



HÖGSKOLAN
DALARNA

Arbetsrapport

Utvärdering av Hemsjukvården i Dalarna 2014

Slutrapport

Åsa Bergman Bruhn
Lena Olai

Nr: 2019:01

Högskolan Dalarna arbetsrapport nr 2019:01
ISBN 978-91-85941-68-1
ISSN 1653-9362
© Författarna

Utvärdering av Hemsjukvården i Dalarna 2014

Slutrapport



*Åsa Bergman Bruhn och Lena Olai, mars 2015.
Reviderad maj 2015.*



Innehåll

Inledning.....	3
Bakgrund	3
Uppdraget.....	3
Organisation	3
Resurser.....	4
Etiskt ställningstagande.....	4
Avgränsningar.....	4
Nätverk Hemsjukvård.....	4
Insamling av information	5
Statistik.....	5
Fokusgruppsintervjuer med personal	5
Intervjuer med patienter, anhöriga och hemtjänstpersonal	6
Enkät.....	7
Studentuppsats	8
Resultat.....	9
Definitioner och ansvarsgränser	9
Hembesök.....	10
Läkarmedverkan och läkemedel	12
Patienters och anhörigas upplevelser	12
Medarbetarnas upplevelser	12
Bemötande, kunskap och kompetens.....	13
Patienters och anhörigas upplevelser	13
Medarbetarnas upplevelser	13
Trygghet och delaktighet.....	13
Patienters och anhörigas upplevelser	13
Medarbetarnas upplevelser	14
Tillgänglighet och kontinuitet.....	15
Patienters och anhörigas upplevelser	15
Medarbetarnas upplevelser	15
Samverkan och informationsöverföring	17
Patienters och anhörigas upplevelser	17
Medarbetarnas upplevelser	17
Sammanfattning.....	20

Framgångsfaktorer för en god och säker hemsjukvård	20
Kartläggning av hemsjukvården i Dalarna 2014.....	20
Områden i behov av förändring/förbättring.....	22
Förslag på indikatorer för att mäta hemsjukvård	22
Källförteckning	23
Bilaga 1-5.....	24
Bilaga 1. Värdegrundsområde och kvalitetsindikatorer.....	24
Bilaga 2. Underlag för insamling av verksamhetsnära statistik	25
Bilaga 3. Frågeguide till de individuella intervjuerna.....	26
Bilaga 4. Frågeunderlag för intervjuer med hemtjänstpersonal respektive webbenkät till HSL-personal.....	27
Bilaga 5. Redovisning av statistik på kommunnivå (vecka 13/vecka 39)	29

Inledning

Bakgrund

På senare år har det skett en utveckling mot att alltmer avancerade hälso- och sjukvårdssatser utförs i hemmet. Det är en konsekvens av politiska beslut men även av vårdtagares och anhörigas egna önskemål. Socialstyrelsen definierar hemsjukvård som hälso- och sjukvård när den ges i hemmet och där ansvaret för de medicinska åtgärderna ska vara sammanhängande över tid (2008). Ansvaret för hemsjukvård åligger landstinget men kan genom avtal överföras till kommuner. Hemsjukvård omfattar alla åldrar, men äldre personer (främst kvinnor) med komplexa vårdbehov dominerar.

I Dalarna överfördes ansvaret för hemsjukvård, hembesök, rehabilitering och habilitering i ordinärt boende från landstinget till kommunerna i januari 2013. Överföringen reglerades i det 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.

De åtgärder och insatser som ges i den enskildes hem ska ha föregåtts av vårdplanering och en vårdplan ska finnas för alla patienter. Enligt avtalet ska tröskelprincipen tillämpas vilket innebär att patienten i första hand ska ta sig till vårdcentralen för vård. Kommunen ansvarar för den hälso- och sjukvård som ges i det egna hemmet till personer som på grund av sjukdom och/eller funktionsnedsättning inte på egen hand, eller inte heller med stöd, kan ta sig till vårdcentral eller mottagning.

Av avtalet framgår att ”uppföljning och utvärdering av avtalet skall genomföras under 2014” och att ”parterna ska verka för en enhetlig uppföljningsmodell i länet”. Under 2014, parallellt med kartläggningen, har en arbetsgrupp med representanter från några av länets kommuner samt från landstinget Dalarna arbetat med olika tolknings- och tvistefrågor inom hemsjukvården på uppdrag av Chefsnätverket och Styrgrupp Äldre vid Region Dalarna.

Uppdraget

Högskolan Dalarna fick i slutet av 2013 uppdraget att genomföra en uppföljning av kommunaliseringen av hemsjukvården i länet. Eftersom ingen baslinjemätning genomförts innan kommunaliseringen genomfördes i januari 2013 kan inga säkra jämförelser göras med situationen före kommunaliseringen.

I samråd med uppdragsgivaren och styrgruppen förtydligades uppdraget till att utgå från ett patient- och anhörigperspektiv samt från ett medarbetar- och organisationsperspektiv. Uppdraget innebar också en kartläggning och beskrivning av hur hemsjukvården i Dalarna fungerar, identifiera områden i behov av förbättring samt ge förslag till indikatorer för framtida uppföljningar.

Organisation

Projektets uppdragsgivare var Region Dalarnas chefsnätverk, Styrgrupp Äldre vid Region Dalarna var styrgrupp och MAS-/MAR (medicinskt ansvarig sjuksköterska / medicinskt ansvarig för rehabilitering) -nätverket var referensgrupp. Projektledare var Åsa Bergman Bruhn vid Högskolan Dalarna och kvalitetssäkrare var Lena Olai, Högskolan Dalarna.

Resurser

Projektet finansierades inom ramen för de avtal om samverkan, inom det Sociala välfärdsområdet, som Högskolan Dalarna tecknat med länets kommuner och landstinget Dalarna.

Etiskt ställningstagande

Då studien bedömdes vara en verksamhetsuppföljning gjordes ingen etisk prövning. Besvare av frågeformulär och/eller muntligt godkännande till att delta i en intervju ansågs som inhämtat samtycke.

Avgränsningar

Det finns olika sätt att studera hemsjukvård och olika perspektiv att belysa. Kunskap om konsekvenserna av huvudmannaskapsförändringen samt hur man på bästa sätt kan följa upp hemsjukvården och dess utfall är begränsade.

Socialstyrelsen (2008) har gett förslag på några värdegrundsområden som kan bidra till redovisning, värdering och jämförelse av hemsjukvårdens processer och resultat (utan inbördes rangordning): tillgänglighet (både för patient och för personal), patientsäkerhet, kontinuitet, delaktighet, samverkan (mellan huvudmän respektive professioner) samt ledarskap. Ernst Bravell med flera (2013) har utifrån ovanstående värdegrundsområden föreslagit följande operativa kvalitetsindikatorer för uppföljning av hemsjukvården (utan inbördes rangordning): hemsjukvårdsbesök (inklusive uppgifter och innehåll), kompetens, informationsöverföring (inklusive team och delegeringar), läkemedel, sjukhusinläggning, preventivt arbete, palliativ vård, rehabilitering och delaktighet. En schematisk bild över hur värdegrundsområdena hänger samman med kvalitetsindikatorerna samt vilka metoder som kan användas för att samla in information framgår av Bilaga 1.

Utifrån ovan nämnda värdegrundsområden och kvalitetsindikatorer samt vad som framkommit i dialog med uppdragsgivaren och referensgrupp har följande områden identifierats som viktiga för kartläggningen: definitioner och ansvarsgränser, hembesök, läkarmedverkan och läkemedel, bemötande, kunskap och kompetens, trygghet och delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet samt samverkan och informationsöverföring.

I uppdraget ingick inte kartläggning/utvärdering av de ekonomiska konsekvenserna.

Nätverk Hemsjukvård

Under projekttiden har projektledaren deltagit i ett "informellt" nationellt nätverk kring uppföljning av hemsjukvården. Deltagarna har kommit från Gävleborg, Jönköping, Stockholm och Västmanland. På senare tid har även deltagare från Blekinge, Norrbotten, Sörmland, Västernorrland och Örebro tillkommit.

Syftet med nätverket har varit att finna gemensamma (helst nationella) indikationer för att "mäta" hemsjukvård. Nätverket har träffats två gånger per år, med en första träff i Gävle hösten 2013.

Både Sveriges kommuner och landsting (SKL) och Socialstyrelsen har informerats om nätverkets aktiviteter samt fått ta del av minnesanteckningar och slutrapporter.

Insamling av information

Under 2014 har data och information för att kartlägga hur hemsjukvården fungerar samlats in med flera metoder: statistik, enkät, fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer samt en studentuppsats (examensarbete på C-nivå). En tidslinje över när respektive informationsinsamling genomfördes redovisas i Tabell 1.

Tabell 1. Tidslinje för datainsamlingen (2014).

	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Statistik			■						■			
Fokusgrupp					■			■	■			
Intervjuer								■	■	■		
Enkät									■			
Studentuppsats				■	■	■						

Statistik

Under två veckor, vecka 13 och 39, samlades verksamhetsnära statistik in från länets samtliga kommuner. Länets MAS-/MAR-nätverk tog fram ett underlag för insamling av statistik utifrån de önskemål och behov som fanns i verksamheterna. Varje kommuns MAS alternativt enhetschef för HSL-personalen ansvarade för insamlingen av statistiken. I flera kommuner samlades uppgifter in "för hand" då det inte gick att få ut aktuell statistik ur verksamhetssystemen. Statistik samlades in gällande antal hemsjukvårds- respektive hembesökspatienter, hembesök samt vårdbegäran och delegeringar, se Bilaga 2.

Fokusgruppsintervjuer med personal

Tio fokusgruppsintervjuer, bestående av chefer, läkare, sjuksköterskor, samordningssjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster, MAS, MAR och biståndshandläggare, har genomförts. Till sex av fokusgruppsintervjuerna har landstinget Dalarnas fem områdessamordnare varit behjälpliga med ett strategiskt urval av deltagare och vidarebefordran av den skriftliga inbjudan. Urvalet till övriga fokusgruppsintervjuer har MAS, MAR och enhetscheferna för länets biståndshandläggarna hjälpt till med. Utskick av information och inbjudan till deltagarna har projektledaren ansvarat för. Sammanlagt har närmare 60 personer deltagit, från både kommuner och landstinget.

Varje intervju tog cirka en timme och utgick från följande frågeställningar: Vilka styrkor/fördelar har hemsjukvården i sin nuvarande form jämfört med tidigare? Vilka svagheter/nackdelar har hemsjukvården i sin nuvarande form jämfört med tidigare? Vilka möjligheter ser du med hemsjukvården i sin nuvarande form jämfört med tidigare? Vilka hot ser du med hemsjukvården i sin nuvarande form jämfört med tidigare? Hur har organisationsförändringen påverkat den övriga verksamheten?

Samtliga fokusgruppsintervjuer spelades in på band, skrevs ut och analyserades utifrån kvalitetsindikatorerna: definitioner och ansvarsgränser, hembesök, läkarmedverkan och läkemedel, bemötande, kunskap och kompetens, trygghet och delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet samt samverkan och informationsöverföring.

Intervjuer med patienter, anhöriga och hemtjänstpersonal

Samtliga av länets kommuner ombads vara behjälpliga med urval av deltagare. Enligt projektplanen för utvärderingen skulle minst två patienter, två anhöriga och två hemtjänstpersonal per kommun ingå i utvärderingen. Av olika anledningar inkom endast sex av länets 15 kommuner (Avesta, Falun, Hedemora, Orsa, Vansbro och Älvdalen) med namn och kontaktuppgifter på totalt 11 patienter, 11 anhöriga och 11 hemtjänstpersonal. Kommunens MAS och/eller enhetschefen för hemtjänstpersonalen ansvarade för urvalet av deltagarna. De tog fram kontaktuppgifter samt gjorde en muntlig förfrågan om deltagande i studien. Projektledaren kontaktade patienterna för att bekräfta deltagande samt för att boka tid och plats för en intervju.

Åtta patienter intervjuades under september och oktober 2014. Sex av de intervjuade patienterna var kvinnor och två var män. Patienterna var mellan 58 och 95 år (medelålder 79 år), sju hade även insatser från hemtjänst och hälften hade hemsjukvård redan innan kommunaliseringen. Två patienter avböjde deltagande och en patient svarade inte.

Insatserna som patienterna fick från hemsjukvården varierade, från en person som hade sårömläggning två gånger/dag och vid behov till en person som var inskriven för Waranprovtagning var tredje till var femte vecka. Alla patienter var inskrivna på grund av fysiska hälsoproblem. Tre av patienterna var sammanboende och övriga var ensamstående.

Patienterna fick själva välja var intervjun skulle genomföras och samtliga intervjuer genomfördes i patientens hem. Intervjuerna tog mellan 20 och 60 minuter, utgick från en frågeguide (Bilaga 3) och spelades in på band. Totalt tillfrågades 11 patienter om deltagande i studien. Två patienter avböjde deltagande (en kvinna och en man) och en manlig patient svarade inte när projektledaren ringde och skulle boka in intervjun.

Intervjuer genomfördes också med åtta anhöriga. Tre av de anhöriga var make/maka och fem anhöriga var barn (fyra döttrar och en son). Tre av intervjuerna genomfördes per telefon och övriga genomfördes i anslutning till patientintervjuerna, det vill säga i den inskrivna patientens hem. Intervjuerna tog mellan 15 och 45 minuter och utgick från patienternas frågeguide (Bilaga 3).

Samtliga intervjuer, utom de som genomfördes via telefon, spelades in på band, skrevs ut och analyserades utifrån kvalitetsindikatorerna: definitioner och ansvarsgränser, hembesök, läkarmedverkan och läkemedel, bemötande, kunskap och kompetens, trygghet och delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet samt samverkan och informationsöverföring.

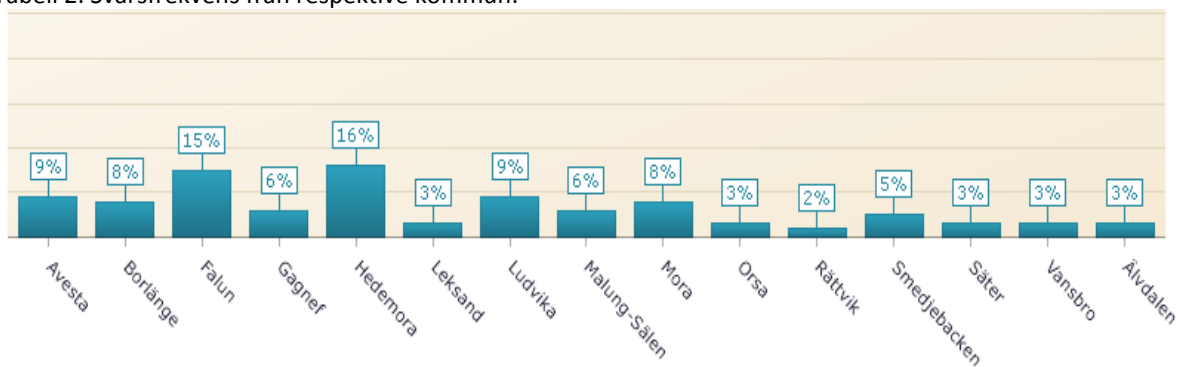
Intervjuer genomfördes med 11 hemtjänstpersonal. Samtliga var kvinnor, tio var undersköterskor och en var vårdbiträde. Personalens ålder varierade mellan 31 och 53 år (medelålder 46 år). Personalen hade mellan 12 och 30 års yrkeserfarenhet av arbete inom kommunal äldreomsorg (medeltal 22 år). Intervjuerna utgick från samma frågor som låg till grund för den webbenkät som skickades ut till hälso- och sjukvårdspersonalen (Bilaga 4).

Enkät

En webbaserad enkät (Bilaga 4), konstruerad för kartläggningen i nära samverkan med Samhällsmedicin Landstinget Gävleborg och FoU Välfärd Region Gävleborg, skickades i början av september 2014 ut till de kommunanställda sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster som arbetade med hemsjukvård i länets 15 kommuner. Respektive kommuns MAS eller enhetschef för HSL-personalen ansvarade för att sammanställa en aktuell förteckning över de anställdas e-postadresser.

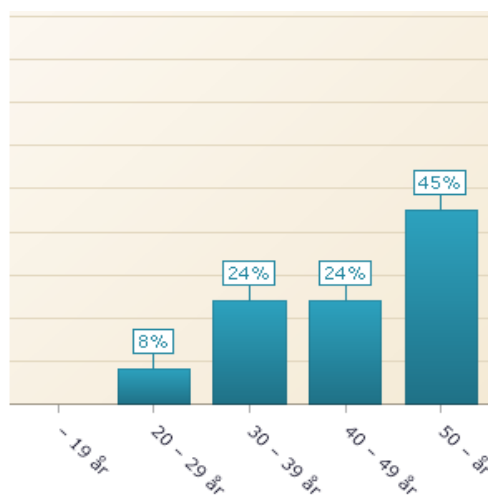
Webbenkäten skickades till 210 hälso- och sjukvårdspersonal och besvarades, efter två påminnelser, av 119 personer (svarsfrekvens 57%). Representation fanns från samtliga kommuner (Tabell 2).

Tabell 2. Svarsfrekvens från respektive kommun.

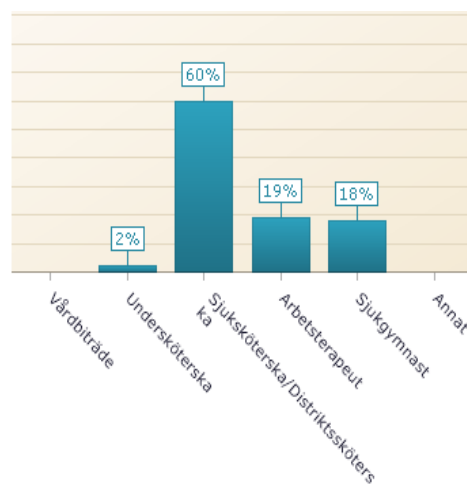


Majoriteten, 94 %, var kvinnor. Nio personer var mellan 20-29 år, 57 personer mellan 30-49 år och 54 personer var 50 år eller äldre (Tabell 3). De flesta, 72 personer, var sjuksköterskor, 23 var arbetsterapeuter, 22 sjukgymnaster/fysioterapeuter och två var undersköterskor (Tabell 4).

Tabell 3. Åldersfördelning bland de svarande.



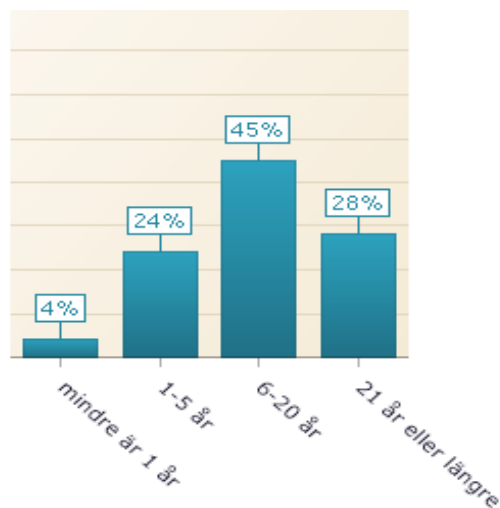
Tabell 4. Yrkesprofession bland de svarande.



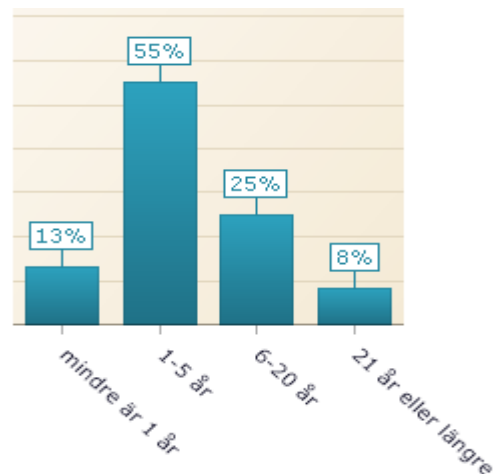
86 personer av de 119 svarande (73 %) hade mer än sex års yrkeserfarenhet och 33 personer (28 %) hade fem års yrkeserfarenhet eller kortare (Tabell 5).

39 personer (33 %) hade arbetat sex år eller längre på sin nuvarande arbetsplats medan 80 personer (68 %) hade arbetat där i fem år eller kortare (Tabell 6).

Tabell 5. Antal yrkesverksamma år.



Tabell 6. Antal yrkesverksamma år på nuvarande arbetsplats.



Nästan hälften av de som svarade på enkäten arbetade med hemsjukvård i ordinärt boende före kommunaliseringen av hemsjukvården.

Enkäten var omfattande och innehöll förutom ett antal bakgrundsfrågor om kön, ålder, yrkesprofession och arbetsförhållanden, specifika frågor om hur hemsjukvården fungerar utifrån de identifierade värdegrundsområdena och indikatorerna. Dessutom innehöll enkäten frågor som mäter den psykosociala arbetsmiljön. De frågor och svarsalternativ som redovisas och diskuteras återfinns i Bilaga 4.

Studentuppsats

Under 2014 har två av länets MASar skrivit ett examensarbete på C-nivå med namnet "Patientens upplevelse och värdering av kvalitet i kommunal hemsjukvård, en jämförelse före och efter kommunaliseringen" (Brodén, Sandgren, 2015). Arbetet, en enkätundersökning där metoden KUPP (Kvalitet Ur Patientens Perspektiv) användes, var en replikering av en magisteruppsats som genomfördes 2012 (Melkić Larsson, Spante, 2012) det vill säga före kommunaliseringen av hemsjukvården.

KUPP är ett mätinstrument som mäter patienters uppfattning om vårdkvalitet. Vårdkvalitet består av fyra inbördes beroende dimensioner som tillsammans bildar en helhet. De fyra dimensionerna är medicinsk-teknisk kompetens, identitetsorienterat förhållningssätt, sociokulturell atmosfär och fysiskt-tekniska förutsättningar. Varje dimension tar upp ett antal olika faktorer som i sin tur genererar frågor till mätinstrumentet (Wilde-Larsson, 2001).

Totalt deltog 162 patienter vilket motsvarande en svarsfrekvens på 39 %. Av de svarande var 93 kvinnor (57 %), åldern varierade mellan 22 och 103 år (medelålder 79 år) och 64 personer (40 %) var sammanboende. Urvalet representerar samtliga kommuner i Dalarnas län.

Resultat

I rapporten redovisas resultaten på länsnivå utifrån perspektiven patient, anhörig och medarbetare (inom perspektivet medarbetare ingår även organisationsperspektivet) under rubrikerna: Definitioner och ansvarsgränser, Hembesök, Läkarmedverkan och läkemedel, Bemötande, kunskap och kompetens, Trygghet och delaktighet, Tillgänglighet och kontinuitet samt Samverkan och informationsöverföring.

Resultatet av studentuppsatsen "Patientens upplevelse och värdering av kvalitet i kommunal hemsjukvård, en jämförelse före och efter kommunaliseringen" visade att huvudmannaskapsförändringen inte hade förändrat patienternas värdering av kvalitet i hemsjukvården i någon större utsträckning. Patienternas upplevelse av kvalitet i hemsjukvården varierade då vissa delar bedömdes ha god kvalitet medan andra delar bedömdes ha bristande kvalitet. Störst betydelse för god kvalitet var, enligt patienterna, bemötande och delaktighet, tillgänglighet till hemsjukvården, tillgång till hjälpmedel och nödvändig apparatur samt symtomkontroll.

Kartläggningen visade stora skillnader mellan länets kommuner, och till viss del även inom de större kommunerna, samt mellan några av länets kommuner och landstinget Dalarna. Däremot var skillnaderna inte så stora varken över tid (jämförelser före och efter kommunaliseringen) eller mellan de olika perspektiven (patient, anhörig, medarbetare och organisation).

Länets större kommuner hade generellt sämre resultat än de mindre kommunerna på nästan alla indikatorer och de länsdelar där man sedan tidigare hade välfungerande samverkansforum, på chefsnivå mellan huvudmännen, hade bättre resultat på nästan samtliga indikatorer.

En separat redovisning av resultaten på kommunnivå kommer att göras för de sex kommuner som har lämnat data inom alla studiens alla områden (Avesta, Falun, Hedemora, Orsa, Vansbro och Älvdalen).

Definitioner och ansvarsgränser

Nästan alla medarbetare, både från kommun och från landsting nämnde, på ett eller annat sätt, att avtalet upplevdes otydligt och inte hade kommunicerats ut och därmed inte implementerats. Framför allt fanns det behov av att definiera begreppen hemsjukvård (både basal och avancerad), inskriven, tröskelprincip och egenvård samt att tydliggöra ansvarsgränserna. Under fokusgruppsintervjuerna blev det tydligt att länets kommuner och landstinget Dalarna hade olika tolkningar vad gäller förskrivning av hjälpmedel både vid planerade operationer men framför allt vad gällde inkontinenshjälpmedel.

När det gällde utskrivning från slutenvården upplevde flertalet av medarbetarna, både från kommun och från landsting, att patienterna fick med sig de hjälpmedel som de hade behov av under den första veckan. Det uppkom även önskemål om och behov av att förtydliga ansvarsgränserna vad gällde förbrukningsmaterial och analys av prover.

Kartläggningen visade på stora skillnader när det gällde definitioner av begrepp och ansvarsgränser både inom och mellan länets kommuner, mellan kommunerna och landstinget samt inom landstinget (mellan sluten- och primärvården).

Kartläggningen visade även att andra styrdokument och riktlinjer samt informationsmaterial inte hade kommunicerats ut till alla medarbetare, varken i kommunerna eller inom landstinget. Flertalet av medarbetarna inom hemsjukvården ansåg att den praktiska anvisningen som fanns för sjuksköterskor borde revideras då delar i texten inte överensstämde med avtalstexten. Det framkom även önskemål från hemsjukvårdens medarbetare om att alla kommuner borde ha en MAR.

De flesta i hemtjänstpersonalen berättade om svårigheten att veta om en person hörde till hemsjukvården eller inte. En person berättade om det på följande sätt:

”Det som är svårt när vi inte vet och när vi ringer så vet knappt hemsjukvården själva om det är deras patient eller inte. Ringer vi till vårdcentralen kan de säga att det inte är deras patient heller. Så man undrar ibland vem som tar hand om patienten, framför allt helhetsansvaret”.

Även landstingets medarbetare upplevde att det många gånger fanns oklarheter kring patienternas tillhörighet och kring begreppet ”inskriven. En medarbetare inom slutenvården sa så här:

”Det finns flera olika nivåer av inskriven inom kommunerna, hel- och delinskriven, enstaka hembesök, läkemedelspatient med mera. Ingen vet riktigt vad som är vad och vem som är vem och när kommunen respektive primärvården har ansvaret”.

En medarbetare inom primärvården uttalade sig på följande sätt:

”Man får göra sina egna lokala tolkningar och riktlinjer eftersom de länsövergripande riktlinjerna är så otydliga”.

De flesta i hemtjänstpersonalen nämnde att deras arbete skulle bli mycket enklare och att det skulle bli tryggare och säkrare för patienten om de bara hade en sjuksköterska, en kommunsjuksköterska som ansvarade för ”allt och alla”.

När det gällde avtal, riktlinjer och andra styrdokument framkom det tydligt, från flertalet av deltagarna i kartläggningen, vikten av att alla styrdokument ska vara länsövergripande och finnas lättillgängliga på Region Dalarnas hemsida. Det fanns även en uttalad önskan, från framför allt från hemsjukvårdens medarbetare, att ”återuppväcka” den arbetsgrupp på Region Dalarna som under projektiden hade till uppgift att tolka och förtydliga frågeställningar samt ge svar på uppkomna tvistefrågor.

Hembesök

Det fanns en tydlig upplevelse bland flera medarbetare (både från hemtjänst och från hemsjukvård samt från landstingets samordningsköterskor) att antalet hembesök hade ökat efter kommunaliseringen, både för patienter som var inskrivna (hemsjukvårdspatienter) och för patienter som inte var inskrivna i hemsjukvården (hembesökspatienter), samtidigt som antalet årsarbetare minskat. Det framkom även att

medarbetarna, framför allt inom hemsjukvården, önskade ett "tak" för antalet inskrivna patienter i hemsjukvården då hemsjukvården annars kunde "smygväxa" och bli gränslös.

Den insamlade statistiken visade att antalet patienter som var inskrivna i hemsjukvården (hemsjukvårdspatienter) hade minskat med 152 personer mellan de två mätningarna. Även antalet patienter som inte var inskrivna i hemsjukvården (hembesökspatienter) hade minskat (cirka 40 personer). Antalet hembesök till hemsjukvårdspatienter hade minskat med drygt 40 besök och antalet hembesök till hembesökspatienter hade ökat med drygt 400. Statistiken visade även att antalet årsarbetare totalt hade minskat med 4 personer mellan de två mätningarna, trots att antalet undersköterskor (usk) hade ökat med 3,5 tjänst, se Tabell 7. I tabellen redovisas ett urval av den verksamhetsnära statistik som samlades in under två veckor på länsnivå och i Bilaga 5 redovisas samma statistik på kommunnivå.

Tabell 7. Redovisning av statistik på länsnivå.

	Vecka 13	Vecka 39	Skillnad
Antal hemsjukvårdspatienter	865	713	- 152
Antal hembesökspatienter	1488	1447	- 41
Antal hembesök till hemsjukvårdspatienter	1480 Varav Rehab 73	1447 Varav Rehab 112	- 41 + 39
Antal hembesök till hembesökspatienter	878 Varav Rehab 287	1280 Varav Rehab 258	+ 410 - 29
Antal årsarbetare enligt budget	169 Varav usk 7,75	165 Varav usk 11,25	- 4 + 3,5

Kartläggningen visade att nästan 75 % av hemsjukvårdspersonalen upplevde att bemanningen på deras arbetsplats alltid eller oftast var tillräcklig för att klara av arbetsuppgifterna. Även de flesta i hemtjänstpersonalen upplevde att bemanningen alltid eller oftast var tillräcklig, men det framkom även stora variationer både vad gäller bemanning men också vårdtyngd mellan hemtjänstgrupper och över tid. Samtliga medarbetare upplevde att de som vårdades i hemmet var mer multisjuka nu än tidigare samt behövde mer vård och omsorg.

Statistiken visade att runt 90 %, (91 % vecka 13 och 85 % vecka 39) av hemsjukvårdspatienterna var 65 år eller äldre samt att endast en patient vecka 13 och två patienter vecka 39 var 18 år eller yngre. Under året har två av länets 15 kommuner haft "barnärenden". Drygt hälften av hemsjukvårdspatienterna var kvinnor.

Det fanns en stor osäkerhet vad gäller den insamlade statistiken då det har varit svårt för flertalet av kommunerna att få fram korrekt statistik framför allt gällande antalet hembesök, vårdbegäran och delegeringar. Flera medarbetare uppgav även att statistiken inte gav en rättvis bild av verksamheten då bland annat statistik vad gäller telefonsamtal inte samlades in. Kritik kring att statistik endast samlades in under två veckor framkom också från medarbetarna liksom oklarheter kring definition av begrepp vilket gör jämförelser mellan kommuner liknades som att "jämföra äpplen med päron".

Läkarmedverkan och läkemedel

Patienters och anhörigas upplevelser

Nästan alla patienter och anhöriga nämnde vikten av att få behålla "sin" läkare. Det var en viktig faktor för att känna sig trygg och säker. Att sedan läkaren även gjorde hembesök förstärkte den positiva upplevelsen ytterligare. En kvinnlig patient uttryckte det så här:

"Till och med min doktor fick jag behålla, det känns bra".

En annan kvinnlig patient beskrev det på följande sätt:

"Läkaren är otrolig, han kommer ju hem ibland, ja med portföljen och allt".

Några patienter och deras anhöriga uppgav dock att ansvarig läkare inte hade gjort något hembesök överhuvudtaget under vårdtiden. Bristen på läkarmedverkan nämndes också av majoriteten av hemtjänstpersonalen och ungefär hälften av hemsjukvårdens medarbetare. De flesta upplevde inte någon större skillnad mot tiden då landstinget ansvarade för hemsjukvården.

Medarbetarnas upplevelser

Flertalet av medarbetarna, både från hemsjukvården samt från primär- och slutenvården, upplevde att bristen på läkarmedverkan och bristande läkemedelshantering samt att medarbetarna inte kunde ta del av varandras journaler som ett hot mot patientsäkerheten. Det trots att läkarmedverkan i hemsjukvården tydliggjorts i avtalet. Mer än hälften av hemsjukvårdens medarbetare svarade dock att närvaro och engagemang från läkarnas sida var bra eller mycket bra. Medarbetarna var dock inte nöjda med att en aktuell läkemedelslista sänkades i den gemensamma "journalen" NPÖ. Primärvårdens medarbetare nämnde bristen på färdigutbildade distriktsläkare och geriatriker i länet som tänkbara orsaker till läkarbristen i hemsjukvården.

Landstingets samordningssköterskor nämnde att läkaransvaret många gånger upplevdes vara oklart. Slutenvårdsläkare hade flera gånger blivit tvungna att ta fortsatt ansvar för patienter även efter hemgång från lasarettet då det uppstått oklarheter vad gäller avtalstolkningar och ansvarsgränser.

Nästan 75 % av hemsjukvårdens personal upplevde att patientsäkerheten, generellt sett, fungerade bra eller mycket bra även om drygt hälften upplevde att det hade blivit sämre eller mycket sämre sedan kommunerna tog över hemsjukvården. Det framkom att endast ett fåtal av de inskrivna patienterna, 5-10 %, fick en årlig läkemedelsgenomgång vilket ska göras tillsammans med patienterna. Personalen upplevde dock ingen skillnad mot före kommunaliseringen. Medarbetare inom primärvården berättade om att patienterna många gånger hade mer än 15 olika läkemedel och att felaktig medicinering var en vanlig orsak till fall i hemmet och inläggning på sjukhus.

Bemötande, kunskap och kompetens

Patienters och anhörigas upplevelser

Patienterna uppgav att de i stort sett var nöjda med personalens bemötande och engagemang både mot dem själva och mot de anhöriga. De upplevde även att hemsjukvårdens personal var duktiga och kunniga.

Sex av åtta anhöriga upplevde att hemsjukvårdspersonalens kunskap och kompetens var god. Två anhöriga nämnde att deras sjuka anhörige vid flera tillfällen fått åka in till sjukhuset eftersom hemsjukvårdens personal inte klarat av att byta kateter.

Medarbetarnas upplevelser

I informationsinsamlingen framkom tydligt att kunskapen var god och kompetensen hög bland hemsjukvårdens medarbetare. Medarbetare, både från kommun och från landsting, nämnde att kommunens sjuksköterskor hade lång erfarenhet av att vårda äldre i deras hem samt att flera sjuksköterskor hade genomgått specialistutbildningen Vård av äldre. Dessutom nämndes att sjuksköterskor med olika specialistkompetenser rekryterades i samband med kommunaliseringen av hemsjukvården. Hemsjukvårdens medarbetare upplevde själva att de hade tillräcklig kunskap och erfarenhet för att klara av arbetet.

I kartläggningen framkom även att faktorer som hög personalomsättning av sjuksköterskor inom hemsjukvården, brist på sjuksköterskor samt att flera av sjuksköterskorna var nyutbildade försvårade bland annat hemtjänstens och slutenvårdens arbete.

Nästan alla i hemtjänstpersonalen samt flera från både hemsjukvården och primärvården nämnde att undersköterskans kompetens och erfarenhet inte utnyttjades på bästa sätt samt att undersköterskan skulle kunna avlasta sjuksköterskorna. En person från hemtjänsten berättade om det på följande sätt:

”Vi undersköterskor får göra mindre inom kommunen, vi kan så mycket mer och vi kan arbeta på ett annat sätt för att avlasta sjuksköterskorna. När landstinget hade hemsjukvården hade de fler undersköterskor som gjorde basarbetet, nu finns det knappt någon undersköterska inom hemsjukvården”.

Trygghet och delaktighet

Patienters och anhörigas upplevelser

Under intervjuerna med de åtta patienterna framkom att patienterna kände sig trygga och säkra, att de fick den hjälp de önskade samt att de blev lyssnade till.

Trots att patienterna uppfattade och skattade vårdkvaliteten högre 2014 än 2012 förelåg det vid mätningen 2014 fortfarande en avsevärd brist vad gäller delaktigheten i den egna vården och möjligheten att vara med och påverka vårdens utformning och innehåll. Patienterna upplevde att vården inte styrs av patientens egna önskemål och behov utan snarare av personalens rutiner.

Under intervjuerna nämnde flera av patienterna specifikt vinsterna med att få vården i hemmet i stället för att åka till vårdcentralen eller lasarettet. En kvinna sa så här:

"Föret fick jag åka till sjukstugan några gånger i veckan. Det var ett pyssel att få någon att skjutsa. Och det kostade pengar att ta sjukresor. Nu slipper jag det".

En annan kvinna uttryckte sig så här:

"Föret låg jag mycket på sjukhus, bara man kom in blev det en vecka, nu har jag inte legat inne på ett och ett halvt år".

Ytterligare en kvinna förklarade det på följande sätt:

"Jag har inte varit på vårdcentralen eftersom syster kommer hem till mig. Det är skönt att slippa åka iväg".

Två av patienterna nämnde dock att de, trots att de hade hemsjukvård, fått åka i till lasarettet vid flera tillfällen, framför allt på grund av kateterbyte.

Flertalet av patienterna upplevde att hemsjukvården oftast hade en helhetssyn vad gäller vården och tar ansvar för hela människan. En kvinna förklarade det så här:

"Sjuksköterskan tittar på allt, jag behöver inte bry mig om något. Hon tar hand om allting och det är så skönt".

Två av patienterna hade en helt annan uppfattning när det gäller helhetssynen och en kvinna sa så här om hemsjukvården:

"Jag kan säga om mina andra krämpor så är det lite svårare att få hjälp, jag får främst hjälp med det jag är inskriven för. Det andra får jag hålla koll på själv, men jag har ju huvudet med mig. Det funkar för mig som är klar i skallen. Efter kontorstid får jag ringa 1177. När landstinget hade ansvar var det lite mer helhets känsla".

Flertalet av de anhöriga som intervjuades upplevde att de kände sig trygga och säkra med den vård som deras anhöriga fick samt att de blev lyssnade till. Två anhöriga uttryckte dock att de kände sig otrygga och osäkra samt besvikna på den vård deras sjuke anhöriga fått. Orsakerna som nämndes var informationsbrist och avsaknad av hembesök av läkare samt att inga eller endast ett fåtal vårdplaneringar hade genomförts i hemmet.

Majoriteten både av patienter och anhöriga kände till att det fanns en genomförandeplan som utvärderats och följts upp av kontaktpersonen regelbundet.

Medarbetarnas upplevelser

Flertalet av medarbetarna, framför allt från kommunerna men även från primär- och slutenvården, nämnde att patientsäkerheten var god genom att patienterna fick den vård de hade behov av, att hemsjukvården arbetade utifrån en "helhetssyn" samt att vården var tillgänglig året runt och dygnet runt. De nämnde även att vården och omsorgen hade blivit

bättre för de patienter som hade hemsjukvården medan den hade blivit sämre för hembesökspatienterna.

I avtalet om övertagandet av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende går att läsa att alla patienter i hemsjukvården ska ha en vårdplan och att primärvården och/eller specialist-sjukvården tillsammans med kommunen har ansvar för att den upprättas och omprövas. Enligt hemsjukvårdens medarbetare hade de inskrivna patienterna sällan en aktuell vårdplan och det var stora oklarheter kring ansvarsfördelningen vad gäller upprättandet av en vårdplan. Ingen i hemtjänstpersonalen kände till att någon patient hade en vårdplan och det var ingenting som diskuterades på de gemensamma mötesforumen, exempelvis vid teamträffarna.

Varken hemsjukvårdens eller hemtjänstens medarbetare kände heller till om patienterna i hemsjukvården hade en samordnad individuell plan (SIP).

Flera av medarbetarna, både hemtjänst- och hemsjukvårdspersonalen men också personal från sluten- och primärvården, upplevde att hemgången från lasarettet blivit bättre, tryggare och säkrare för patienterna. Framför allt nämndes att hjälpmedel nu följde med patienten hem samt att hemtjänstpersonal fått relevant information innan patienten skrevs ut från lasarettet.

Tillgänglighet och kontinuitet

Patienters och anhörigas upplevelser

Majoriteten av patienterna nämnde att vårdpersonalen är duktiga och trevliga, kommer när de ska och tar sig tid samt att det i stort sett är samma personal som kommer varje gång.

Enkätundersökningen visade att telefontillgängligheten och möjligheten att få hembesök hade förbättrats från 2012 till 2014 (möjligheten att få hembesök mer än telefontillgängligheten).

Nästan alla anhöriga upplevde att det var lätt att komma i kontakt med den ansvariga sjuksköterskan och de upplevde även att kontinuiteten var god.

Medarbetarnas upplevelser

Hemtjänstpersonalen upplevde att kontakten med hemsjukvårdens personal var bra och att de var engagerade och lättillgängliga. Det framkom att de hade regelbundna träffar med sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut men att biståndshandläggaren och enhetschefen inte deltog så ofta.

Flera berättade dock om att tillgängligheten till hemsjukvårdens sjuksköterskor blivit något sämre. Tidigare träffades man regelbundet samt att sjuksköterskan "tittade in" någon gång per vecka. En viktig framgångsfaktor för samarbete och patientsäkerhet som nämndes i flera intervjuer var samlokalisering med hemsjukvården.

Hemsjukvårdens personal upplevde att hemtjänsten var lättillgänglig men att kontinuiteten kunde förbättras.

Nästan alla i hemtjänstpersonalen, enhetscheferna för länets biståndshandläggare, länets MASar och MARar samt medarbetare från landstinget nämnde att kontakten och samarbetet med hemsjukvårdens rehabiliteringspersonal hade förbättrats avsevärt efter kommunaliseringen av hemsjukvården. Både arbetsterapeuter, men framför allt sjukgymnaster/fysioterapeuter, upplevdes nu vara mera närvarande och delaktiga samt lättare att komma i kontakt med. De är bättre representerade både vid teamträffar och vid vårdplaneringar.

Samarbetet med vårdcentralen nämndes av flera i hemtjänstpersonalen som ett problem och att tillgängligheten till vårdcentralen hade försämrats. Det framkom dock tydligt att det var stora skillnader både mellan och inom länets kommuner. Hemtjänsten satt ofta långt från vårdcentralen och man träffades inte längre i några naturliga mötes- eller samverkansforum.

Kommunaliseringen av hemsjukvården har medfört stora förändringar på vårdcentralerna med färre personal och ett tydligare mottagningsuppdrag vilket har resulterat i en skör och sårbar organisation. De distriktssköterskor som stannade kvar på vårdcentralen har fått en helt ny arbetsituation med en försämrad möjlighet att vara med på teamträffar och att göra hembesök än före kommunaliseringen av hemsjukvården.

En hemtjänstpersonal problematiserade det på följande sätt:

”Tidigare hade vi samma sköterska som kände igen patienterna, nu får vi prata med olika sköterskor och de är aldrig ute i verksamheten. Allting förhandlas per telefon”.

En annan personal hade en helt annan upplevelse av vårdcentralens tillgänglighet:

”Samarbetet med vårdcentralen fungerar bra, vi har ett internt nummer till distriktssköterskan och det fungerar jättebra, de har telefontid varje dag”.

Landstingets samordningssköterskor (både vid Falu och Mora lasarett) upplevde att det generellt sett är lättare att få tag på hemsjukvården nu än tidigare och att hemsjukvården arbetade mer i team, framför allt med rehabpersonalen.

Även enhetscheferna för länets biståndshandläggare nämnde att tillgängligheten till hemsjukvården hade förbättrats, framför allt nämndes att hemsjukvården nu var tillgänglig dygnet runt. Tidigare ”var hemsjukvården slut” klockan 17.00.

Nästan 75 % av hemsjukvårdspersonalen upplevde att man aktivt arbetar med att hemsjukvårdspatienterna i största möjliga mån skulle få träffa samma personal.

Majoriteten av hemtjänstpersonalen upplevde att deras planeringsverktyg och schemaläggning inte möjliggjorde för dem att arbeta med kontaktmannaskap och kontinuitet på det sätt och i den utsträckningen som de önskade. En personal förklarade det så här:

”Det är svårt att förena kontinuitet och kontaktmannaskap när kunden ska få den hjälp den vill ha, av den personal de önskar och när de vill ha hjälpen”.

Varken hemsjukvårds- eller hemtjänstpersonalen upplevde att det var någon större skillnad mot när landstinget ansvarade för hemsjukvården.

Samverkan och informationsöverföring

Patienters och anhörigas upplevelser

Många patienter upplevde att informationen från tiden när kommunen tog över hemsjukvården var dålig och ofullständig samt att vården inte var bra och säker initialt. En kvinna beskrev det på följande sätt:

”I början tyckte jag att sjukvården hörde landstinget till, det kändes tryggare, i början var det väldigt osäkert, kändes lite flummigare med kommunen, det har blivit mycket bättre, i början var det rena rama snurren”.

En annan kvinna sa så här:

”Det enda som varit negativt är inledningen, vi förstår att de var underbemannade och ingen hade kompetens att sköta det här”.

Även vid enkätundersökningen, både vid mätningen 2012 och 2014, förelåg det bristande kvalitet bland annat när det handlar om att få information om egenvård samt om resultat och behandlingar.

Att ha vårdplaneringar både före hemgång från lasarettet men även under vårdtiden i hemmet nämndes både av patienterna och av de anhöriga som väldigt värdefullt men att det inte genomfördes i den utsträckningen som de önskade. Flera patienter berättade dock om att någon form av planering skett i hemmet men att det då främst var biståndshandläggare och/eller enhetschef som närvarade. En kvinna beskrev det på följande sätt:

Ja, jag har haft en träff med bistånd här hemma men ingen annan”.

Flera patienter uppgav att de fått vara kvar en eller flera dagar extra på sjukhuset då hemsjukvården saknade resurser och kompetens. En man sa så här om sin vårdplanering:

”Jag var mycket besviken och förbannad i början, fick vara kvar en extra dag för de hade inte personal och ta mot mig hemma. Vi hade vårdplanering innan jag åkte hem, de lyssnade på mig och sen dess har det inte varit några problem”.

Alla anhöriga utom två upplevde att de oftast fick den information de önskade. De upplevde inte att de fått tillräckligt med information utan önskade få veta mer om sjukdom och prognos, men framför allt få mer kunskap om läkemedel och andra behandlingar.

Medarbetarnas upplevelser

De flesta i hemtjänstpersonalen nämnde att informationsöverföringen både från slutenvård och primärvården samt från hemsjukvården fungerade förhållandevis bra. Detta trots att många specifikt nämnde att de inte var med på vårdplaneringar, varken på sjukhuset eller i

hemmet eller hade tillgång till journalanteckningar. Informationen kom oftast från landstingets samordningssköterska, hemtjänstens samordnare/planerare eller från biståndshandläggaren. Personalen nämnde även att 1177 var en bra informationskälla. Personalen på 1177 upplevdes vara trevliga och kunniga även om de inte kände till patienten och det specifika ärendet eller tillgång till patientens journal.

Flertalet av medarbetarna både inom hemsjukvården och inom hemtjänsten men också flera medarbetare inom slut- och primärvården uppgav att de sällan eller aldrig hade vårdplaneringar tillsammans med patienten, varken i hemmet eller på lasarettet.

Nästan alla hemsjukvårdens medarbetare upplevde att samarbetet med hemtjänsten var bra eller mycket bra. De flesta upplevde att samarbetet var lika som före kommunaliseringen eller hade blivit bättre. Även hemtjänsten upplevde att samarbetet och samverkan fungerade bra.

Majoriteten av medarbetarna upplevde att de arbetade i team kring patienten, att de hade mer eller mindre regelbundna teamträffar och att teamarbetet fungerade bra eller mycket bra. Regelbundna fysiska träffar uppgavs som den viktigaste framgångsfaktorn och flera medarbetare nämnde att de håller på att bygga upp ett bra tvärprofessionellt samarbete, bland annat genom teamträffar och gemensamma hembesök och att en samlokalisering skulle förstärka samarbetet ytterligare. De uppgav att det inte var någon större skillnad vad gäller teamarbetet före respektive efter kommunaliseringen.

Primärvårdens medarbetare nämnde att samarbete mellan hemsjukvårdens sjuksköterskor och hemtjänsten hade förbättrats då de upplevde att gränsdragningen mellan kommunens och landstingets personal delvis "suddats" ut. De nämnde dock att gränsdragningen till viss del fanns kvar mellan hemtjänsten och vårdcentralens distriktssköterskor kring de patienter som inte var "inskrivna" i hemsjukvården.

Flertalet av de kommunala medarbetarna hade en tydlig uppfattning av att antalet delegeringar ökat drastiskt sedan kommunaliseringen av hemsjukvården. Den insamlade statistiken visade att antalet delegeringar ökat med drygt 400 mellan mätning ett och två (mars och september) 2014 (se Tabell 8). Delegeringarna gällde framför allt läkemedel och insulin. Endast ett fåtal delegeringar var initierade av rehabiliteringspersonalen.

Tabell 8. Redovisning av antal delegeringar på länsnivå under de två mätningarna 2014.

	Vecka 13	Vecka 39	Skillnad
Antal delegeringar	3124	3534	+ 410

De flesta av hemsjukvårdens- och hemtjänstens medarbetare upplevde att arbetet med delegeringar fungerade bra och upplevdes vara patientsäkert men att det var svårt att hinna med uppföljningar. Under perioder av resursbrist prioriterades många gånger uppföljning av de delegerade uppgifterna bort. Det gällde framför allt uppgifter delegerade av rehabiliteringspersonalen. Hemsjukvårdens sjuksköterskor upplevde att det ibland var svårt att delegera läkemedel då de inte hade tillgång till aktuell läkemedelslista. Trots det upplevde de att arbetet med delegeringar förbättrats något efter kommunaliseringen.

Primärvårdens medarbetare nämnde att delegeringen mellan vårdcentralens läkare och hemsjukvårdens sjuksköterska upplevdes osäker men att delegeringen från hemsjukvårdens sjuksköterska till hemtjänstpersonalen förbättrats och blivit mer patientsäker. Säkerheten när det gäller delegering från vårdcentralens distriktsköterska till hemtjänstpersonalen har försämrats i och med kommunaliseringen då sjuksköterskan inte alltid hade kännedom om patienten eller träffat patienten fysiskt.

Ungefär hälften av hemsjukvårdens medarbetare upplevde att informationsöverföringen från slutenvården fungerade bra men att den hade blivit försämrad sedan kommunaliseringen. Tidigare hade personalen tillgång till patientens journal och kunde då på egen hand ta reda på undersökningsresultat och provsvar med mera. Hemsjukvårdens medarbetare fick nu information antingen från vårdbegäran, kollegor på landstinget och/eller via NPÖ (Nationell patientöversikt).

Många av medarbetarna (både kommunens hemsjukvårdspersonal och biståndshandläggare samt landstingets samordningssköterskor och medarbetare från primärvården) upplevde en ökad byråkrati och omständlig administrativ börda samt ett ökat antal personliga kontakter i deras arbete med informationsöverföring i allmänhet och vårdbegäran i synnerhet i och med upplevelsen av att antalet vårdbegäran och fram för allt antalet ofullständiga vårdbegäran ökat under året.

De ökade administrativa sysslorna tillsammans med resursbrist inom hemsjukvården och till viss del brist på kompetens bland hemsjukvårdens sjuksköterskor försvårade enligt landstingets samordningssköterskor möjligheten för slutenvården att få hem patienten samma dag. När landstinget ansvarade för hemsjukvården kunde ansvaret gå direkt från slutenvården till primärvården utan onödig administration.

Den insamlade statistiken visade att antalet inkomna vårdbegäran till kommunerna ökat med 25 stycken mellan mätning ett och två (mellan mars och september) och att antalet inkomna "fullständiga" vårdbegäran minskat med 22 % (från 65 % till 43 %) (se Tabell 9). Med "fullständig vårdbegäran" menas i det här fallet att ingen ytterligare information behövde inhämtas av hälso- och sjukvårdspersonalen innan kontakt kunde tas med patienten och/eller hembesök kunde göras.

Tabell 9. Redovisning av antal delegeringar på länsnivå under de två mätningarna 2014.

	Vecka 13	Vecka 39	Skillnad
Antal vårdbegäran	149	174	+25
Antal fullständiga vårdbegäran	Fullständiga 97 (65 %)	Fullständiga 74 (43 %)	- 23 (-22%)

En hemsjukvårdspersonal beskrev problem med informationsöverföring så här:

"Vi får oftast vårdbegäran, den är ofta bra, men ibland fattas det medicinsk information och tid för utskrivning från lasarettet. Vårdbegäran kommer ofta efter att patienten kommit hem och då händer det att anhörig redan kontaktat oss. Ibland är det en orimlig förväntan på snabb insats med hembesök".

Flera av primärvårdens medarbetare reflekterade kring sitt eget arbete med vårdbegäran. En av dem sa så här:

”Dåliga vårdbegäran mynnar i att kommunerna bara gör det som står på vårdbegäran. Man tar provet eller tittar till bensåret men ser inget annat. Kommunens sjuksköterska blir inte den länken mellan sjukvården och hemtjänstpersonalen, anhöriga och patienten som det var tänkt”.

En annan personal från primärvården uttalade sig på följande sätt:

”Problemet är vårdbegäran och tröskelprincip. Landstinget har tolkningsföreträde men så är det inte i praktiken. Informationen tappas då distriktsköterskan på vårdcentralen ska bedöma behovet av insatser hos en patient som hon inte har träffat utan bara kan läsa om i journalen”.

När patienten kom in till lasarettet eller sökte vård på vårdcentralen saknades det, både enligt landstingets samordningssköterskor och enligt medarbetare inom primärvården, många gånger relevant information om patienten samt om det var en hemsjukvårdspatient eller inte. Enligt både samordningssköterskor och medarbetare i primärvården skulle arbetet underlättas och blir mer patientsäkert om kommunerna blev producenter i NPÖ.

Sammanfattning

Framgångsfaktorer för en god och säker hemsjukvård

För att skapa en god och säker hemsjukvård krävs enligt författarna till uppsatsen ”Patientens upplevelse och värdering av kvalitet i kommunal hemsjukvård, en jämförelse före och efter kommunaliseringen” en tydlig satsning på personcentrerad omvårdnad.

Bra vårdplaneringar, arbete utifrån evidensbaserade vårdprogram samt att patienter och anhöriga är välinformerade och delaktiga i vården är viktiga faktorer för en ökad personcentrering. Det ställer krav på att organisationen, vårdpersonal, chefer och politiker arbetar för patientens bästa och mot gemensamma mål.

Deltagarna i kartläggningen nämnde även framgångsfaktorer som bra kommunikation och forum för diskussion på alla nivåer, både inom och mellan huvudmännen, styrdokument som är kommunicerade och implementerade samt regelbundna uppföljningar och utvärderingar som delges medarbetarna.

Kartläggning av hemsjukvården i Dalarna 2014

De stora skillnaderna mellan länets kommuner har försvårat möjligheten att jämföra hemsjukvården före och efter kommunaliseringen. Den jämförelse som tillåtits har dock inte visat på några större skillnader varken ur ett patient- och anhörig- eller ur ett medarbetarperspektiv.

Nedan redovisas en sammanställning hur deltagarna upplevde hemsjukvården under informationsinsamlingen utifrån en SWOT-analys (Tabell 11).

Tabell 11. Redovisning av hur deltagarna upplevde hemsjukvården under kartläggningen.

<p>Styrkor/Fungerar bra</p> <p>Patientsäkerheten och helhetsansvaret</p> <p>Vården sker i hemmet</p> <p>Tillgänglighet och kontinuitet</p> <p>Arbetsterapeuter och sjukgymnaster är delaktiga</p> <p>Läkarmedverkan är tydliggjord i avtalet</p> <p>Förbättrad samverkan och samarbete internt och externt (ex. teamträffar och samlokalisering)</p> <p>Ökad kompetens i kommunerna</p> <p>Undvika onödiga inläggningar</p> <p>Säkrare hemgångar</p> <p>Säkrare förskrivning av hjälpmedel</p> <p>Samverkansforum på alla nivåer internt och externt</p> <p>Delegeringar</p> <p>Bättre för de patienter som är inskrivna i hemsjukvården och för deras anhöriga och personal.</p>	<p>Svagheter/Fungerar mindre bra</p> <p>Stora skillnader i länet</p> <p>Definition och ansvarsgränser</p> <p>Informationsöverföring, vårdbegäran och 1177</p> <p>Personal- och kompetensbrist</p> <p>Samverkan internt och externt</p> <p>Läkarbemanningen och läkemedelsgenomgångar</p> <p>Avsaknad av vårdplaner, vårdplaneringar och teamträffar</p> <p>Ökad administration samt fler kontakter</p> <p>Läsbehörighet i varandras journal</p> <p>Tar inte tillvara på undersköterskans kunskap och erfarenhet.</p> <p>Hjälpmedel och förbrukningsmaterial</p> <p>Sämre för patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården samt för deras anhöriga och personal.</p>
<p>Möjligheter</p> <p>Tryggare och snabbare hemgång</p> <p>Undvika återinläggning</p> <p>Ökad kunskap och kompetens</p> <p>Samhällsbesparingar</p> <p>Undersköterskan kan avlasta övrig HSL-personal</p> <p>Utökad möjlighet för hemrehabilitering</p>	<p>Hot</p> <p>Brister i den egna organisationen (bl a personal- och kompetensbrist)</p> <p>Säkerställa delegeringar och läkemedelshanteringen</p> <p>Hemsjukvården smygväxer och blir gränslös</p> <p>Ökad hemsjukvård påverkar andra verksamheter</p> <p>Höga kostnader för förbrukningsmaterial</p>

Områden i behov av förändring/förbättring

Under kartläggningen framkom ett antal områden som var i behov av förändring/förbättring. Dessa områden var

- arbeta utifrån ett tydligare patientperspektiv,
- arbeta för att vården ska bli mer likvärdig i länet,
- förtydliga och kommunicera ut avtalet och andra styrdokument,
- definiera begreppen hemsjukvård, inskriven, tröskelprincip och egenvård,
- tydliggöra ansvarsgränser,
- säkerställa att alla inskrivna patienter har en aktuell vårdplan,
- arbeta med att säkerställa informationsöverföringen och minska den administrativa bördan för medarbetarna,
- inför varje överföring av vårdansvar ska vårdplanering ske,
- tydliggöra och säkerställa läkarmedverkan,
- säkerställa att alla patienter får en årlig läkemedelsgenomgång,
- möjliggöra regelbundna samverkansforum (exempelvis teamträffar),
- utnyttja undersköterskornas kompetens samt
- verka för att alla kommuner ska ha en MAR.

Förslag på indikatorer för att mäta hemsjukvård

Det är viktigt att indikatorerna upplevs lätta att mäta men samtidigt relevanta för hemsjukvården samt att i möjligaste mån använda de befintliga indikatorer och den insamling av statistik som redan görs av kommunerna på årlig basis. Det är även viktigt att mäta och utvärdera på kommunnivå då länsövergripande mätningar och uppföljningar kan bli väldigt "intetsägande" då det är så stora skillnader mellan länets 15 kommuner.

Deltagarna i det nationella nätverket för uppföljning av hemsjukvård var dock överens om att hemsjukvård måste mätas på något annat sätt än i "Öppna jämförelser". Det finns idag flera felkällor när det gäller den nationella statistiken. Dels är det bara personer som är 65 år och äldre som inkluderas och dels är det hemtjänsten som ska svara på frågorna om hemsjukvården. Hemtjänsten utför inte alltid hemsjukvården och har inte kunskap om hur den fungerar. Dessutom har inte alla personer som är inskrivna i hemsjukvården hemtjänst. Det är alltså viktigt för Socialstyrelsen (med flera) att utveckla statistiken så att det går att identifiera hemsjukvården.

När det gäller framtida uppföljningar och utvärderingar av hemsjukvården i Dalarnas län kan följande indikatorer rekommenderas (redovisas delvis i Bilaga 1)

- statistik vad gäller hemsjukvårdspatienten och hemsjukvårdsbesök
- medarbetarnas kompetens,
- informationsöverföring (team, vårdbegäran, vårdplan och delegering),
- årlig lämedelsgenomgång,
- sjukhusinläggningar,
- preventivt arbete (Senior alert och BPSD) och palliativ vård (Svenska Palliativregistret),
- rehabilitering samt
- tillgänglighet, kontinuitet, trygghet och delaktighet.

Källförteckning

Brodén, M., Sandgren, K. (2015). *Patientens upplevelse och värdering av kvalitet i kommunal hemsjukvård, en jämförelse före och efter kommunaliseringen. En enkätstudie med kvantitativ ansats*. Hämtad från:

<http://www.du.se/sv/Samverkan/Samverkansorganisationer/Social-valfard/Kommunal-vardutveckling/Informationsmaterial1/Studentuppsatser/>.

Ernst Bravell, M., Josephson, I., Hallgren, J. (2013). *Baslinjemätning och förslag till kvalitetsindikatorer i samband med huvudmannaskifte för hemsjukvården i Jönköpings län 2012/-13*. Jönköping: Landstinget och Regionförbundet i Jönköpings län.

Melkić Larsson, S., Spante, M. (2012). *Hemsjukvårdens kvalitet ur patientperspektiv. En enkätstudie med kvantitativ ansats*. Examensarbete. Högskolan Dalarna. Hämtad från:

<http://www.du.se/PageFiles/20284/Uppsats%20Inl%c3%a4mnad%202012-12-11.pdf>

Region Dalarna (2011). *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Dalarnas län. RD 2011/23*. Hämtad från:

<http://www.regiondalarna.se/wp-content/uploads/2014/03/Avtal.pdf>

Samhällsmedicin Landstinget Gävleborg och FoU Välfärd Region Gävleborg (2014). *Delrapport av kommunaliseringen av hemsjukvården i Gävleborgs län*. Hämtad från:

http://www.regiongavleborg.se/Global/Landstinget_A-O/samhallsmedicin/Aktuellt/Delrapport_utvarderingen_av_kommunaliseringen_av_hemsiukvarden.pdf

Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring – En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Wilde-Larsson, B., Larsson, G., Larsson, M., Starrin, B. (2001). *KUPP-boken: Kvalitet Ur Patientens Perspektiv* (4:e uppl.). Stockholm: Vårdförbundet.

Bilaga 1-5.

Bilaga 1. Värdegrundsområde och kvalitetsindikatorer

Indikatorer	Värdegrundsområden						
	Tillgänglighet för patienten	Tillgänglighet mellan personal	Kontinuitet	Delaktighet	Samverkan	Patientsäkerhet	Ledarskap
Hemsjukvårdsbesök (uppgift och innehåll) <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation • Statistik • Personalenkät 	X	X	X		X	X	X
Kompetens <ul style="list-style-type: none"> • Personalenkät 	X	X				X	X
Informationsöverföring (team och delegering) <ul style="list-style-type: none"> • Personalenkät • Dokumentation 	X	X	X		X	X	X
Läkemedel <ul style="list-style-type: none"> • Enkät • Öppna jämförelser 			X	X	X	X	X
Sjukhusinläggningar <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation 	X	X			X	X	
Preventivt arbete <ul style="list-style-type: none"> • Senior Alert • BPSD 	X	X		X	X	X	X
Palliativ vård <ul style="list-style-type: none"> • Svenska Palliativregistret 			X	X	X	X	X
Rehabilitering <ul style="list-style-type: none"> • Personalenkät • Patientenkät • Öppna jämförelser 	X	X	X	X	X	X	X
Delaktighet <ul style="list-style-type: none"> • Personalenkät • Dokumentation 	X	X	X		X	X	X

Bilaga 2. Underlag för insamling av verksamhetsnära statistik

Ange kommun och					
kontaktperson					
1. Hemsjukvårdspatienter	Totala antalet hemsjukvårdspatienter				
	varav kvinnor över 65 år				
	varav män över 65 år				
	varav barn (under 18 år)				
2. Hembesökspatienter	Totala antalet hembesökspatienter				
		Ssk	At	Sg	
3. Hembesök till hemsjukvårdspatienter	Totala antalet hembesök per yrkesprofession				
	varav planerade				
	varav oplanerade				
	varav kvälls- och nattbesök (17.00-08.00)				
	varav helger och röda dagar (08.00-17.00)				
4. Hembesök till hembesöksspatienter	Totala antalet hembesök vecka per yrkesprofession				
	varav planerade				
	varav oplanerade				
	varav kvälls- och nattbesök (17.00-08.00)				
	varav helger och röda dagar (08.00-17.00)				
		Ssk	At	Sg	
5. Vårdbegäran	Totala antalet vårdbegäran som inkommit				
	Antalet "fullständiga" vårdbegäran				
6. Delegeringar	Totala antalet personal som har en aktuell delegeringar				
		SSK	At	Sg	
	Antal aktuella delegeringar per yrkesprofession				
7. Årsarbetare enligt budget	Totala antalet årsarbetare inom hemsjukvården				
		SSK	At	Sg	
	Totala antalet årsarbetare per yrkesprofession				
	Antal undersköterskor anställda inom hemsjukvården				

Bilaga 3. Frågeguide till de individuella intervjuerna

Ålder

Kön

Hur länge har du/din anhöriga haft hemsjukvård?

Beskriv hur den vård och den hjälp du/dina anhöriga får fungerar.

Berätta om dina erfarenheter av den vård du/din anhöriga får.

Får du/din anhöriga den hjälp du/hen har behov av?

Får du/din anhöriga den information du/hen har behov av?

Vad fungerar bra?

Vad fungerar mindre bra?

Skulle du vilja att vården fungerar på något annat sätt?

Vad är viktigt för dig när det kommer hem vårdgivare till ditt/din anhörigas hem?

Vem/var hör du av dig till om du inte känner dig bra?

Är det något som vi inte tagit upp under intervjun som du skulle vilja berätta om?

Bilaga 4. Frågeunderlag för intervjuer med hemtjänstpersonal respektive webbenkät till HSL-personal

Bakgrundsfrågor

Är Du man eller kvinna?
Hur gammal är Du?
I vilken kommun arbetar du?

Arbetsförhållanden

Hur många år har du arbetat i Ditt nuvarande yrke?
Hur länge har du arbetat på Din nuvarande arbetsplats?
Anser Du att bemanningen på Din arbetsplats är tillräcklig för att klara arbetsuppgifterna?
Arbetade du med hemsjukvård i ordinärt boende innan kommunaliseringen i januari 2013? (Vid nej filtreras förändringsfrågorna bort)

Ansvarsgränser

Hur upplever du ansvarsgränserna mellan Vårdcentralens och Hemsjukvårdens personal?
Hur upplever du att tydligheten för dessa ansvarsgränser förändrats sedan kommunaliseringen av hemsjukvården?

Hur upplever du ansvarsgränserna mellan Hemsjukvårdens och Hemtjänstens personal?
Hur upplever du att tydligheten för dessa ansvarsgränser har förändrats sedan kommunaliseringen av hemsjukvården?

Hur upplever du definitionen av "hemsjukvårdspatient"?
Hur upplever du definitionen av en hemsjukvårdspatient idag jämfört med hur den var innan kommunaliseringen av hemsjukvården?

Vårdplanering och samarbete

Hur tycker du att informationsöverföringen mellan Hemsjukvårdens och slutenvårdens personal fungerar?

Hur tycker du att denna informationsöverföring har förändrats sedan kommunaliseringen av hemsjukvården?

Hur tycker du att informationsöverföringen mellan Hemsjukvården och Vårdcentralens personal fungerar?

Hur tycker du att denna informationsöverföring har förändrats sedan kommunaliseringen av hemsjukvården?

Hur tycker du att samarbetet mellan Hemsjukvårdens och Hemtjänstens personal fungerar?
Hur tycker du att samarbetet har förändrats sedan kommunaliseringen av hemsjukvården?

Upplever du att ni arbetar i team kring hemsjukvårdspatienten?
Vilka yrkesgrupper ingår i teamen? (flera alternativ kan väljas)
Hur tycker du att teamarbetet fungerar?
Hur upplever du att teamarbetet har förändrats sedan kommunaliseringen av hemsjukvården?
Har ni teamträffar?
Hur upplever du att antalet teamträffar har förändrats efter kommunaliseringen av hemsjukvården?

Hur upplever du att innehållet i teamträffar har förändrats efter kommunaliseringen av hemsjukvården?

Hur tycker du att arbetet med delegeringar fungerar? (exempelvis såromläggning, medicindelning/intag, träningsprogram etc.)

Hur upplever du att delegeringsarbetet har förändrats sedan kommunaliseringen av hemsjukvården?

Hur upplever du att antalet uppgifter som du delegerar har förändrats sedan kommunaliseringen av hemsjukvården?

Har patienterna som är inskrivna i hemsjukvården en aktuell vårdplan?

Har ni vårdplaneringar i hemmet tillsammans med den inskrivna hemsjukvårdspatienten?

Hur upplever du att antalet vårdplaneringar i hemmet har förändrats efter kommunaliseringen av hemsjukvården?

Hur bedömer du närvaro och engagemang från läkarnas sida för hemsjukvårdspatienterna? (Gör hembesök, deltar i vårdplanering, delaktiga på annat sätt)

Hur upplever du att närvaron och engagemanget har förändrats, efter kommunaliseringen av hemsjukvården?

Kontinuitet och tillgänglighet

Hur upplever du att antalet hembesök till hemsjukvårdspatienter har ändrats efter kommunaliseringen av hemsjukvården?

Hur upplever du att antalet hembesök till hembesökspatienter har ändrats efter kommunaliseringen av hemsjukvården?

Hur aktivt arbetar din enhet för att hemsjukvårdspatienterna i största möjliga mån får träffa samma personal? Anser du att den enhet du tillhör nu arbetar mer aktivt med detta än den enhet du tillhörde innan kommunaliseringen av hemsjukvården?

Patientsäkerhet

Hur tycker du att patientsäkerheten fungerar för hemsjukvårdspatienterna, generellt sätt?

Hur upplever du att patientsäkerheten för hemsjukvårdspatienterna förändrats sedan kommunaliseringen av hemsjukvården?

Tycker du att patientsäkerheten kan säkerställas med den tillgången till nedanstående yrkesprofessioner som finns idag?

Läkemedelsgenomgång ska göras för alla patienter minst en gång om året. För hur stor andel av samtliga patienter tror du att detta kommer ske?

Hur upplever du att denna andel har förändrats sedan kommunaliseringen av hemsjukvården?

Sammanfattning

Hur tycker du att kommunaliseringen av Hemsjukvården fungerar/har fungerat i stort?

Vad anser du är den största förändringen som skett i och med kommunaliseringen?

Har dina arbetsuppgifter inom hemsjukvården förändrats efter kommunaliseringen?

Är det något du vill tillägga rörande kommunaliseringen av Hemsjukvården?

Bilaga 5. Redovisning av statistik på kommunnivå (vecka 13/vecka 39)

	Antal Hemsjukvårds-patienter		Hembesök till hem-sjukvårds-patienter		Antal hembesöks-patienter		Antal hembesök till hembesöks-patienter		Antal inkomna vårdbegäran		Antalet personal som har en delegering	
	v.13	v.39	v.13	v.39	v.13	v.39	v.13	v.39	v.13	v.39	v.13	v.39
Avesta	51	48	144	133	80	133	73	114	24	19	116	634
Borlänge	100	87	166	133	273	281	103	76	14	20	1416	1516
Falun	90	65	270	121	280	300	194	323	14	13		
Gagnef	28	19	111	108	16	25	21	39	6	9	124	
Hedemora	54	50	138	206	346	58	78	110	13	11	250	260
Leksand	65	74	48	46	65	53	45	34	18	5	180	150
Ludvika	75	37	126	107	70	143	55	83	6	29	309	354
Malung/Sälen	74	89	46	35	17	179	8	30	4	3	114	184
Mora	51	48	81	110	149	101	108	140	1	19	271	
Orsa	20	8	22	17	11	54	17	80	5	7		
Rättvik	83	71	65	100	16	9	48	29	9	13	145	182
Smedjebacken	20	39	48	54	26	26	50	50	9	8	50	50
Säter	30	24	95	62	21	23	37	56	9	4		109
Vansbro	52	51	71	67	73	16	21	22	13	14	106	95
Älvdalen	72	3	49	8	45	46	20	53	13	0	106	

Författarna vill tacka
alla som medverkat i
utvärderingen!

Åsa Bergman Bruhn och Lena Olai

Högskolan Dalarna

Mars 2015



HÖGSKOLAN
DALARNA



HÖGSKOLAN
DALARNA

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