



HÖGSKOLAN
DALARNA

Arbetsrapport

Patienten i centrum

Hemsjukvården i tre kommuner i Dalarna 2018

Kari Jess
Åsa Bergman Bruhn

Nr: 2019:02

Högskolan Dalarna arbetsrapport nr 2019:02
ISBN 978-91-85941-69-8
ISSN 1653-9362
© Författarna

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	5
Bakgrund	5
Uppdraget.....	6
Organisation	6
Resurser	6
Etiskt ställningstagande.....	7
Utvärderingens avgränsning	7
Metod	7
Programteori	7
Fokusgruppsintervjuer med personal	10
Enskilda intervjuer med brukare	10
Workshops.....	10
Resultat.....	11
Resultat Avesta.....	12
Resultat fokusgruppsintervjuer	12
Resultat från workshop	14
Resultat från patientintervjuer.....	14
Resultat Borlänge	15
Resultat fokusgruppsintervjuer	15
Resultat från workshop	17
Resultat från patientintervjuer.....	18
Resultat Älvdalen.....	20
Resultat fokusgruppsintervjuer	20
Resultat workshop.....	21
Resultat patientintervjuer	22
Ett litet räkneexempel från Älvdalen.....	23
Diskussion	23
Litteratur.....	26
Bilaga 1 Programteoriunderlag hemsjukvård i Dalarna med 2014 års uppföljning samt 2017	27
Bilaga 2 Materialinsamling Hemsjukvård	28
Bilaga 3 Deltagare workshops	29

Sammanfattning

Utvärderingen av hemsjukvården i Dalarna har genomförts enligt en programteoretisk modell där avtalet mellan kommunerna och landstinget samt resultaten från 2014 års utvärdering bildat utgångspunkt för 2017/2018 års utvärdering. Avsikten var att välja kommuner som lyckats bäst i att utarbeta hållbara rutiner för en fungerande hemvård. Andra kommuner skulle då kunna lära sig av dessa exempel. Tre kommuner i Dalarna valdes då ut av regionens chefsnätverk; Avesta, Borlänge och Älvdalen. Två fokusgruppsintervjuer per kommun, en på ledningsnivå och en på patientnära nivå, samt patientintervjuer med fem patienter i Borlänge och Älvdalen genomfördes. Fokusgruppsintervjuerna och patientintervjuerna kompletterades med tre workshops och avsikten med dessa var bl.a. att fånga positiva erfarenheter i andra kommuner.

Resultaten av utvärderingarna i de tre kommunerna visade på en splittrad bild. Älvdalen kommun, med sin värdegrund "patienten i centrum" framstod som en kommun som lyckats implementera avtalet bäst, trots ständiga vakanser på centrala poster. Personalen fixar och tar stort ansvar för att hemsjukvården ska fungera för den enskilde, trots stora geografiska avstånd. Den patientnära ledningen och de delegerade teamen för demensutredning och palliativ vård tycks vara ytterligare framgångsfaktorer. Patienterna bekräftar bilden av en kompetent och närvarande hemsjukvård.

Borlänge kommun har arbetat mycket hårt med värdegrunden "Borlängebon i centrum", vilket för hemsjukvården resulterat i att tidigare konflikter mellan landsting och kommun när det gäller tröskelprincip och bristfälliga vårdplaner till viss del kunnat läggas åt sidan för att utveckla en hemsjukvård som svarar mot patientens behov, vilket även patientintervjuerna bekräftar. En heltidsanställd läkare som enbart arbetar mot hemsjukvården tycks vara en särskild framgångsfaktor och bildandet av mindre hemsjukvårdsområden likaså.

I Avesta kommun har tidigare rutiner och checklistor fallit i glömska. Rutiner finns på papper men används inte. Avtalstolkningar har hamnat i centrum på bekostnad av patients behov. Ledningsnivån och den patientnära nivån ger två olika bilder och det som på ledningsnivå framstår som framgångsfaktorer, t ex. fungerande vårdplaner och gemensam tolkning av tröskelprincipen, framstår som brister på den patientnära nivån.

Alla tre kommuner har problem med vakanser och personalomsättning som påverkar det vardagliga arbetet på ett konkret sätt. Älvdalen har, trots vakanser, lyckats rekrytera och behålla personal till viss del beroende av de delegerade teamen. Bristen på läkarmedverkan är en fråga som lyfts av samtliga kommuner, men Borlänge har löst mycket genom att anställa en läkare som arbetar enbart mot hemsjukvården.

Även de olika journalsystemen ställer till problem, vilket bekräftas av samtliga andra utvärderingar. Osäkerheten kring läkemedelslistor och vilka diagnoser patienterna har är stor. Denna fråga kan inte lösas på lokal nivå.

Det tycks dock vara så kommunerna nu utarbetat fungerande rutiner för hjälpmedel och förbrukningsmaterial. Hjälpmedel och förbrukningsmaterial har däremot orsakat högre kostnader för kommunerna, en kostnad som de skatteväxlade medlen inte täcker.

Kommunerna lyfter också att de skatteväxlade medlen för övertagandet av hemsjukvården inte räckt till för kommunens reella kostnader. De ekonomiska konsekvenserna har dock inte undersökts i denna utvärdering även om en redovisning görs för Älvdalen kommun när det gäller delegerad landstingsvård och förbrukningsmaterial.

Inledning

Bakgrund

I Dalarna överfördes ansvaret för hemsjukvård, hembesök, rehabilitering och habilitering i ordinärt boende från landstinget till kommunerna i januari 2013. Överföringen reglerades i ett avtal som ingicks 2012 mellan länets samtliga kommuner och landstinget Dalarna. Ansvaret för hemsjukvården omfattar all planerad hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som, med bibehållen patientsäkerhet, kan ges i den enskildes hem. Ansvaret omfattar hela dygnet och alla åldrar och gäller upp till och med sjuksköterskenivå.

Enligt avtalet ska alla insatser och åtgärder som ges i den enskildes hem utgå ifrån en vårdplanering och en vårdplan som ska finnas för alla patienter. Tröskelprincipen är en viktig del av avtalet, vilket innebär att patienten i första hand ska ta sig till vårdcentralen för vård men att kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård till de personer som av olika skäl inte kan ta sig till vårdcentralen.

Hemsjukvården i Dalarna har utvärderats 2014 (Bergman Bruhn & Olai 2015) och det konstaterades då stora skillnader mellan kommunerna när det gäller implementeringen av den nya ansvarsfördelningen vilket försvårade möjligheten att jämföra hemsjukvården före och efter kommunaliseringen. Några styrkor och svagheter kunde emellertid presenteras. Framförallt pekade man på att helhetsansvaret underlättats och att former för ett djupare samarbete mellan landsting och kommun höll på att utvecklas vilket på sikt skulle kunna innebära onödiga inläggningar och säkrare hemgång. I det pågående utvecklingsarbetet identifierades några konfliktområden som bl.a. handlade om otydliga ansvarsgränser, avsaknad av vårdplaner, olika journalsystem och svårigheter med hjälpmedel och förbrukningsmaterial. Även läkarbemannning och därmed brist på läkarmedverkan framhölls som problem. De här svårigheterna stöds av utvärderingar som gjorts i andra landsting efter förändrat huvudmannaskap för hemsjukvården. I Kalmar överfördes ansvaret för hemsjukvården till kommunerna redan 2008, i Sörmland 2010 och i Västmanland 2012. Utvärderingarna därifrån, med erfarenheter från en längre tidsperiod med hemsjukvård, pekar på samma styrkor och svagheter som för Dalarnas del (Regionförbundet Kalmar län, 2011; FoU i Sörmland, 2014; Västmanlands kommuner och landsting, 2015).

Socialstyrelsen (2014) har genomfört en kartläggning av översikter kring hemvård där 70 systematiska översikter inkluderades. Slutsatserna från denna översikt är bl.a. att hembaserad träning kan lindra symtom och ge förbättrad livskvalitet för den enskilde samt att strukturerad och individualiserad utskrivningsplan troligen leder till kortare sjukhusvistelse och minskar risken för återinskrivning. Däremot är effekten på dödlighet, hälsa och kostnader osäker. Det framhålls också att vårdplanering vid tidig utskrivning från sjukhus av akut sjuka äldre minskar såväl antal

återinläggningar som återinläggningens längd. När det gäller hemsjukvård för äldre och multisjuka personer, en vanligt förekommande grupp inom hemsjukvården, finns begränsad evidens när det gäller specifika interventioner men resultaten indikerar att förbättrad läkemedelsanvändning kan uppnås om interventionen riktas mot individuella riskfaktorer och funktionsnedsättningar. Det saknas helt vetenskapliga studier som visar på eventuella skillnader mellan hemtjänst och särskilt boende för långvarig vård och omsorg om äldre. Man efterlyser mer sammanställd kunskap om en sammanhållen vård- och omsorgskedja för hemtjänst, hemsjukvård och rehabilitering och konstaterar samtidigt att hemvård förefaller ha vissa begränsningar när det gäller de mest sköra och multisjuka äldre. Däremot lyfter man fram att multidisciplinära team verkar vara av godo. Kartläggningen omfattar forskning från i första hand Europa och USA och i endast 11 av de 70 systematiska översikterna finns data från svenska förhållanden.

Uppdraget

Högskolan Dalarna fick under sensvåren 2017 i uppdrag av SUD att genomföra ytterligare en utvärdering av kommunaliseringen av hemsjukvården. Som underlag för beslut om utvärderingens inriktning användes avtalet kompletterat med de svårigheter och styrkor som identifierats i 2014 års utvärdering (Bilaga 1). Det beslutades att göra en programteoretisk utvärdering av hemsjukvården med tyngdpunkt på de kommuner där kommunaliseringen upplevdes fungera särskilt bra. Kommunerna var Avesta, Borlänge och Älvdalen. I uppdraget ingick även att genomföra tre workshops där deltagare från samtliga kommuner i Dalarna samt landstinget Dalarna inbjöds.

Organisation

Uppdragsgivare tillika referensgrupp var Region Dalarnas chefsnätverk. Projektledare var universitetslektor Kari Jess vid Högskolan Dalarna. Åsa Bergman Bruhn, universitetsadjunkt vid Högskolan Dalarna, och Mahwish Naseer, doktorand vid Högskolan Dalarna, stod för datainsamling via fokusgruppsintervjuer i kommunerna. Kari Jess och Åsa Bergman Bruhn medverkade vid samtliga workshops samt vid färdigställande av utvärderingsrapporten. Kari Jess genomförde samtliga brukarintervjuer.

Resurser

Projektet finansierades inom ramen för det avtal om samverkan inom det sociala välfärdsområdet (SUD) som Högskolan Dalarna tecknat med länets kommuner och landstinget Dalarna.

Etiskt ställningstagande

Studien bedömdes vara en verksamhetsuppföljning varför ingen etisk prövning genomfördes. Muntligt godkännande att delta i intervju ansågs som inhämtat samtycke. Materialet som presenterats har avidentifierats.

Utvärderingens avgränsning

Resultatet avgränsas att gälla för de tre medverkande kommunerna och utifrån de frågeställningar som presenteras i Bilaga 1.

Det har inte gjorts några kvantitativa mätningar av ärendemängd etc. som kan jämföras med de mätningar som gjordes vid utvärderingen 2014 och resultatet bygger därför helt och hållet på resultatet från fokusgruppsintervjuer med personal, workshops och enskilda intervjuer med brukare.

I uppdraget ingick inte någon utvärdering av de ekonomiska konsekvenserna, trots att intentionerna med hemsjukvårdsreformen var att på sikt vara kostnadsbesparande (SOU 2004:68).

Metod

Utvärderingen har genomförts enligt en programteoretisk modell där avtalets intentioner och de resultat som redovisades i förra utvärderingen (Bergman Bruhn & Olai 2015) har legat till grund för fokusgruppsintervjuer med personal och enskilda intervjuer med brukare. Intentioner och resultat från 2014 års utvärdering redovisas i bilaga 1.

Programteori

Att använda programteori innebär att utveckla en orsakmodell som kopplar ett programs förutsättningar och åtgärder till en kedja av tänkta utfall (Rogers 2011). Modellen återges oftast i form av ett diagram, kallad en logisk modell, och man använder denna modell för att ställa relevanta frågor om resurser, processer och utfall i förhållande till den tänkta modellen. En programteoretisk modell lämpar sig väl för att beskriva tillämpning av en övergripande åtgärd, som kommunalisering av hemsjukvård, styrd av politiska beslut och reglerad genom avtal. Enligt den enkla logiska modellen, som beskriver ett linjärt orsakssamband mellan förutsättningar/resurser, processer, utfall och effekter, kan man i utvärderingen använda den tänkta situationen i jämförelse med hur enskilda aktörer, i det här fallet kommunerna och landstinget, löst uppdraget. Den enkla logiska modellen har emellertid brister, exempelvis att de kontextuella förutsättningarna varierar och att den studerade åtgärden kan påverkas av andra samtida åtgärder. Wholey (2003) pekar på att i interventioner där målen är överenskomna, vilket man får säga att avtalet mellan kommunerna och landstinget i Dalarna är, lämpar sig väl för att använda en logisk modell. Vedung (2009) använder termen interventionsteori men menar därmed termen som synonym med termerna programteori,

teoribaserad och teoridrivna. Han skriver att interventionsteorierna kring en enskild åtgärd kan vara flera och att interventionsteorin handlar om hur åtgärden genomförs och hur den producerar konsekvenser i flera led. När det gäller Hemsjukvården i Dalarna är kommunaliseringen reglerad genom ett avtal som ska få kommuner och landsting att agera på ett visst sätt. Kommunerna har sina ansvarsområden och landstinget sina och avtalet förutsätter ett samarbete för att avtalet ska få avsedda effekter. Kategorier av personal förutsätts samarbeta för att uppnå de mål som avtalet formulerar och de underliggande teorierna, ökad trygghet och tillgänglighet för patienten, förutsätter att samarbetet fungerar.

Den övergripande programteorin för kommunaliseringen av hemsjukvården i Dalarna kan uttryckas på följande sätt:

Inflöde/ förutsätt- ningar	Samarbete och delaktighet	Omvandling	Slut- prestation	Utfall
Sjuksköterskor/ Kommun och landsting Arbetsterapeuter/ kommun och landsting Sjukgymnaster/ kommun och landsting Läkare/ landsting	Samarbete och delaktighet	Ledning/ samordning <ul style="list-style-type: none"> • Rehabinsatser • Habiliteringsinsatser Informationsutbyte <ul style="list-style-type: none"> • Läkemedelsförskrivning • Hjälpmedel • Vårdplanering • Tröskelprincip • Palliativ o demensteam • Psykiatri 	Hemsjukvård utifrån patientens behov	Trygg och tillgänglig hemsjukvård för patienten
Avtal/ ansvarsupp- delning		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>Kommunens ansvar: Hälsa- o sjukvård i särskilt boende, daglig verksamhet, ordinärt boende Rehab i särskilt boende, ordinärt boende Habilitering i särskilt boende, boende med särskild service, vistelse i daglig verksamhet, dagverksamhet Hjälpmedel i särskilt boende, ordinärt boende, boende med särskild service, daglig verksamhet, dagverksamhet</p> </div>		
		<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <p>Landstingets ansvar: Öppenvård, slutenvård, akut vård, planerad vård, specialiserad palliativ vård, allmän och specialiserad vård vid vc och sjukhus Rehabilitering, habilitering och hjälpmedel (6.4, 6.5, 6.6) Läkarmedverkan enligt lokala avtal mellan kommun och landsting Läkemedel</p> </div>		
Övergripande problem:				
Personalbrist Kompetensbrist Ökad administration Närhet/distans – lokaler Definition av ansvar/ tolkning av avtalet		Olika journalsystem Avsaknad av/ bristfälliga vårdplaner/vårdplanering	Trygg och säker hemsjukvård utifrån patientens behov	

Figur 1. Programteori för hemsjukvård i Dalarna

Resultaten av utvärderingen för kommunerna Avesta, Borlänge och Älvdalen kommer i resultatdelen att relateras till denna programteori.

Det bör i samband med detta påpekas att avtalet också innehöll en skatteväxling mellan landstinget och kommunerna. I vilken utsträckning kommunerna fått tillräckliga ekonomiska medel för att utföra arbete som tidigare låg inom landstingets ansvarsområde kommer att exemplifieras kort för

Älvdalens del. I de intentioner som formulerades i SOU 2004:68 fanns också en förväntan om en samhällsekonomisk besparing pga. effektivisering. Denna intention har inte heller följts upp. I SOU 2004:68 anges en skatteväxling på 0,56 för Dalarnas del. Enligt det avtal som ingicks mellan landstinget i Dalarna och samtliga kommuner i länet enades man om en skatteväxling på 0,23.

Fokusgruppsintervjuer med personal

Under hösten 2017 genomfördes sex fokusgruppsintervjuer i de tre utvalda kommunerna Avesta, Borlänge och Älvdalen. I varje kommun intervjuades personal i arbetsledande ställning/övergripande nivå och personal som arbetade i hemsjukvården/personal i hemsjukvården. Dessa två kategorier intervjuades var för sig i var sin fokusgrupp. Fokusgruppsintervjuerna tog från 1 timme till 2,5 timmar och alla intervjuer transkriberades.

Utgångspunkt för fokusgruppsintervjuerna var de intervjufrågor som redovisas i bilaga 2 samt de frågeställningar som presenteras i bilaga 1.

Samtliga fokusgruppsintervjuer analyserades sedan utifrån de teman som behandlats.

Enskilda intervjuer med brukare

Vi hade ett önskemål om att intervju 10 brukare fördelat på de tre kommunerna. Av olika anledningar fick vi endast intervju fem brukare, fördelat på två av kommunerna, Borlänge (3) och Älvdalen (2). Ingen brukare från Avesta har intervjuats vilket innebär att utvärderingsresultatet från Avesta saknar en viktig komponent i den programteoretiska modellen, dvs. den om utfallet av insatsen.

Intervjuerna med brukarna genomfördes i respektive brukares hem, enligt brukarnas egna önskemål. Fyra av intervjuerna spelades in och transkriberades medan den femte avböjde inspelning och då antecknades svaren på papper. De fyra inspelade intervjuerna transkriberades och analyserades enligt de teman som framkom. Den femte nedtecknade intervjun analyserades på samma sätt. Utgångspunkt för intervjuerna var några få mycket öppna frågor som framgår av bilaga 3. Avsikten var framför allt att försöka få en bild av om brukarna fick den hemsjukvård de var i behov av samt om de upplevde sig trygga med den hemsjukvård som gavs. Frågorna ställdes dels direkt kring hur hemsjukvården fungerade för varje enskild brukare men också indirekt: de fick berätta hur det konkret gått till vid hemgången från sjukhuset till hemmet, och i vilken utsträckning de varit involverade och haft inflytande över hemgången.

Workshops

Då endast tre kommuner varit föremål för datainsamling var det viktigt att fånga upp synpunkter från övriga kommuner i länet. Chefsnätverket hade identifierat tre kommuner där man uppfattade att

hemsjukvården fungerade bättre än i andra kommuner. Det var då viktigt att sprida goda erfarenheter till övriga kommuner men också att fånga upp positiva arbetsmodeller från de kommuner som inte deltagit i utvärderingen.

Det genomfördes tre workshops i maj 2018; en i Mora för norra länsdelen, där Älvdalen ingår, en i Borlänge för mellersta länsdelen och en i Avesta för södra länsdelen. Medverkan var god och framgår av bilaga 3. Generellt när det gäller deltagandet kan sägas att det saknades en större medverkan från landstingets sida.

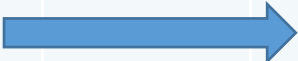
Vid samtliga workshops presenterades resultaten från utvärderingen för varje kommun, med fokus på den kommun som var aktuell för respektive workshop. Resultatet diskuterades sedan. Diskussionen spelades in och sammanfattades även i punktform på en Whiteboard som sedan fotograferades. Resultatet kompletterades sedan med det som framkommit i diskussionen och programteorin uppdaterades.

Resultat

Resultatet från utvärderingen presenteras kommunvis för medverkande kommuner.

Resultatredovisningen sker i form av en uppföljning av programteorier för respektive kommun samt med förtydligande text och citat från intervjuerna. De kommunvisa resultatredovisningarna kan därmed betraktas som en bild av hur det övergripande avtalet implementerats i aktuella kommuner. I samband med bilden redovisas framgångsfaktorer, där man funnit framgångsrika arbetsmodeller, och utvecklingsområden, områden man behöver arbeta extra med, och externa faktorer som påverkar implementeringen.

Resultat Avesta

Inflöde/ förutsättningar		Omvandling	Slut- prestation	Utfall
<i>Framgångsfaktorer:</i>	Samarbetsytor: Nätverk rehab/hjälpmedel/primär- o slutenvård, medlemsråd, Arbetslag, Chefsgrupp, Professionsgrupp, Samordningsgrupp med biståndsbedömare.	<i>Framgångsfaktorer:</i>		
Patienten i centrum Läkarmedverkan på ledningsnivå "Strukturer som fanns tidigare finns inte idag!"		Vårdbegäran – dialog/telefon på ledningsnivå Info från slutenvård fungerar bra Vårdplan – checklista följs SIP införs/ anses som lovande NPÖ fungerar Tröskelprincipen – checklistor finns och följs SBAR – används och fungerar bra	Nätverk rehab/hjälpmedel träffas 3 ggr/termin	
<i>Utvecklingsområden</i>		<i>Utvecklingsområden:</i>		
Personal-omsättning Vakanser – särskilt sjuksköterskor Läkarmedverkan på patientnära nivå Ledningens ansvar "Saker som inte blir gjorda trots att de tas upp vid varje möte"		Vårdbegäran - blankett blir ett hinder - dialog/ telefon/ patientnära - oklarheter vid hemgång Olika journalsystem Hjälpmedel/förbrukningsmaterial, rutiner för Läkemedel NPÖ – går inte in i onödan Tröskelprincipen fungerar ej SBAR- fungerar ej: Checklistor används inte Kommunikation med patienten		Patient-osäkert?
			"Tänkt till bland personalen men glömt patienten"	

Figur 2. Programteori hemsjukvård Avesta

Resultat fokusgruppsintervjuer

Bilden är splittrad, vilket framgår av programteoriöversikten ovan. Ledningen framhåller t ex. som en framgångsfaktor att vårdbegäran och informationen från slutenvården fungerar särskilt bra medan den utförande nivån, representerad av anställda inom slutenvården, arbetsterapeuter, distriktsköterskor, sjukgymnaster och samordnare, att vårdbegäran inte fungerar och att det då blir oklarheter vid hemgång. Möjligen handlar det här om vårdbegärens kvalitet: Vårdbegäran finns, men kvaliteten är så dålig att man inte kan arbeta efter den, och detta blir särskilt tydligt på den utförande nivån. Detta kan illustreras med följande citat från fokusgrupp ledning:

...”jag blir lite mörkrädd, för jag tänker alla patienter som remitteras med en remiss inom landstinget, om remisserna är av samma dåliga karaktär då måste det vara väldigt patientosäkert alltså.” (Fokusgrupp ledning).

Ledningen svarar att det finns vårdbegäran och att man ber om förtydliganden per telefon, men den utförande nivån uppfattar att vårdbegäran inte finns, då det inte går att arbeta efter den.

Den splittrade bilden kvarstår när det gäller tröskelprincipen, NPÖ (nationell patientöversikt) och SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuella uppgifter och Rekommendationer). När den övergripande nivån framhåller att NPÖ och SBAR används kontinuerligt och fungerar bra och att det finns checklistor för tröskelprincipen som används genomgående, ger den utförande nivån en motsatt bild; att man inte går in i NPÖ i onödan, att tröskelprincipen inte fungerar och att de checklistor som finns inte används. Följande citat från fokusgruppsintervju utförande nivå kan illustrera situationen som den utförande nivån uppfattar den:

”Patienter med delegerad hemsjukvård har hamnat i en gråzon, ingen håller i dem, och vi får så dålig information. Om de varit på läkarbesök då får vi ingen återkoppling.” (Fokusgrupp utförarnivå)

Det verkar alltså finnas checklistor för tröskelprincipen, för vårdplaner och för SBAR som inte används. Det har också funnits samarbetsytor och nätverk för samarbete mellan kommunen och landstinget men den utförande nivån uppfattar inte att situationen blivit bättre:

”Saker blir inte gjorda, sådana som tas upp på möten varje gång...och vilka är med på mötena?- har de befogenheter?” (Fokusgrupp utförarnivå)

Kanske är det så att de strukturer som fanns tidigare och som skulle underlätta samarbetet inte finns längre. Man kan fråga sig om det beror på att det är nya personer på centrala befattningar som inte känner till det arbete som tidigare gjorts, och att strukturerna därför fallit i glömska.

Man räknar upp ett antal samarbetsytor som t ex professionsteam, rehabteam, samordningssköterskor, hemsjukvårdssamordnare, ledningsgrupper och APT i samtliga arbetslag, att man ingår i samarbeten både på länsnivå och inom kommunen, men att problemen kvarstår.

Som framgångsfaktor lyfter man från ledningsnivån fram att Avesta har läkarmedverkan, vilket borde underlätta samarbetet med primärvården, samt att man alltid har patienten i centrum. Däremot efterlyses läkarmedverkan på patientnära nivå, dvs. samma motsättning som tidigare nämnts mellan de olika nivåerna. Dock lyfter både patientnära nivå och ledningsnivå fram den höga personalomsättningen och vakanser framför allt när det gäller sjuksköterskor. Personalomsättningen

kan vara en av anledningarna till att det som tidigare fungerat och reglerats genom checklistor inte längre fungerar.

Ledningen och den patientnära nivån är överens om att de olika journalsystemen gör arbetet svårare och att det behöver utvecklas bättre rutiner när det gäller hjälpmedel och förbrukningsmaterial. Det finns en stor oro för patientens säkerhet när det gäller läkemedel, att läkemedelslistorna är inaktuella och att patienten får fel läkemedel och/eller i fel dos.

” Vi skulle vilja att läkarna följde med oss ut när vi ska dela medicin, efter läkemedelslistor som vi har fått, så kan de få se ...” (Fokusgrupp utförarnivå)

Ledningsnivån ifrågasätter också om det verkligen är så att patienten är i centrum: ” Man har tänkt till bland personalen men glömt kommunicera med patienten” (Fokusgrupp ledningsnivå)

När det gäller förändringar som kan påverka hemsjukvården i positiv riktning nämns SIP (Samordnad Individuell Plan), som håller på att implementeras, och SUS (Samordnad Utskrivning Slutenvård) som är en ny statlig reglering som väntas påverka informationen positivt när det gäller utskrivning från slutenvården.

Resultat från workshop

Workshopen i Dalarna samlade 21 deltagare, främst personer i ledningsfunktion, från samtliga kommuner i södra länsdelen men också från landstingsledningen.

Workshopen bekräftade den splittrade bild som fokusgruppsintervjuerna visade när det gäller ledningsnivå och patientnära nivå. Man pekade på en rad skäl till situationen, bl. a personalomsättning, vakanser, nya arbetsprocesser och otillräcklig resurstillgång. I avtalet växlades enbart inskrivna hemsjukvårdspatienter men situationen idag är att flera multisjuka patienter med omfattande vårdbehov vårdas i hemmet, vilket innebär att de pengar som växlades inte räcker till.

På plussidan nämndes att tröskelprincipen inte var något hinder och ett projekt från Smedjebacken, ”Patienten i centrum”, framhölls som exempel på en verksamhet som löst frågor kring tröskelprincipen på ett framgångsrikt sätt. I Hedemora har man infört veckovisa träffar för kommunikation, och man ser att detta gett positiva resultat. I Avesta, Ludvika och Smedjebacken kommuner har man hittat former för samarbete även med psykiatrin.

Resultat från patientintervjuer

Inga patientintervjuer har genomförts då kommunen inte hittat några lämpliga patienter att intervjua.

Resultat Borlänge

Inflöde/ förutsättningar	Behöver finna former för samverkan och samverkansstrukturerna	Omvandling	Slut- prestationer	Utfall
<i>Framgångsfaktorer:</i>		<i>Framgångsfaktorer:</i>		
Tvärprofessionella grupper Liten personalom-sättning bland sjuksköterskor inom hemsjukvården Läkare som arbetar heltid mot hemsjukvård – närhet: sitter i samma lokal Helhetssynen: "Borlängebon i centrum" Värdegrunden Trygg hemgång Hjärtsvikt/slutenvård "Gott flöde"		Patientnära och tillgänglig ledning Vårdplaneringsteam Ansvarsfördelningen har "landat" Läkare gör hembesök Riskbedömning sker i team/ pilot i ett team		Patienten känner sig trygg och säker. Får hjälp utifrån behoven.
<i>Utvecklingsområden:</i>		<i>Utvecklingsområden:</i>		
Vakanser inom rehab Fler svårt sjuka Svårt få med landsting/ Privata vårdgivare Trots samarbetsytor finns konflikter Stor kommun – alla känner inte varandra <i>Vad är hemsjukvård?</i>	Läkemedelslista ej aktuell: har ansvar men inte rätt info Olika journalsystem Får ej vårdplan, ringer och påminner Svårigheter kring tolkning av tröskelprincipen Hjälpmiddel och förbrukningsmaterial: otydligt ansvar och dyrt Samarbetet med biståndsbedömare kan förbättras		Patienten känner sig trygg med att få den medicin, sjukvård och de hjälpmedel som patienten är i behov av	

Ärendegenomgång 1g/v
HSL-chef, enhetschef, ssk,
SÄBO
Verksamhetschefer
Primärvård/rehab
Ledningsgrupp
Ssk etc

Figur 3. Programteori hemsjukvård Borlänge

Resultat fokusgruppsintervjuer

I Borlänge var bilden mellan ledningsnivå och patientnära nivå samstämmig, både när det gäller framgångsfaktorer och utvecklingsområden.

Samtliga framhåller värdegrunden "Borlängebon i centrum" som den princip som styr allt arbete, även inom hemsjukvården. Det viktiga är att hemsjukvården fungerar för patienten. För att det ska

fungera bra för patienten så har man tvärprofessionella grupper, läkare som arbetar heltid mot hemsjukvårdens patienter och teamsamverkan för att göra hemgången så smidig som möjligt för patienten: t ex Trygg Hemgång, Gott flöde och Palliativa teamet. Men trots interna samarbetsytor, som ärendegenomgångar, professionsträffar, verksamhetsträffar, primärvård/rehabträffar och träffar på ledningsnivå, finns konflikter. Dessa har sin grund i att det saknas vårdplaner – man ringer och påminner-, läkemedelslistor som inte är aktuella – man har ett ansvar men inga befogenheter när det gäller läkemedel-, och olika journalsystem. Någon fokusgruppsdeltagare uttrycker frustrationen så här:

...”Vi får åka...vi får en vårdbegäran...vi ska dela en dosett och så får vi någon lista som vi inte riktigt vet om stämmer och alltid blir det krångel....ingen vill riktigt ta ansvar för vems...vem tar ansvaret för att läkemedelslistan stämmer? Det är olustigt att inte ens kunna se insulindosen. Eftersom vi har olika system så kan vi inte gå in i journalen.” (Citat patientnära nivå)

Även tröskelprincipen lyfts fram som en grund för olika tolkningar mellan landstinget och kommunen, vilket nedanstående citat illustrerar väl:

””kanske är det vårdcentralen som upptäcker att den behöver hjälp, då kan den nästan lova en inskrivning i hemsjukvården innan vi fått träffa patienten. Den bedömningen vill ju hemsjukvården göra själv”. (Citat patientnära nivå)

...”man missförstått det där med tröskeln och trott att det är tröskeln på vårdcentralen som är så hög att personalen inte kommer ut, istället för att det är som det är att tröskeln...alltså de mår så dåligt så se klarar inte av att.....för det är ju så att vi kan få vårdbegäran på i princip en läkarbedömning och läkarna har ju all rätt att åka ut från vårdcentralen men då diskuterar vi med vår doktor, men då ville de ha hjälp av honom, då kunde de ringa och kontakta honom och inte skicka en vårdbegäran för vi har sjuksköterskor, vi har inga läkare i kommunen”. (Citat ledningsnivå)

Man lyfter fram som särskilda utvecklingsområden att samarbetet med biståndsbedömare bör utvecklas och att avtalet kring hjälpmedel och förbrukningsmaterial bör formuleras tydligare. När det gäller samarbetet med biståndsbedömare kan ett skäl vara att det är ett geografiskt avstånd mellan hemsjukvård och biståndsbedömare. De skulle behöva sitta tillsammans för att upparbeta fungerande rutiner så att det inte uppstår problem som de som uttrycks nedan:

”Informationsöverföringen fungerar inte alltid, får ibland väldigt dålig rapport.. Information kommer för sent så att man inte hinner planera för en svårt sjuk patient, och den är bristfällig.”

Problemen med informationsöverföringen mellan biståndsbedömare och hemsjukvård har uppmärksammats på ledningsnivå och nu har biståndssidan finansierat en halv sjukgymnast- och en halv arbetsterapeutjänst, vilket man hoppas ska avhjälpa problemen i viss utsträckning.

Fokusgruppsdeltagarna lyfter fram arbetet med vårdplaner och vårdbegäran som ett område för kontinuerlig förbättring. Här sker förbättringen på flera håll:

...”var på ett möte i ett helt annat sammanhang, men det var ett gäng samordningssköterskor där från slutet vården, och de upplevde att de inte hade fått någon information över huvud taget om vårdbegäran, att det var så vi skulle jobba när kommunaliseringen väl skedde.....det kan ju förklara varför det var lite svårt med vårdbegäran i början”. (Citat ledningsnivå)

”Vi sa aldrig nej till en vårdbegäran i början men ibland när vi kom på hembesök var de ute och handlade och så var de till frissan och så var de hit o dit. Ibland kunde man ringa och fråga när de skulle komma eftersom de var ute och handlade eller något annat... Nu är det bättre koll. Vid gränsfall åker man alltid på hembesök för att se hur det är.” (Citat ledningsnivå)

Faktorer som påverkar hemsjukvården i kommunen är framför allt att det finns vakanser på viktiga positioner, att det nu är fler multisjuka som vårdas i hemmet istället för på sjukhuset och att Borlänge är en stor kommun, där alla inte känner varandra.

Sammanfattningsvis är uppfattningen att hemsjukvården i Borlänge är på rätt väg. Det finns problem, men ledningen är tillgänglig och lyhörd för den patientnära nivåns synpunkter. Vårdplaneringsteam och ansvarsfördelning mellan landsting och kommun fungerar. Den särskilde läkaren för hemsjukvården lyfts fram som en framgångsfaktor, då läkaren kan följa med på hembesök, vilket underlättar arbetet för de patientnära professionerna och ger mindre osäkerhet när det gäller bl. a. medicineringen.

Även i Borlänge lyfter man fram att skatteväxlingen inte gav kommunerna resurser att utföra hemsjukvård för ett ökande antal multisjuka och att de medel som avsåg hjälpmedel och förbrukningsmaterial inte på långa vägar täcker behovet.

Resultat från workshop

I workshopen i Borlänge deltog 12 personer från i första hand Borlänge och Falu kommuner men också från Gagnef kommun och från samordningsenheten på landstinget.

Workshopen bekräftar den bild som framkommit i fokusgruppsintervjuerna med framför allt värdegrunden som en ledstjärna, vilket innebär att man alltid har patientens bästa i fokus. Även den särskild anställde läkaren för hemsjukvården lyfts fram som en framgångsfaktor, vilket medverkar till

en ökad trygghet när det gäller vården av enskilda i hemmet. Modellen för Trygg hemgång lyfts fram som ett föredöme och med en fråga om modellen även kan användas för andra patientgrupper.

Framöver bör man framhålla den geografiska närhetsprincipen: Allt samarbete går lättare om man sitter nära varandra, helst i samma lokaler.

I workshopen framkom som en framgångsfaktor att ambulanspersonalen utgör ett primärt bedömningsteam som gör en första bedömning av hur akut läget är för enskilda hemsjukvårdspatienter.

Resultat från patientintervjuer

I Borlänge gjordes tre intervjuer av patienter i olika delar av kommunen. Två av dessa spelades in och transkriberades men en avböjde inspelning och där fick anteckningar utgöra underlag för analys.

Patientintervjuerna utgick från en öppen frågeställning om vad som fungerat bra eller dåligt/mindre bra. För att få en uppfattning om hur utskrivningen från sjukhus fungerat var det exempelvis viktigt att låta patienten beskriva hur det gått till och hur och när hemsjukvården kopplades in.

Patienternas bild är samstämmig när det gäller hemsjukvård, även om de inte helt kan urskilja vad som är hemsjukvård och vad som är hemtjänst. De får den hjälp de behöver från hemsjukvården och kan ringa om de behöver akut hjälp:

”....., då ja då accepterar dom mig helt då... och jag kan också säga såhär va att jag är nöjd med dom... jag tycker dom är skitbra... så att jag har ingenting att klaga på...” (Citat patient)

Ibland har hemgången fungerat sämre, dvs. att sjukhuset inte informerat hemsjukvården om att patienten skrivs ut:

”... ja det var på midsommaraftonen förrförra året... och det var fullt med folk.... och... då var det fem stycken... det var sju i femrummare eller i fem bäddar då... då var vi sju stycken då... och jag låg längst in på (otydligt) så skulle dom ha ut mig... ja ja vet inte vad som skulle ha gjort....” (Citat Patient)

Patienten berättar att hen skrevs ut för att det var fullt och att utskrivningen skedde klockan elva på kvällen. Patienten fick i det här fallet hjälp av sina grannar och hemsjukvården kom dagen efter.

De intervjuade patienterna framhåller att de får den hjälp de är i behov av och att de vet var de ska vända sig om det uppstår problem. Anmärkningsvärt är att alla tre framhåller att de får snabb hjälp och att personalen alltid kommer när de sagt att de ska komma. Detta innebär en stor trygghet för patienten. De har alla ett stort förtroende för hemsjukvårdens kompetens och framhåller att

förtroendet är större för dem än för sjukhuspersonalen, de är oftast bättre uppdaterade när det gäller specifika kunskaper som t ex sårvård.

Ytterligare ett citat illustrerar detta:

”Ja vad de ska ha för salvor och... precis.... och ställer upp i tid och god tid för jag har så pass onda ben så ibland kan det ha blivit lite för hårt och då har dom kommit tillbaka och gjort om samma arbete men lättat lite på trycket ”

Patienten lägger till att:

” hemsjukvården har jag väldigt mycket förtroende för... ja det jobbar inom många yrken om man säger så... tycker jag” och fortsätter ” det är riktiga specialister som jag har... kan väldigt mycket” och ” ... Doktorn (på sjukhuset/ mitt förtydligande) kan ingenting... det kan ingenting... om varken det ena eller det andra... de frågar mig om jag har haft den salvan eller... ja men det ska dom veta när man kommer”.

Resultat Älvdalen

Inflöde/ förutsättningar	Samarbetsytor behövs	Omvandling	Slutprestation	Utfall	
<i>Framgångsfaktorer:</i>		<i>Framgångsfaktorer:</i>			
Stabil personal som tar stort ansvar Kommunens tänk kring helhet: "patienten i centrum" Närhet, trots geografiskt stort område Kollegial handledning 1 g/v 1177 används för riskbedömning och kvalitetssäkring		Patientnära ledning Team för demensutredning Palliativa teamet Fixar ändå vid Brist på vårdplanering Oklarheter ang. tröskelprincipen Hjälpmiddelverksamheten fungerar, men dyr	Primärvårdsläkare Gemensam och skriftlig rutin Förebyggande tänk	Engagerade läkare Bra resurser Bra modell	Hemsjukvård utifrån patientens behov Trygg och tillgänglig hemsjukvård till alla dygnets tider, sommar som vinter. Större trygghet än med sjukhusvården.
<i>Utvecklingsområden:</i>		<i>Utvecklingsområden:</i>			
Vakanser: sjuksköterskor och läkare Behov av fler sjukgymnaster o arbetsterapeuter	Läkemedelslistor som inte är aktuella Olika journalsystem Vårdbegäran utan framtidsplan vid hemgång från Falu och Mora lasarett Problem "när åkommer smyger sig på" Läkare medverkar inte alltid/ säsongvariationer	"Sjuksköterskor tar stort ansvar"	→	Patienten känner sig trygg och säker på att rätt läkemedel ges.	

Figur 4 Programteori sjukvård Älvdalen

Resultat fokusgruppsintervjuer

Ledningsnivå och patientnära nivå lyfter fram värdegrunden "Patienten i centrum" och helhetssynen som viktiga ledstjärnor i arbetet med enskilda patienter. Man "tjafsar" mindre och alla har hittat sina roller. Däremot kan det finnas oklarheter när det gäller enskilda multisjuka patienter som kan uttryckas på följande sätt:

" Däremot kan jag tycka att det är jättesvårt, eller svårt, att veta om man får en vårdbegäran till exempel på en provtagning och sedan fick den ont i ryggen och så var den till doktorn och sedan kanske det blev någon dosettindelning...att ofta blir det mer och mer. Och till slut är det svårt att veta att är det här bara vår patient nu eller ska man hänvisa till vårdcentralen och....det tycker jag är lite svårt." (Citat patientnära nivå)

Även närheten till varandra trots ett stort geografiskt område lyfts fram som en framgångsfaktor, likaså en relativt stabil personalgrupp som tar stort ansvar för att vården ska fungera.

I de fall det saknas vårdplan så fixar man ändå och man är relativt flexibel när det gäller tröskelprincipen: Patienter kan ha svårt att ta sig till vårdcentralen på vintern men kan ha lättare på sommaren.

Älvdalen har ett eget team för demensutredning och för palliativ vård, dvs. att kommunen utför uppgifter på delegation och med finansiering från landstinget.

Vårdplan och vårdbegäran fungerar bra, men man har vant sig vid att det ibland kommer hem patienter utan föregående vårdplan. Då ringer man och kollar:

”Man har helt enkelt vant sig vid att det ibland kommer patienter från lasarettet helt utan vårdplanering så man har för vana att ringa och kolla upp. Toleransen har gjort att det blivit lugnare”.

” Det är mycket bättre med vårdbegäran nu jämfört med i början. Förr var det mer knapphändig information men nu har man lärt sig att skriva bättre vårdbegäran. Nu har man lärt sig att skriva i SBAR.” (Två citat från ledningsnivå)

Den patientnära nivån lyfter att vårdbegäran kommer i större utsträckning och ser mycket bättre ut idag än tidigare, även om det sker via ”eftersök” när de får reda på att en patient är på väg till hemmet. Någon framhåller också att samarbetet behöver bli bättre när det gäller psykiatrin, dvs. att även få information kring denna grupp:

”Där har jag väl också råkat ut för problem ibland då man gått in i något ärende där boendestödjarna har sagt att de behöver...men då har de redan kontakt via psykiatrin med någon arbetsterapeut som vi har ingen aning om, utan det kan framkomma då när jag är där på hembesök. Och boendestödjarna visste inte heller då. Nu vet jag att det (blivit bättre då.” (Citat patientnära nivå)

Sammanfattningsvis framtonar en bild av fungerande strukturer när det gäller såväl tröskelprincip, vårdplan som hjälpmedelsverksamhet. Hjälpmedelsverksamheten är emellertid dyr och täcks inte av de skatteväxlade medlen. Älvdalen har, liksom andra kommuner i länet och även nationellt, problem med olika journalsystem utan läsbehörighet och att läkemedelslistor inte alltid är aktuella. Även läkarmedverkan är ibland bristfällig och påverkas av tillgången på läkare vid vårdcentralerna.

Resultat workshop

Workshopen samlade 21 personer, från Älvdalens, Rättviks, Moras, Vansbros och Malung-Sälens kommuner samt från landstingets samordningsenhet. Den positiva bild som framkommit i

fokusgruppsintervjuerna förstärktes. Älvdalen kommun framstår som ett gott exempel som på sitt sätt löst många av de frågor man sliter med både inom länet och nationellt. Trots att Älvdalen är en geografiskt stor avfolkningskommun och att det ibland är svårt att få tag på kompetent personal, så har rutiner "satt sig". Bland annat använder man de särskilda teamen för demensutredning och palliativ vård i kompetensutvecklingen av befintlig personal för att behålla den, men även i rekrytering av ny personal. Ledningen präglas av en lyhördhet som gör att det är högt i tak och att patientnära personal vågar framföra kritik. I fokusgruppsintervjuerna framkom att det inte fanns några skriftliga rutiner. Denna bild kompletterades i workshopen med att rutiner finns men att man arbetar mer medvetet med riskbedömning och egenkontroll i ett systematiskt kvalitetssäkringsarbete. Här är 1177 vägledande men utgör ingen skriftlig rutin.

Man lyfter även här resursfrågan och påpekar att de medel som gavs till Älvdalen inte är tillräckliga för att bedriva dagens verksamhet med fler multisjuka som vårdas i hemmet.

Resultat patientintervjuer

Två intervjuer hölls med patienter i Älvdalens kommun, båda en bit från centralorten. Patienterna var samstämmiga: De kände en stor trygghet i att nå personalen till dygnets alla tider, sommar som vinter:

" dom kommer ju precis när dom har sagt att dom skall komma och eh ja, jättetrevliga är dom..."

" ... jätteskönt att veta att man kan lita på dom och att dom kommer... fast jag ringer klockan tre på natten". (Två patientcitat)

Exempel gavs på personal som trotsat höga snövallar för att ta sig in till patienten.

De intervjuade framhöll att de hade större förtroende för hemsjukvårdens personal än för sjukhusets. Hemsjukvården var bättre uppdaterade på senaste behandlingsrön än sjukhusets personal.

"... men jag måste säga att dom kan bättre än vad dom kan på kirurgen i Mora" (Citat patient)

Även utskrivningsförfarandet hade fungerat utan problem och patienten hade varit involverad i vårdplanen tillsammans med sjukhusets personal och kommunens personal. Patienterna involveras kontinuerligt och får hjälp utifrån sina behov från första stund.

” Ja det var med till sjuk, där det hade sån där planering var det med till sjukhuset ” och ” ... Ja och det kändes bra, dom kom alltid när jag sa att det skulle komma och ibland så läckte det och då kunde jag ringa även fast det var mitt i natten så kom dom ”. (Citat patient)

Hjälpen var på plats redan utskrivningsdagen, utan fördröjning.

Ett litet räkneexempel från Älvdalen

I skatteväxlingen fick Älvdalens kommun 3 440 tkr för att täcka kostnaderna för hemsjukvården. Det var 449 tkr mindre än beräknad kostnad 2011 (enl. missiv till avtalet om skatteväxling). Utanför skatteväxlingen ligger också de 5 heltidstjänster för delegerad specialistsjukvård (demensutredningar och palliativ vård) som är landstingets ansvar enligt avtalet.

Diskussion

I sammanfattningen till SOU 2004:68, som legat till grund för överföringen av hemsjukvården från landstinget till kommunerna framhålls att ansvarsfördelningen mellan landstingen och kommunerna när det gäller hemsjukvård var otydlig och skapade konflikter och revirstrider mellan huvudmännen. Det var utifrån detta som det föreslogs en huvudman för hemsjukvården, dvs. kommunen. Undantaget var läkarinsatserna som fortfarande var landstingets ansvar men det pekades också på att ”läkarmedverkan är ett av de mest allvarliga problem som motverkar möjligheterna för den enskilde att få en trygg och säker vård i bostaden” (SOU 2004:68, s.9). I samband med detta ansågs att landstinget och kommunen ska komma överens om tid och former för läkarmedverkan och....” om ett landsting inte fullgör sin skyldighet att avsätta läkartid till kommunens hemvård ska kommunen ha rätt att anlita läkare och avgöra hur läkarinsatserna ska användas med landstinget som betalningsansvarig” (a.a., s 10). I utredningen förutsätts också att en individuell vårdplan utarbetas för varje patient. Både läkarmedverkan och individuella vårdplaner speglas också i det avtal som upprättats för landstinget och kommunerna i Dalarna. Däremot avviker skatteväxlingssatsen avsevärt mellan SOU 2004:68, 0,56, och region Dalarnas avtal, 0,23.

De tre undersökta kommunerna uppger att hemsjukvården inkl. hjälpmedel och förbrukningsmaterial blivit avsevärt dyrare än vad som finns i deras budget. Denna fråga har inte varit i fokus för utvärderingen men räkneexemplet från Älvdalen kan utgöra ett underlag för diskussion.

Socialstyrelsen, som ansvarar för att följa upp och utveckla hemsjukvården, konstaterar i sin senaste lägesrapport Vård och omsorg om äldre (2018) att allt fler äldre multisjuka vårdas i hemmet och att kraven på kommunens hemsjukvårdspersonal ökar när ansvaren vidgas till att gälla kommunal specialistvård. Resultatet från Socialstyrelsens kartläggning visar att både landstingen och verksamhetscheferna anser att just hembesök av läkare är ett av de främsta utvecklingsområdena för

primärvården, och att det är något som behöver erbjudas i större utsträckning än i dag till de mest sjuka äldre.

Från att ha varit ett samarbete mellan kommun och landsting har hemsjukvården successivt förts över till kommunerna. I nuläget är det endast Stockholms läns landsting som arbetar efter den gamla modellen. Överföringen av ansvaret har skett genom en skatteväxling där intentionen varit att kommunerna ska kompenseras för det utökade ansvaret. Sjukhusvård och läkarvård är fortfarande landstingens ansvar. Det krävdes tidigare ett samarbete mellan landstingets personal och kommunens i patientens hem, vilket kunde innebära konflikter. Denna konfliktyta har genom den nya ansvarsfördelningen eliminerats. I denna nya ansvarsfördelning är emellertid informationsöverföringen central. Olika journalsystem, där hemsjukvårdens personal inte har läsbehörighet i landstingets journaler, och vice versa, försvårar informationsöverföringen, vilket samtliga kommuner rapporterar. Vårdbegäran och vårdplaner skulle kunnat överbrygga informationsbrister men samtliga kommuner rapporterar brister i och avsaknad av dessa. Olika journalsystem är ett nationellt problem som kräver övergripande beslut.

Läkarmedverkan är ytterligare en konfliktarena. Bristen på läkare generellt och läkare med specialistkompetens efterlyses allmänt. Borlänge, som kunnat anställa en läkare som enbart arbetar mot hemsjukvården, rapporterar inte lika stora problem. Som Socialstyrelsen påpekar så är läkaren en nyckel till bättre fungerande hemsjukvård, en läkare som kan göra hembesök hos multisjuka äldre.

Älvdalen, en av kommunerna som rapporterar om brist på läkarmedverkan, har dock hittat en väg att genom sina specialistteam inom demensutredning och palliativ vård, göra denna brist mindre kännbar. Dock är det så att dessa team inte i tillräcklig utsträckning finansieras av landstinget. Specialistteamerna attraherar ny personal och får befintlig personal att stanna, men detta sker till priset av budgetunderskott pga. underfinansiering.

Den generella läkarbristen, och då särskilt i mindre kommuner, är dock ett nationellt problem som tas upp i samtliga utvärderingar efter införandet av hemsjukvårdsreformen.

Genom kommunaliseringen av hemsjukvården har patientens behov hamnat i fokus och en konfliktyta eliminerats. Förutsättningen är dock att ha patientens bästa i fokus, och både Älvdalen och Borlänge tycks ha detta i fokus genom en tydligt förankrad värdegrund. Då minskar också konflikter kring tröskelprincipen och det blir möjligt att förstå att förmågan att ta sig till vårdcentralen kan skilja sig över tid och mellan säsongerna. När patientfokus hamnar i skymundan, uppstår en arena för konflikter mellan professioner och aktörer som kan leda till konflikter gentemot brukare.

Trots att evidensen för positiva effekter av hemsjukvård är bristande (Socialstyrelsen 2014) konstateras att hembaserad sjukvård förmodligen ger bättre livskvalitet för patienten och minskar risken för återinskrivning. Man efterlyser också mer sammanställd kunskap för hemsjukvården och då särskilt från en svensk kontext.

Litteratur

Bergman Bruhn, Å. & Olai, L. (2015). Utvärdering av hemsjukvården i Dalarna 2014. Slutrapport. Högskolan Dalarna och Region Dalarna.

FoU i Sörmland (2014). Sörmlands hemsjukvård i förändring. En utvärdering efter huvudmannaskapsförändringen. Utvärderingsrapport 2014:1

Regionförbundet i Kalmar län (2011). Utvärdering av avtal om övertagande av hälso-och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län.

Region Dalarna (2013). Kommunalisering av hemsjukvård i ordinärt boende. Missiv, Avtal.samt bilagor.

Rogers, P. (2011). Programteori som verktyg för utvärdering. I Blom, B., Morén, S. & Nygren, L. (2011). Utvärdering i socialt arbete. Utgångspunkter, modeller och användning. Stockholm: natur & Kultur.

Socialstyrelsen (2014). Hemvård. En kartläggning av översikter. Socialstyrelsen 2014-12-22.

SOU 2004:68. Sammanhållen hemvård.

Vedung, E. (2009). Utvärdering i politik och förvaltning. Lund: Studentlitteratur.

Wholey, J. S. (2003). Using Policy Evaluation to Support Decision Making and Improve Program Performance. *Japanese Journal of Evaluation Studies*, 3, 6-21.

Västmanlands Kommuner & Landsting (2015). Hur fungerar hemsjukvården i Västmanland, två år efter kommunaliseringen? Sammanfattning av uppföljning och utvärdering som genomförts under perioden september 2012 till augusti 2014. Dnr: VKL 2015-002.1

Bilaga 1 Programteoriunderlag samt resultat av 2014 års utvärdering

Bilaga 2 Frågeguide till fokusgrupper och patientintervjuer

Bilaga 3 Deltagare i workshops

Personalbrist

Kompetensbrist

Undersköterskors kompetens

Ökad kommunal kompetens

Programteoriunderlag hemsjukvård i Dalarna med 2014 års uppföljning

Patientsäkerhet o helhet, säkrare hemgång

Vården sker i hemmet

Tillgänglighet o kontinuitet

Arb terapeuter o sjukgymn är delaktiga

Förbättrad samarbete extern/internt (teamträffar, samlokalisering), samverkansforum, delegering

Säkrare förskrivning av hjälpmedel

Läkarmedverkan tydliggjord

Landsting	Samarbete	Kommun
	Hur följa upp dessa?	Hembesök - -planerade/oplanerade
Rehabinsatser - Sjukhuspatienter - Patienter på vårdcentr - Bedömn av spec insatser	Vårdplanering Tröskelprincip Vårdprogram	Rehabinsatser - Från arbetsterapeut/sjukgymn i ordinärt/särsk boende/dagverksamh/ daglig verksamhet
Habiliteringsinsatser - ordinärt boende, alla åldrar	Konsultera varandra, frågeställaren äger ärendet	Habiliteringsinsatser - i särskilda boenden, dagverksamhet
Hjälpmedel - förskrivn/kostn för patienter på sjukhus, öppenv. Mottagn, vårdcentral - där It har ansvaret för uppföljningen - alla personliga förskrivna av läkare/logoped inom habiliteringens målgrp i ordinärt boende - specialiserad vård syn/hörsel	Vårdplanering Tröskelprincip Vårdprogram Vilka regler ska gälla?	Hjälpmedel - förskrivn/kostn personliga hjälpmedel för patienter i ordinärt, särskilt boende, särsk service, dagverksamh, daglig verksamhet - inom habiliteringens målgrp - personliga medel som förskrivs inom It men ansvaret för uppföljn hos kommunen
Palliativ vård - specialiserad	Vårdplanering Tröskelprincip	Palliativ vård - allmän
Psykiatri - barn- o ungdomspsykiatri	Vårdprogram Vårdplanering Tröskelprincip Vårdprogram	Psykiatri - hemsjukvård/hembesöksv
Demensutredning		
Läkemedel och kostnader	Hur kan man följa upp? Läkemedelshantering	
Analys av prover från läkare		
	Förbrukningsmaterial - följer ansvaret enl tydliga riktlinjer	
Läkarmedverkan - alla insatser i egen regi eller på entreprenad avsätta medel till kommunerna utifrån behov i ordinärt, särskilt boende	Vårdplanering Tröskelprincip Vårdprogram	Vad är rimlig läkarmedverkan? Hur blev det?
	Utveckla former för informationsöverföring	

Stora skillnader i länet m h t helhet och säkerhet

Definitioner o ansvarsgränser otydliga

Info överföring, vårdbegäran, 1177 fungerar ej

Samverkan fungerar ej

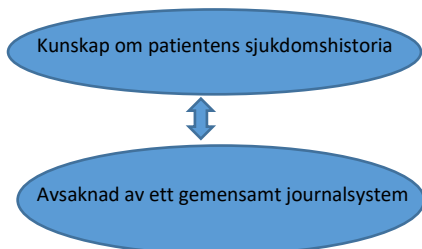
Avsaknad av vårdplaner, vårdplaneringar o teamträffar

Ökad administration, fler kontakter

Ansvaret för hjälpmedel o förbrukningsmatr fungerar ej

LäkARBEMANNING O LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR FUNGERAR EJ

Har inte läsbehörighet i varandras journaler



Materialinsamling Hemsjukvård

Fokusgrupp personal övergripande och på golvet. Ta med bild 1 kring hur hemsjukvården var tänkt och vilka olika arbetsmoment som skulle regleras. Underlaget beskriver vilka arbetsmoment som regleras men inte hur det är tänkt gå till i praktiken. Den bilden kan vara en viktig utgångspunkt för fokusgruppsdiskussionen både på ett övergripande plan (Hur man tänkt kring frågorna från chefsnivån) och på en mer konkret nivå (Hur man löser frågorna kring enskilda patienter/på golvet).

Fokusgrupp chefsnivå

Med bilden som grund: Vad har ni reglerat kring Vårdplanering, Tröskelprincip, Helhetssyn, Förbrukningsmaterial, Informationsöverföring etc (se bilden)? Har det uppstått nya samarbetsytor mellan kommunalt anställda och landstingsanställda som inte fanns innan? Vilka samarbetsytor skulle behövas? Hur tänker ni arbeta med detta i när framtid/längre fram?

Fokusgrupp med de som utför arbetet

Hur löser ni problem som uppstår? Har allting reglerats från chefsnivån? Vilket har inte reglerats och lämnas till er att lösa? –hur går det till?

Använd gärna bild 1 som stöd i diskussionen.

Fokusgrupp brukare/anhöriga, eventuellt enskilda intervjuer

Hur fungerar hemsjukvården?

Vad fungerar?

Vad fungerar inte?

Fokusgruppsintervjuerna spelas in och blir ett underlag för att konstruera programteorierna som vi gör efter intervjuerna. Detta kan jag göra och stämma av med er.

Antal hemsjukvårdsärenden

Fråga också efter antal ärenden: Pågående men också, om de har, hur många hemsjukvårdsärenden de har per år. Detta kan jämföras med förra utvärderingen och vi får en bild av hur ärendena/arbetsbelastningen har utvecklats sedan reformen infördes.

Mora 16/5 2018

Antal	Namn	Organisation
5 st	Vansbro kommun	Vansbro kommun
1	Maria Särnblad	MAS/Enhetschef Älvdalens kommun
1	Elisabeth Fransson	Förvaltningschef, Älvdalens kommun
4 st	Rättviks kommun	Rättviks kommun
1	Mona Stålhandske	MAR Mora kommun
1	Anna Hårskog	
1	Hans Sindors	
1	Jenny Isaksson	
1	Marja-Lena Flykt	
1	Annika Larsson	MAS Malung-Sälens kommun
1	Marit Andersson	Malung-Sälens kommun
1	Maria Heed	VC Älvdalen LDA
1	Michaela Fornstedt	LDA
1	Anita Nilsson Nääs	LDA

Borlänge 17/5 2018

Antal	Namn	Organisation
1	Victoria Lindmo	Utvecklingsenheten, Landstinget Dalarna
1	Gunilla Forsling	Verksamhetschef VC Kvarnsveden
1	Lisa Ekegård	MAR Borlänge kommun
1	Moa Nordlund	MAR Borlänge kommun
1	Anna Larsson	MAS Gagnefs kommun
1	Eva-Lena Zachrisson	MAS Falu kommun
1	Elisabeth Pettersson	Verksamhetschef Gagnefs kommun
1	Lena Karlsson	Områdessamordnare LDA
1	Hans Liljeberg	Områdessamordnare LDA
1	Ludmila Teplyh	Sektionschef Hälso- och sjukvård Falu kommun
1	Johanna Björs Hansols	Samordnare Hemsjukvården Falu kommun
1	Eva Backman	Samordnare Hemsjukvården Falu kommun

Avesta 18/5 2018

Antal	Namn	Organisation
1	Lotta Jansson	Verksamhetschef Geriatrik och Rehab i Borlänge Falun Säter
1	Johanna Flyckt	MAR Smedjebackens kommun
1	Marie-Louise Englund	MAR Avesta kommun
1	Eva-Lena Ängskog-Koivisto	Enhetschef rehab Avesta kommun
1	Märit Heij Rosén	Psykiatrimottagningen Ludvika
1	Ulrika Svens	Psykiatrimottagningen Ludvika
1	Ulrika Säll	Samordningssjuksköterska, Hedemora kommun
1	Emelie Forslund	MAS, Hedemora kommun
1	Linn Westerdahl	Enhetschef rehab, Hedemora kommun
1	Ann-Kristin Källström	Enhetschef sjuksköterskorna, Hedemora kommun
1	Ewa Welen	MAS, Avesta kommun
1	Carola Lindblom	Avdelningschef, Landstinget Dalarna
1	Margareta Karlsson	Förvaltningschef, Ludvika kommun
1	Cecilia Lantz	Områdeschef, Ludvika kommun
1	Eva Krifors	Enhetschef, Ludvika kommun
1	Maj-Britt Bertholdsson	MAS, Ludvika kommun
1	Lis Lindberg	Områdessamordnare LDa
1	Jenny Nyberg	Avdelningschef Avesta lasarett
1	Anneli Andersson	Enhetschef sjuksköterskor Avesta kommun
1	Katarina Andersson	Samordningssköterska Avesta kommun
1	Ulrika Vieweg	LDa, VC Smedjebacken



HÖGSKOLAN
DALARNA

Högskolan Dalarna, 791 88 Falun. Telefon 023-778000. www.du.se