämtad 2013-04-09 från <http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/Samarbetspartners/Narvard/Arbetsomraden/Kommunalisering-av-hemsjukvarden/>

*Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)*. Hämtad 2013-04-04 från: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla\\_sfs-2009-400/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla_sfs-2009-400/)

*Personuppgiftslagen (1998:204)*. Hämtad 2013-04-04 från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla\\_sfs-2009-400/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla_sfs-2009-400/)

Quinn Patton, M. (2002). *Qualitative Research & Evaluations methods* (3<sup>rd</sup> edition). Thousand Oaks (CA, USA): SAGE Publications.

Regeringens proposition 1990/91:14. *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.* Hämtad 2013-04-04 från: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/prop-19909114-om-ansvaret-fo\\_GE0314/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/prop-19909114-om-ansvaret-fo_GE0314/)

Regeringen. (2002). *Hur står det till med hälso- och sjukvården och äldreomsorgen?* [DS 2002:23]. Hämtad 2013-10-10 från <http://www.regeringen.se/content/1/c4/08/38/8c0b90ef.pdf>

Socialstyrelsen (2007). *Vård och omsorg om Äldre – Lägesrapport 2007*. Strombergs, Stockholm. Hämtad 2013-04-04 från: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8863/2008-131-6\\_20081316.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8863/2008-131-6_20081316.pdf)

Socialstyrelsen (2008). *Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2012-11-30 från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59\\_200812659.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf)

SOU 2004:68. *Sammanhållen hemvård*. Stockholm: Fritze

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

Statens beredning för medicinsk utvärdering (1999). *Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering*. Hämtad 2013-03-18 från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Avancerad-hemsjukvard-och-hemrehabilitering-Effekter-och-kostnader/>

Sveriges kommuner och landsting. (2012). *Nationell Patientenkät 2012*. Hämtad 2014-02-06 från <http://npe.skl.se/Jamforar.aspx?ActiveView=0>

Sveriges kommuner och landsting. (2013). *Hemsjukvård*. Hämtad 2013-02-06 från [http://www.skl.se/vi\\_arbetar\\_med/socialomsorgochstod/aldre/a-o\\_alldrefragor/hemsjukvard](http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/a-o_alldrefragor/hemsjukvard)