

Uppföljning av hemsjukvården i kommunerna i Jönköpings län

Författare och projektledare: Marie Ernsth Bravell
Legitimerad sjuksköterska och filosofie doktor i gerontologi
Universitetslektor vid Hälsohögskolan i Jönköping/
Äldrestrateg i Jönköpings kommun
Marie.Ernsth-Bravell@hhj.hj.se /
Marie.Ernsth-Bravell@ju.se (from 2015-08-01)

Sammanfattning

Inför den kommande kommunaliseringen av hemsjukvården i Jönköpings län genomfördes en bred och fördjupad baslinjemätning. År 2014 genomfördes en fördjupad uppföljning med syfte att undersöka hur vård och omsorg till de personer som är inskrivna i hemsjukvård fungerar efter kommunaliseringen av hemsjukvården i kommunerna i Region Jönköpings län. Resultaten från uppföljningen visar att hemsjukvården utför ett omfattande arbete med vård och rehabilitering i hemmet och ett arbete som är svårt att fånga med enkla indikatorer. Det bör också noteras att, även om ambitionen med uppföljningen var att göra direkta jämförelser mellan år 2012 (före skatteväxlingen) och år 2014 (efter skatteväxlingen), så visade det sig vara mycket svårt inom flera områden. Detta på grund av att de olika systemen för inhämtning av data skiljer sig väsentligt åt sedan skatteväxlingen, men också på grund av svårigheter med tolkningar och definitioner av vissa begrepp, som till exempel vem som är hemsjukvårdspatient. Sammantaget går det emellertid att urskilja vissa tydliga förändringar, såsom förbättrad samverkan mellan hemsjukvård och hemtjänst, ökad rehabilitering och aktivitetshöjande insatser, försämrad informationsöverföring och samverkan mellan hemsjukvård, vårdcentraler och slutenvård. Resultaten antyder fyra större områden med förbättringspotential: 1) Rutiner för inskrivning av hemsjukvårdspatienter; 2) Samverkan och informationsöverföring mellan hemsjukvård, vårdcentraler och slutenvård, 3) Kompetensutveckling för personal i hemsjukvården, samt 4) Patienternas delaktighet i planering av insatser av hemsjukvården. Dessa områden är också identifierade nationellt som förbättringsområden och det pågår också, nationellt och regionalt, projekt och arbete för att hitta lösningar för en bättre fungerade hemsjukvård.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1. Bakgrund	5
1.1. Hemsjukvården nationellt	5
1.2. Hemsjukvården i Region Jönköpings län	5
1.3. Grund för baslinjemätning och fördjupad uppföljning	6
1.4. Hemsjukvårdens innehåll i Jönköping	7
1.5. System som stödjer samverkan.....	8
1.5.1. IT-baserade kommunikationssystem	8
1.5.2. Nationella register	8
2. Syfte	9
3. Metod	9
3.1. Genomförande.....	10
3.1.1. Datainsamling.....	10
3.1.2. Deltagare	14
3.2. Analyser	15
3.2.1. Kvantitativa analyser	15
3.2.2. Kvalitativa analyser.....	15
4. Resultat	16
4.1. Arbetsuppgifter och innehåll i hemsjukvården	16
4.1.1. Övergripande innehåll och arbetsuppgifter	16
4.1.2. Palliativ vård	21
4.1.3. Rehabilitering	21
4.1.4. Preventiva åtgärder	22
4.1.5. Läkemedel	23
4.2. Tillgänglighet och kontinuitet	25
4.2.1. Hemsjukvårdsbesök.....	25
4.2.2. Tillgänglighet ur de intervjuades perspektiv	33
4.2.3. Kontinuitet ur intervjupersonernas perspektiv.....	34
4.3. Delegering och kompetens	35
4.3.1. Delegering	35
4.3.2. Kompetens	36
4.3.2.1. Personalens beskrivning av kompetens och erfarenhet	36
4.3.2.2. Intervjupersonernas upplevelser av personalens kunskap och kompetens	37
4.4. Samverkan	39
4.4.1. Team.....	39
4.4.2. Informationsöverföring	41
4.5. Delaktighet	47
4.5.1. Patienters delaktighet enligt register	47
4.5.2. Intervjupersonernas upplevelse av delaktighet	48
4.6. Sjukhusinläggningar	49
4.6.1. Registeruppgifter.....	49
4.7. Gränsdragningar, styrkor och svagheter	52
4.7.1. Gränsdragningar	52
4.7.2. Styrkor	54
4.7.3. Svagheter.....	55

4.7.4. Övrigt.....	58
5. Diskussion.....	59
5.1. Metoddiskussion.....	59
5.1.1. Registerutdrag från olika dokumentationssystem.....	59
5.1.2. Kvalitetsregister.....	59
5.1.3. Öppna Jämförelser.....	60
5.1.4. Enkätsvaren.....	60
5.1.5. Intervjuer.....	61
5.2. Resultatdiskussion.....	61
5.2.1. Arbetsuppgifter och innehåll i hemsjukvården.....	61
5.2.2. Tillgänglighet och kontinuitet.....	64
5.2.3. Delegering och kompetens.....	66
5.2.4. Samverkan.....	67
5.2.5. Delaktighet.....	68
5.2.6. Förbättringsområden.....	69
6. Referenser.....	72
Författarens tack.....	75
Bilaga 1.....	76
Bilaga 2.....	90

1. Bakgrund

1.1. Hemsjukvården nationellt

Regeringen har klargjort att man på frivillig väg vill få till stånd ett enhetligt kommunalt huvudmannaskap för landets hemsjukvård¹. Det innebär att de flesta kommuner nu har övertagit, eller är på väg att överta, ansvaret för hemsjukvården. Det finns emellertid inga nationella direktiv om hur hemsjukvårdens arbete och funktion bör följas upp. I dagsläget finns inga indikatorer i Öppna Jämförelser som följer hemsjukvårdens arbete. Bristen på nationella direktiv kring uppföljning föranledde förbundet av ett informellt nätverk bestående av representanter från län och kommuner i Västmanland, Dalarna, Västerbotten, Gävleborg, Stockholm och Jönköping. Till en början träffades nätverket för att diskutera uppföljning av hemsjukvården, och vilka indikatorer som vi hade gemensamt. Med tiden formaliserades nätverket och i dagsläget ingår representanter från de flesta länen i landet, och även SKL och Socialstyrelsen.

Två län i landet har sedan en tid tillbaka arbetat aktivt med att följa och utveckla verksamheten: Sörmland och Kalmar. I Sörmlands län² genomfördes skatteväxlingen den 1 januari 2010. Våren 2011 konstaterades att patienterna i hemsjukvården hade fått tillgång till hemsjukvård dygnet runt i hela länet samt att genomförandet skedde snabbt utan att några patienter utsattes för allvarlig fara. Ett närmare samarbete och tydligare stöd till omvårdnadspersonalen hade utformats i kommunernas hemtjänstgrupper och vårdcentralerna hade fått ett mer renodlat uppdrag. I Kalmar län³ skedde skatteväxlingen redan den 1 januari 2008. År 2010 gjordes en uppföljning som där personalen upplevde att skatteväxlingen möjliggjort en mer sammanhållen vård i hemmet och utvecklandet av en betydligt effektivare rehabilitering i hemmet. Personalen upplevde också en brist i att de olika huvudmännen hade olika journalsystem och att det rådde oklarheter kring rutinerna för hembesök till patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården. Det fanns också varierande synpunkter på hjälpmedelshantering/förskrivning, läkarmedverkan samt läkemedelshantering⁵. Under tiden för uppföljningen av hemsjukvården i Region Jönköpings län pågår också parallellt uppföljningar i flertalet av landets kommuner och regioner.

1.2. Hemsjukvården i Region Jönköpings län

Den 8 december 2010 nåddes en överenskommelse i Läns-LAKO (landstingets planeringsdelegation (PD) samt primärkommunala nämnden (PKN)) om att Landstinget i Jönköpings län har för avsikt att verka för en kommunalisering av länets hemsjukvård. Den 16 december 2010 beslutade PKN att åta sig att "utgöra den kommunala arenan för arbetet med att överföra hemsjukvården till kommunerna". En uppdragsbeskrivning⁴, *Sammanhållen Hemvård i Jönköpings län, att föra över hemsjukvården från Landstinget till länets kommuner togs fram 2010.*

Uppdragsbeskrivningen³ bytte namn under hösten 2011 till *Kom Hem – vård, omsorg och rehab nära dig* med en styrgrupp sammansatt av chefer för länets kommuner samt landsting, med hälso- och sjukvårdsdirektören som ordförande. Styrgruppen tog fram en avsiktsförklaring i oktober 2011 innehållande definitioner, avgränsningar samt de gemensamma ambitioner som huvudmännen ställer sig bakom. Avsiktsförklaringen godkändes av PD och PKN och därefter slöts avtal mellan landstinget och kommunerna i Jönköpings län angående överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende och efter politiska beslut lämnades skrivelsen till regeringen om godkännande om skatteväxling 2013-01-01. Skatteväxlingen genomfördes således också årsskiftet 2012/2013.

1.3. Grund för baslinjemätning och fördjupad uppföljning

Denna rapport beskriver resultaten från uppföljningen som genomförts i kommunerna i Region Jönköpings län⁵. Resultaten kommer delvis att beskrivas i jämförelse med resultatet från baslinjemätningen. I viss mån kommer också resultat från enbart 2014 att redovisas. Sammanfattningsvis visade baslinjemätningen som genomfördes 2012 att hemsjukvårdens arbete var omfattande och att det var mycket svårt att hitta enskilda indikatorer som kunde fånga innehåll och funktion i arbetet.

Samma problematik återfinns i hela landet. Kommunalisering av hemsjukvården har nu genomförts i de flesta länen i landet men långt ifrån alla har följt upp och dokumenterat effekten av kommunaliseringen.

I Jönköping genomfördes en bred och fördjupad baslinjemätning i syfte att ge en "ursprungsbild" som jämförelsegrund för en fördjupad uppföljning efter övertagandet⁵. Baslinjemätningen hade sin utgångspunkt i rapporten Hemsjukvård i förändring, en kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer från 2008⁶. Rapporten beskrev områden som bör förbättras inom hemsjukvården: tillgänglighet till läkare och sjuksköterskor; vad gör hemsjukvården egentligen och vad kostar den; delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter; samt samverkan och kommunikation mellan slutenvård och hemsjukvård. Rapporten⁶ gav också förslag på indikatorer som var tänkta att bidra till redovisning, värdering och jämförelse av hemsjukvårdens processer och resultat. De föreslagna indikatorerna ingår i följande områden: 1) planering av hälso-, sjukvårds- och socialtjänstinsatser; 2) förebyggande av undernäring, fallskador och trycksår; 3) läkemedelsanvändning/hantering; samt; 4) vård i livets slutskede.

Rapporten från baslinjemätningen (Baslinjemätning och förslag till kvalitetsindikatorer i samband med huvudmannaskifte för hemsjukvården i Jönköpings län 2012/-13)⁵ gav som förslag att en uppföljning med kvalitetsindikatorer skulle genomföras cirka ett år efter KomHem (det vill säga i

början på året 2014) samt efter tre till fem år. De indikatorer som föreslås av rapporten och av Socialstyrelsen^{1,6} är: Undvikbar slutenvård; Olämpliga läkemedel; Aktuell läkemedelsgenomgång; Hänsyn till äldres åsikter och önskemål; Riskbedömningar av fall, undernäring, trycksår; Smärtskattning sista levnadsveckan; Kompetens samt; Samverkan och samarbete.

Krav på god kvalitet och hög patientsäkerhet dygnet runt kräver god tillgänglighet till både läkare, sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal inom hemsjukvården. Tidigare undersökningar har visat att tillgänglighet skiljer sig åt i Sverige¹.

Personer som är inskrivna i hemsjukvård (fortsättningsvis benämnda patienter) får ofta insatser av flera olika yrkesgrupper och från flera olika vårdgivare. Det innebär ett stort behov av samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser. Landsting och kommuner ska till exempel ha rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information⁷. Granskningar visar emellertid att det inte är så vanligt med systematiska och fortlöpande möten för vårdplanering i hemsjukvården⁸.

En del av en funktionell hemsjukvård är delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter från legitimerad till icke legitimerad personal. Arbetsuppgifter kan även delegeras över organisatoriska verksamhetsgränser, men det förutsätter att mottagaren av delegeringen har tillåtelse att utföra arbetsuppgiften av sin arbetsledning. Socialstyrelsen⁹ reglerar förfarandet kring arbetssätt med delegeringar etc.

I kommunal hälso- och sjukvård, 18 § HSL, är det medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller sjukgymnast/arbetsterapeut (MAR) som är ytterst ansvarig för att delegeringarna går rätt tillväga⁹. Delegering är inte avsett att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl¹. Det finns emellertid inte alltid resurser till att följa riktlinjerna och för att lösa hemsjukvården rent praktiskt sker därför ofta delegeringar avseende läkemedels- hantering¹⁰.

Områdena; hemsjukvårdens innehåll och tillgänglighet; delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter och; samverkan och kommunikation utgör grund för både baslinjemätningen och uppföljningen.

1.4. Hemsjukvårdens innehåll i Jönköping

Hemsjukvården i Landstinget i Jönköpings län var omfattande och kvalificerad, och inkluderade specialiserade somatiska insatser som i andra län sköts på andra sätt, som till exempel genom lasaretsansluten hemsjukvård (LAH) och avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Vid skatteväxlingen övertog kommunerna ansvaret för hemsjukvård för alla personer, oavsett ålder och diagnos, hela dygnet; samt all

planerad hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering och habilitering på primärvårdsnivå, specialiserad somatisk vårdnivå och specialiserad psykiatrisk vårdnivå, som kan ske med bibehållen patientsäkerhet i hemmet, planerade och oplanerade hälso- och sjukvårdsinsatser till patienter inskrivna i hemsjukvård (upprättad vårdplan) samt planerade och oplanerade hembesök vid oförutsedda behov för patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården.

1.5. System som stödjer samverkan

Samverkan behöver organiseras och systematiseras för att fungera optimalt. Inom Jönköpings län pågår arbete för att befintliga IT-system ska kunna användas över huvudmannagränser utan att säkerhet och integritet riskeras. Vilka dessa IT-system är och hur de fungerar beskrivs nedan. Därefter nämns kort de särskilda, lokalt anpassade samverkansmodeller som utvecklats och etablerats i de tre länsdelarna. Slutligen beskrivs de nationellt identifierade kvalitetsregister som används för att säkra kvalitén, men som också kan identifiera specifika områden med relevans för hemsjukvård och där samverkan mellan olika instanser är viktig.

1.5.1. IT-baserade kommunikationssystem

Meddix är ett webbaserat IT-stöd för samordnad vårdplanering mellan landstingets verksamheter respektive mellan landstingets verksamheter och länets kommuner. Systemet ger en god överblick av status i enskilda vårdplaneringsärenden. Statistik, rapporter och historik är möjligt att få fram från systemet.

En annan förutsättning för god och säker vård är en väl fungerande informationshantering mellan huvudmän och olika vårdinstanser. I Region Jönköpings län används *Nationell Patient Översikt (NPÖ)* för detta ändamål. NPÖ är ett informationssystem som gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som har registrerats hos andra vårdgivare.

1.5.2. Nationella register

De nedan beskrivna nationella register har stor relevans för hemsjukvårdens uppdrag.

*Senior Alert*¹¹ är ett register där varje vårdtagare som är 65 år och äldre registreras utifrån personliga riskbedömningar av att falla, få trycksår, bli undernärd eller drabbas av ohälsa i munnen samt genomförda åtgärder. Med hjälp av Senior Alert kan det förebyggande arbetet följas tillsammans med andra vårdgivare och framförallt tillsammans med de personer som söker vård och/eller omsorg.

*Svenska palliativregistret*¹² är ett nationellt register som är till för alla som vårdar människor i livets slut. I registret beskrivs den sista veckan i livet genom att personalen som vårdat en just avliden människa besvarar ett trettiotal frågor.

Oavsett sjukdom så är detta kvalitetsregisters mål att alla som dör en av sjukvården väntad död, samt deras närstående, ska kunna känna en trygghet.

*Äldreguiden*¹³ ger möjlighet att jämföra kommuners äldreomsorg; hemtjänstverksamheter, äldreboenden och dagverksamheter och bidrar med information om verksamheterna. *Äldreguiden* innehåller också uppgifter om läkemedelsförskrivning och äldreomsorg samt en granskning av kommunernas webbplatser. *Äldreguiden* bygger på uppgifter som kommunerna och stadsdelarna själva lämnar in till Socialstyrelsen.

Öppna Jämförelser av Vård och omsorg av äldre och Hälso- och sjukvård ger möjlighet till nationella jämförelser. *Öppna jämförelser* har funnits sedan 2006. Materialet finns tillgängligt via en sökbar webbapplikation¹⁴ och via årlig rapport från Socialstyrelsen och SKL om Hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet¹⁵. Det finns emellertid svårigheter att urskilja hemsjukvård i dessa jämförelser, vilket också diskuteras nedan.

2. Syfte

Det övergripande syftet med en fördjupad uppföljning är att undersöka hur hemsjukvården fungerar efter skiftet av huvudmannaskap. Specifika frågeställningar är:

- Hur fungerar hemsjukvården för personen som erhåller hemsjukvård med fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet?
- Hur fungerar resursutnyttjande och säkerhet i arbetssätt inom hemsjukvården med fokus på innehåll, tillgänglighet, samverkan, delegering och informationsöverföring?

3. Metod

Det finns olika metoder för att studera hemsjukvård och olika perspektiv att belysa. Eftersom kunskapen om det optimala sättet att följa upp hemsjukvården är begränsad, genomfördes en baslinjemätning och en uppföljning med empirisk undersökning med olika metoder. Den första delen utgick delvis från nationella rekommendationer från Socialstyrelsen och baseras på uppgifter som finns dokumenterade i befintliga register, samt från landstingets dokumentationssystem (Cosmic) år 2012 och kommunernas egna dokumentationssystem (Magna Cura, Treserva, Pro Capita) år 2014. Den andra delen baseras på erfarenheter från de personer som är föremål för (patienter) respektive utför (personal) hemsjukvården. Data har samlats in via tre olika metoder: 1) register; 2) enkäter och; 3) intervjuer vilka kommer att beskrivas mer ingående nedan. I resultatdelen används vedertagna förkortningar för hemsjukvård (HSV), arbetsterapeut (AT),

distriktsläkare (DL), distriktssköterska (DSK), sjukgymnast (SG), sjuksköterska (SSK) och undersköterska (USK).

3.1. Genomförande

Baslinjemätningen som genomfördes under år 2012 och uppföljningen som genomfördes år 2014 bestod av:

- Utdrag från register som utgår från Socialstyrelsens föreslagna indikatorer samt ifrån landstingets och kommunernas dokumentationssystem.
- Enkäter till personal som arbetade i hemsjukvården under tiden för datainsamlingen.
- Intervjuer med personer som erhöll HSV och hemtjänst under tiden för datainsamlingarna.

På grund av olika omständigheter så samlades data från registren in vid olika tidpunkter (se tabell 1) för baslinjemätningen och för uppföljningen. Enkäter och intervjuer genomfördes emellertid vid ungefär samma tidpunkt.

Tabell 1. Tidslinje baslinjemätning 2012 (blå linjer) och uppföljning 2014 (grön linje)

	Jan	Feb	Mars	Apr	Maj	Jun	Aug	Sept	Okt	Nov	Dec
Register-utdrag	[Blå linje]							[Grön linje]	[Grön linje]	[Grön linje]	[Grön linje]
Enkäter				[Blå linje]	[Blå linje]	[Blå linje]	[Blå linje]	[Blå linje]			
Intervjuer					[Blå linje]	[Blå linje]	[Blå linje]	[Blå linje]			

3.1.1. Datainsamling

3.1.1.1. Register

I enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer hämtades en ansenlig mängd data från befintliga register. Uppgifter från följande områden hämtas i register: inläggning på sjukhus, läkemedel, planering av hälso- och sjukvårdsinsatser, preventivt arbete, vård i livets slutskede, antal hembesök relaterat till profession (för tidsperioder, se tabell 1).

Inläggning på sjukhus

Från Cosmic inhämtades uppgifter om antal patienter inskrivna i HSV och som haft ett vårdtillfälle på sjukhus vid något tillfälle under perioden januari-mars 2012. Uppgifterna inhämtades den 11 december 2012 och avser perioden januari, februari och mars år 2012. För uppföljningen redovisas siffror för januari 2013 (direkt efter skatteväxlingen) och september 2014. För åren efter skatteväxlingen var det inte möjligt att få fram samma uppgifter i Cosmic, vilket delvis berodde på svårigheter att identifiera hemsjukvårdspatienter i Cosmic, och delvis på förändrade indikatorer nationellt. Det innebär att siffrorna avseende slutenvård

bland hemsjukvårdspatienter inte är helt jämförbara, men siffrorna från 2013 och 2014 kan användas som jämförelsegrund inför framtida uppföljningar.

Läkemedel

Uppgifter hämtades från Socialstyrelsen Öppna Jämförelser: Hälso- och sjukvård¹⁴. Uppgifterna hämtades 2015-03-13, och avser situationen i riket och i kommunerna 31 december 2014 angående andelen äldre (≥ 80 år) som behandlats med:

- tio eller fler läkemedel samtidigt
- minst ett av fyra olämpliga läkemedel
- tre eller fler psykofarmaka samtidigt

Siffrorna är uppdelade kommunvis, men avser inte enbart hemsjukvårdspatienter, eftersom det alternativet inte är möjligt är välja i Öppna Jämförelser.

Planering av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser

Nedanstående uppgifter hämtades i *Äldreguiden*¹³ den 10 december 2012 samt från Socialstyrelsen Öppna Jämförelser: Vård och omsorg av äldre¹⁴. Uppgifterna hämtades den 13 mars 2015, och avser situationen i riket och i kommunerna 31 december 2014 angående andel personer 65 år och äldre som:

- var mycket nöjda med hur hemtjänstpersonalen tar hänsyn till deras åsikter och önskemål
- hade minst en aktuell genomförandeplan
- varit delaktiga vid utformandet av den aktuella planen/delaktighet i att bestämma tider för hemtjänst

Frågan om genomförandeplan fanns inte tillgänglig år 2014 och år 2011 frågades om möjlighet till delaktighet i genomförandeplanen, år 2014 frågades om möjlighet till delaktighet i att bestämma tider för hemtjänst.

Det bör noteras att siffrorna belyser situation avseende *hemtjänst* och inte *hemsjukvård*. Det gäller för både 2012 och 2014.

Preventivt arbete

Från kvalitetsregistret Senior Alert¹¹ hämtades uppgifter om listade patienter som bodde i eget boende och fanns registrerade i Senior Alert. År 2012 antogs patienter som var listade på respektive vårdcentral tillhöra den kommun som vårdcentralen tillhörde. Det är alltså inte säkerställt att dessa var inskrivna i hemsjukvården. Vid uppföljningen år 2014 har det varit svårt att fånga upp data från Senior Alert avseende just hemsjukvård. Följande variabler har hämtats:

- andel personer som vårdas i HSV och som erhållit en riskbedömning med avseende på undernäring, risk att falla samt risk för trycksår
- andel personer som erhållit någon form av åtgärd i relation till riskbedömning

- andel personer som vårdas och som har utvecklat undernäring och/eller vårdas för trycksår, och/eller vårdats för en höftfraktur orsakad av ett fall (endast för år 2012)
- andel personer som vårdas i hemsjukvård där uppföljning genomförts

Vård i livets slutskede

Från Svenska Palliativregistret¹² inhämtades uppgifter om patienter som var inskrivna i HSV i Jönköpings län fördelat på respektive kommun avseende:

- andelen personer där det genomförts ett brytpunktssamtal
- andelen personer som vårdas och som har smärtskattats med hjälp av vedertaget instrument (NRS-skalan, VAS-skalan, Abbey Pain Scale) under sista veckan i livet
- andelen närstående till personer inskrivna i hemsjukvården i Jönköpings län som har erbjudits efterlevandesamtal vid dödsfall
- andel personer vars munhälsa bedömts

Antal hembesök av olika professioner

Vid baslinjemätningen år 2012 inhämtades uppgifter från Cosmic om hur många hemsjukvårdsbesök (registrerade hembesök som klassas som HSV) som genomförts per månad fördelat på yrkesgrupp (AT, DL, DSK, SG, USK) i respektive kommun under perioden januari, februari och mars år 2012. Uppgifterna baserades på tillhörighet till vårdcentral. Vid uppföljningen år 2014 inhämtades uppgifter om *Antal inskrivna hemsjukvårdspatienter (för längre tid)* och *Antal besök i hemmet hos personer som var inskrivna i hemsjukvården*. Planerade besök var prioriterade men för vissa kommuner inhämtades också uppgifter om tillfälliga insatser och akuta besök. I de kommuner där det var möjligt inhämtades också uppgifter om vilken profession som utförde hembesöken. Uppgifterna hämtades ifrån kommunernas dokumentationssystem (Magna Cura, Treserva, Pro Capita) så långt det var möjligt, men i vissa kommuner har ”pinn-statistik” förts manuellt för att kunna fånga upp.

3.1.1.2. Enkäter

Resursanvändande och säkerhet i arbetssätt belystes genom enkäter till personal som vid tillfället för undersökningen helt eller delvis arbetade i hemsjukvården. Vid baslinjemätningen år 2012 delades enkäten ut till verksamhetschefer för vårdcentraler vid *Vårdvalsforum* den 11 april 2012 och publicerades samtidigt på KomHems webbplats.

Verksamhetscheferna informerades om uppföljningen och syftet med enkäten samt uppmanades att dela ut den till samtlig personal som var involverad i hemsjukvården i sitt verksamhetsområde. De närvarande verksamhetscheferna uppmanades att fylla i hur många enkäter de tog med sig. Totalt delades då 420 enkäter ut till 47 av 51 primvårdschefer. Fyra primärvårdschefer som inte var närvarande informerades via e-mail med enkäten bifogad i PDF-form. Deadline för

att lämna in enkäten var den 19 maj. Därefter sändes påminnelse ut via e-mail till samtliga verksamhetschefer. Av de 420 utdelade enkäter svarade 235 = 56% svarsfrekvens.

Vid uppföljningen år 2014 användes en elektronisk enkät (via Esmaker). I vissa kommuner sände man ut länken till enkäten via e-mail till samtliga medarbetare i hemsjukvården, men i några enstaka kommuner så delades länken till enkäten ut manuellt. År 2014 svarade 281 personer, vilket ger en svarsfrekvens på 58%, men det varierade mycket mellan kommunerna, där någon kommun hade 100% (!) och någon ner mot 20%. Detta måste självklart tas med i tolkningarna av resultatet.

Enkäterna från år 2012 och 2014 innehöll frågeställningar inom följande områden: läkemedelsgenomgångar; delegeringar; informationsöverföring; team/samverkan; gränsdragningar, samt kompetens. Dessa områden definierades som viktiga för uppföljning av Socialstyrelsen¹. För uppföljningen år 2014 justerades enkätfrågorna något i syfte att använda korrekta termer baserat på hur kommunerna organiserat hemsjukvården (Bilaga 1) men innehållsmässigt är frågorna samma.

3.1.1.3. Intervjuer

Deltagare identifierades och rekryterades utifrån de kriterier som fastställdes redan år 2012: tillfrågade personer skulle ha varit inskrivna i HSV och hemtjänst sedan minst sex månader. Samordnare/enhetschefer i respektive kommuner informerades per telefon om syfte och genomförande samt tillfrågades om att vara behjälpliga i urvalsprocessen. Dessa personer kontaktade sedan biståndshandläggare som i sin tur kontaktade de patienter som uppfyllde inklusionskriterierna och gav såväl muntlig som skriftlig information om studien, samt tillfrågade dem om intresse av att delta i studien. Kontaktuppgifterna till de patienter som accepterade och gav samtycke till deltagande lämnades till JH (vid baslinjemätningen) och till GK och A-CSG (vid uppföljningen) som kontaktade dem per telefon. Tid och plats för intervjuer bestämdes i samråd med respektive deltagare. Vid baslinjemätningen genomfördes 31 intervjuer fördelade i tolv av länets 13 kommuner. Vid uppföljningen genomfördes 30 intervjuer och samtliga kommuner fanns representerade. Majoriteten av intervjuerna genomfördes i patienternas bostad.

Intervjuerna genomfördes under perioden maj-september 2012 och 2014. Intervjun innehöll följande öppna frågeställningar: *Berätta om dina upplevelser av hemsjukvård* samt *Beskriv hur hemsjukvården som du får fungerar*, följda av fördjupningsfrågor (Bilaga 2). Intervjuerna varade mellan 25 - 80 minuter (median 50 minuter), spelades in på band samt transkriberades. JH, GK och A-CSG intervjuade och transkriberade inspelat material.

Etiska reflektioner

Ansökan om etiskt tillstånd ansöktes ifrån Etisk Kommitté i Linköping och erhöles mars 2012, dnr 2012/22-31. Inför uppföljningen år 2014 kontaktades Etisk kommitté i Linköping för komplettering av etiskt tillstånd för uppföljningen, vilket erhöles enligt samma dnr. Risker och nytta för enskilda deltagare avvägdes. Genomgående beaktades följande aspekter: patienternas identitet hanterades genomgående konfidentiellt både vid rekrytering och av insamlat material; deltagarna försäkrades muntligt och skriftligt om att deras svar inte skulle lämnas vidare till hemsjukvården; nyttan med intervjuerna avvägdes och befanns mycket stor för patienterna i relation till riskerna. Om hemsjukvården har ambitionen att vara så bra som möjligt är det nödvändigt att möta behov och upplevelser hos de som är föremål för hemsjukvården.

3.1.2. Deltagare

3.1.2.1. Enkät

År 2012 svarade 235 personer på enkäten, år 2014 svarade 281 personer. Demografiska data presenteras i tabell 2.

Tabell 2. Deltagare i enkätstudien år 2012 och år 2014.

	Antal personer		Antal år i HSV*		Tjänstgöringsgrad av heltid	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014
DSK	56	70	10,7	11,3	85,2	89,0
SSK	37	95	6,7	5,2	90,3	88,8
USK¹	64	16	16,9	16,4	83,7	88,7
AT	30	64	12	7,0	83,9	83,9
SG	12	36	9,8	2,8	78,4	92,4
DL²	35		12,5		76,9	

* medelvärde.

¹Vid baslinjemätningen fanns det flera USK:or anställda i HSV. Vid uppföljningen år 2014 var det i princip bara Jönköpings kommun som hade USK:or anställda i HSV, övriga kommuner hade istället integrerat HSV:s arbete med hemtjänstpersonal.

²Vid uppföljningen har inte DL tillfrågats eftersom enkäten har gått till kommunanställda som inte har några anställda läkare.

3.1.2.2. Intervjuer

För att säkerställa patienternas erfarenhet av HSV och av samverkan mellan hemtjänst och HSV tillfrågades patienter som varit inskrivna i HSV och hemtjänst sedan minst sex månader, både år 2012 och 2014. Antal intervjuer i respektive kommun varierade i relation till kommunernas befolkningsmängd, men år 2012 var det en kommun som inte lyckades rekrytera deltagare till intervjuerna. Vid rekrytering av deltagare eftersträvades variation av olika aspekter såsom till exempel medicinska hälsoproblem (somatiska, psykiatriska sjukdomar, demenssjukdom respektive palliativ vård); vård- och omsorgsbehov (från enkla

provtagningar till avancerade sjukvårdsinsatser); demografisk spridning (tätort, mindre samhällen respektive landsbygd).

År 2012 intervjuades 31 personer i åldern 66-93 år (median 84 år). Majoriteten (66%) var ensamboende. Fler kvinnor (66%) än män deltog. Tolv kommuner var representerade.

År 2014 intervjuades 30 personer och samtliga kommuner finns representerade. Medelåldern var 79 år, (median 80 år) och fler kvinnor (20 av 30 = 67%) än män deltog.

3.2. Analyser

3.2.1. Kvantitativa analyser

Svaren från enkäten har matats in och analyserats med IBM SPSS 21.0. Flera av frågorna var flervalfrågor och/eller frågor med kvantitativa uppgifter. Frågorna om huvudsakliga arbetsuppgifter i hemsjukvården och vid hembesök har analyserats kvantitativt. I ett första steg matades alla uppgifter in i databasen som enskild uppgift (till exempel *sårömläggningar*, *hjälpmedelsutprovning* etc). Eftersom en del svar var mycket övergripande, som till exempel *rehabilitering* eller *omvårdnad*, så kategoriserades också svaren om till större områden (se tabell 3) och analyserades utifrån dessa. Till allra största delen har frågor med slutna svar och/eller de frågor som kategoriserats, analyserats med deskriptiv statistik med redovisning av frekvenser och presenteras i diagram. Vissa deskriptiva statistiska beräkningar, så som oberoende t-test, ANOVA och chi-två-test har genomförts för att jämföra olika yrkesgrupper respektive olika kommuner. Liknande statistiska beräkningar har gjorts för att finna signifikanta skillnader mellan 2012 och 2014.

3.2.2. Kvalitativa analyser

3.2.2.1. Enkäter

Enkäterna innehöll flera öppna frågor. Som ett första steg kodades svaren på varje enskild öppen fråga och varje individuellt svar kunde innehålla flera koder. De svar som inte svarade på den specifika frågan exkluderas. I nästa steg grupperades koderna till subkategorier. I det tredje steget sammanfördes subkategorierna för samtliga frågor inom ett frågeområde till kategorier. I det här steget jämfördes likheter och skillnader mellan samtliga koder och subkategorier inom frågeområdet. Justeringar gjordes tills resultatet var robust, i betydelsen att varje kategori är klart urskiljbar och tydlig i förhållande till varandra.

3.2.2.2. Intervjuer

De ljudbandade intervjuerna transkriberades ordagrant. Transkriptionerna analyserades med utgångspunkt från upplevelser av HSV och hemtjänst och sorterades till följande teman: kunskap och kompetens, tillgänglighet, kontinuitet

samt delaktighet. Denna analys genomfördes av JH och samstämmighet bedömdes med IJ år 2012. Vid uppföljningen analyserades materialet av MEB.

4. Resultat

Resultatet beskrivs med utgångspunkt från baslinjemätningen och på viktiga områden för uppföljning: i) Arbetsuppgifter och innehåll i hemsjukvården; ii) Tillgänglighet och kontinuitet; iii) Delegering och kompetens; iv) Samverkan; v) Tillgänglighet; vi) Delaktighet; vii) Sjukhusinläggningar samt viii) Styrkor, svagheter och gränsdragningar.

I redovisningen av kvalitativa analyser hänvisas till respektive datakälla. Citerade uttalanden är kodade med en bokstav och en sifferkombination som kan kopplas till specifik deltagare och sida/rad i transkriptionen.

4.1. Arbetsuppgifter och innehåll i hemsjukvården

4.1.1. Övergripande innehåll och arbetsuppgifter

En av de första frågorna i enkäten till personal var: *Vilka är dina huvudsakliga arbetsuppgifter inom hemsjukvården?* Personalen har besvarat öppna frågor med fritext. Svar har sedan kategoriserats enligt tabell 3.

Tabell 3. Beskrivning av huvudsakliga arbetsuppgifter i hemsjukvården.

Kategori		Exempel på typiska arbetsuppgifter (direkta citat)
Vård/omvårdnad/ medicinsk vård	2012	<i>"Hembesök med såromläggning, läkemedelshantering, infusioner, smärtlindring, vårdplanering och medicinska bedömningar." "Hjälp med insulin- och blodsockerkontroller, subcutana injektioner, ögondroppar, medicindelning, såromläggningar och venprovtagningar." "KAD-sättningar, spolning, lavemang, olika bedömningar, injektioner, ögondroppar."</i>
	2014	<i>"Dosethantering, injektioner, provtagning, sondmat, smärtlindring, KAD." "Ge god vård/omvårdnad till personer som inte längre klarar av att ta hand om sin hälsa och där de inte kan ta sig till en vårdcentral." "Omvårdnad av patienter, medicin-administration, injektioner, skötsel av smärtpumpar, såromläggningar."</i>
Rehabilitering/ hjälp med aktivitet	2012	<i>"Träningsinstruktioner för t.ex balans och funktion." "Hjälpmedelutprovning, för patienter, anhöriga och personal." "Rådgivning till patienter, anhöriga och personal, genomgång av träningsprogram, mäta rörlighet samt funktionella tester." "Gåträning i syfte att öka säkerhet och minska rörelserädsla." "Hemrehabilitering."</i>
	2014	<i>"Träning av förflyttningar. Instruktion om självträning. Uppföljning av hemträningsprogram." "Genomgång av träning och träning i hemmet." "Balansträningar, individuella träningar, gymnastik, ADL-träning, KP." "Ge möjlighet till ett så självständigt liv som möjligt hos funktionshindrade personer. Behandlande insatser genom träning och tekniska hjälpmedel."</i>
Palliativ vård	2012	<i>"Palliativ vård."</i>
	2014	<i>"Palliativ vård." "Skötsel av palliativa patienter." "Palliativ vård hela kedjan."</i>

Hjälpmedel/ bostads- anpassning	2012	<i>"Utprovning av gånghjälpmedel." "Bedömning och hjälp med anpassning av bostaden."</i>
	2014	<i>"Bostadsanpassning, utprovning av hjälpmedel, elrullstolsutprovning samt övningskörning. Tvätta och beställa hjälpmedel." "Utprovning av tekniska hjälpmedel både i hemmet och på HMC, utredning kring bostadsanpassning." "Få vardagen att funka genom bostadsanpassningar, hjälpmedelsutprovningar, ADL-bedömningar." "Kompenserande åtgärder såsom hjälpmedelsutprovning, bedömning av behov av bostadsanpassning."</i>
Preventivt arbete	2012	<i>"Kartlägga hemmiljö i fallprevention." "Riskbedömningar med uppföljning."</i>
	2014	<i>"Bibehållande och förebyggande träning av rörelse/muskler, gång etc." "Riskbedömning med uppföljning."</i>
Administration	2012	<i>"Förskrivning av inkontinenshjälpmedel." "Senior Alert." "Beställning/förskrivning av div. förbrukningsartiklar." "Dokumentation." "Receptförskrivning."</i>
	2014	<i>"Senior Alert." "Beställa förråd." "Dokumentation."</i>
Samverkan	2012	<i>"Kontakt med andra vårdinrättningar och anhöriga." "Samverkan med hemtjänst, biståndshandläggningar, sjukhus, mm." "Vårdplanering."</i>
	2014	<i>"Träff med sitt team/SSK/rehab, HSL- och arbetsplatsmöten." "Ansvarig för hemtjänst samt USK i särskilt boende med delegering, vägledning runt patientens vård, kontakt med läkare, anhörig, sjukhuset, kontakt socialsekreterare." "Rådgivning till personal i hemtjänsten, till brukare, och deras anhöriga i hemsjukvården." "Samordning med anhöriga, hemtjänst, SSK, sjukgymnast, annan personal på särskilt boende, kontakt med HMC." "Vårdplanering." "Handledning av personal och anhöriga."</i>

Fördelningen av de arbetsuppgifter som beskrevs är sammanställda i tabell 4. Nittiosex procent (n=226) av deltagarna svarade på frågan år 2012, och 97% (273) år 2014. En del av beskrivningarna är väldigt sparsamma och endast text i fritextsvaren har kategoriserats och analyserats.

Tabell 4. Beskrivning av uppgivna arbetsuppgifter i hemsjukvården fördelat på profession, anges i % per profession¹.

Profession	Vård		Administration		Samverkan		Palliativ vård		Rehab/hjälp med aktivitet		Hjälpmedel		Preventivt arbete	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014
DSK	96	99	48	66	40	57	57	47	0	0	0	0	18	4
SSK	94	91	42	58	32	49	44	44	0	0	0	0	2	4
USK	97	100	25	50	3	6	3	11	3	6	0	0	2	
AT	27	2	17	42	12	58	3	3	64	49	76	78	8	19
SG	45	3	15	47	12	67	0	6	100	100	27	56	18	39

¹I syfte att göra siffrorna jämförbara mellan åren 2012 och 2014 anges de i procent men det ska observeras att det är mycket låga n inom vissa yrkesgrupper (ex. sjukgymnaster år 2012) vilket gör att andelen kan se anmärkningsvärt hög ut.

DSK, SSK och USK uppger att hembesök med vårdinsatser är den primära arbetsuppgiften, men vid uppföljningen (2014) anger DSK och SSK att de till stor del arbetar med administration, medan USK:orna anger det i lägre utsträckning. Det ska här också tilläggas att några personer har uppgett *registrering i Senior Alert* som en arbetsuppgift (både 2012 och 2014) men de har inte skrivit något om hur man arbetar med prevention. Ett sådant svar har då tolkats och kategoriserats som en administrativ uppgift. Andelen DSK och SSK som uppger samverkan som en del av sina arbetsuppgifter har ökat mellan åren 2012 och 2014. Noterbart är också att andelen SG som uppger prevention som en del av sina arbetsuppgifter har ökat från år 2012 till år 2014.

Överlag (beräknat på samtliga svar oavsett profession och kommun) har personalen rapporterat att de arbetar med *omvårdnad/vård/medicinsk vård* i lägre utsträckning år 2014 ($X^2=14,25$, $p<0,001$), och att de arbetar med *administration* ($\chi^2 = 38,11$, $p<0,001$), *samverkan* ($X^2=62,73$, $p<0,001$), *rehabilitering* ($X^2=12,59$, $p<0,001$), *hjälpmedel/-bostadsanpassningar* ($X^2=19,63$, $p<0,001$) i högre utsträckning. I övriga områden ses ingen statistiskt säkerställd skillnad. Det är ingen större skillnad i innehållet i de olika kategorierna. Det är något fler personer som har uppgett "Senior Alert" under *administration*, men den ökningen är inte statistiskt säkerställd. En annan skillnad är att det är fler yrkeskategorier som uppger rehabilitering eller hjälp med aktivitet som uppgift i hemsjukvården. Denna skillnad är inte heller statistiskt säkerställd men det är ju låg svarsfrekvens inom vissa yrkeskategorier vilket gör det svårt beräkna. Fördelningen av arbetsuppgifter per kommun redovisas i tabell 5.

Tabell 5. Beskrivning av uppgivna arbetsuppgifter i hemsjukvården, enligt enkäterna, fördelat på kommun. Anges i %.

	Vård		Administration		Samverkan		Palliativ vård		Rehab/hjälp med aktivitet		Hjälpmedel		Preventivt arbete	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Aneby	50 ¹	73	0 ¹	73	50 ¹	64	50 ¹	27	0 ¹	18	0 ¹	18	0 ¹	9
Eksjö	85	60	10	72	0	56	50	36	5	12	10	32	5	12
Gislaved	70	66	20	43	0	39	10	30	30	18	30	21	10	9
Gnosjö	69	40 ¹	38	60 ¹	38	20 ¹	38	0 ¹	13	40 ¹	12	40 ¹	13	0 ¹
Habo	-	50 ¹	-	58 ¹	-	63 ¹	-	12 ¹	-	38 ¹	-	0 ¹	-	38 ¹
Jönköping	76	59	32	68	16	60	24	34	10	33	5	31	0	12
Mullsjö	75 ¹	60	25 ¹	20	25	60	25	20	0	40	0	40	0	20
Nässjö	64	46	21	18	21	64	21	9	14	18	21	36	14	9
Sävsjö	88 ¹	40	13 ¹	39	12 ¹	39	25 ¹	8	38 ¹	23	38 ¹	23	0 ¹	0
Tranås	77	77	62	85	31	62	54	54	8	8	8	15	8	0
Vaggeryd	71	56 ¹	19	67 ¹	14	67 ¹	19	0 ¹	5	44 ¹	10	22 ¹	5	11 ¹
Vetlanda	81	70	31	48	12	48	12	37	0	15	0	19	18	11
Värnamo	79	53	14	24	21	33	21	10	14	33	11	27	4	13

¹n= < 10.

4.1.2. Palliativ vård

Enkätsvaren innehåller inga ingående beskrivningar av hur personalen arbetar med palliativ vård i hemsjukvården, men det var flera som uppgav att *palliativ vård* är en del av deras huvudsakliga arbetsuppgifter (år 2012: 32 DSK, 16 SSK, 2 USK, 1 AT, 11 DL; år 2014: 39 DSK, 35 SSK, 2 USK, 1 SG). Antalet personer som i enkäten uppgav att de arbetade med palliativ vård skiljer sig inte signifikant mellan åren 2012 och 2014.

Registerutdragen från Svenska Palliativregistret visar variationer i andel genomförda smärtskattningar, efterlevandesamtal, bedömning av munhälsa, samt brytpunktssamtal mellan länets kommuner (tabell 6).

Tabell 6. Utdrag från Svenska Palliativregistret avseende hemsjukvårdspatienter i länet under perioden januari-mars 2012 och september-november 2014.

	Smärtskattning Andel (%)		Efterlevandesamtal Andel (%)		Bedömd munhälsa Andel (%)		Brytpunktssamtal Andel (%)	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Aneby	25	43	80	86	50	57	67	67
Eksjö	10	50	53	92	62	58	32	62
Gislaved	17	33	78	83	43	79	30	46
Gnosjö	23	0	93	100	69	33	56	50
Habo	0	50	29	100	50	50	60	40
Jönköping	12	32	55	95	64	75	57	55
Mullsjö	0	60	67	100	13	60	33	66
Nässjö	12	42	44	79	55	52	48	52
Sävsjö	42	56	71	94	92	67	100	67
Tranås	12	50	11	93	71	68	33	49
Vaggeryd	15	89	81	89	54	78	63	62
Vetlanda	27	68	42	100	64	79	57	76
Värnamo	1	8	19	83	39	67	26	53

4.1.3. Rehabilitering

Enkäten

År 2012 var det en liten andel av personalen som uppgav rehabilitering/aktivitetshöjande åtgärder som en del av sina huvudsakliga arbetsuppgifter i hemsjukvården. År 2014 var det signifikant fler personer som i enkäten uppgav att de arbetade med rehabilitering och/eller aktivitetshöjande-/bevarande insatser (chi-två = 12,59, $p < 0,001$). Ökningen av rehabilitering och/eller aktivitetshöjande-/bevarande insatser kan också ses i antalet delegeringar avseende just den typen av insatser. År 2012 fanns inga sådana insatser delegerade.

Intervju

År 2012 var det av de intervjuade personerna som uppgav att de hade haft hembesök av sjukgymnast eller arbetsterapeut. Den rehabiliteringen som erhållits beskrevs i positiva ordalag.

"Då började han gymnasten och sa att det var konstigt att vi inte fått igång ditt knä. Han tyckte det var konstigt att de inte gjort något. Så han började på och så göra gymnastik och så. Så lite bättre blir det." (I1:2012)

År 2014 var det flera som nämnde att de hade rehabilitering, både genom att sjukgymnasten kom hem till dem, men också genom träningsprogram som utförs med hjälp av hemtjänstpersonalen:

"Ja, jag har en sjukgymnast som kommer en gång i veckan till mig för att träna min hand och ben. Ja och jag har ett schema åt hemtjänstpersonalen också." (H3: 2014)

"Nä men och vi har sjukgymnast som har hjälpt mig mycket ett tag när jag kom ifrån xx äldreboende... hon var här med mig, hjälpte igång mig så jag... så dom har haft gymnastik med mig långa tider, vem som kommer så gör dom det på morgonen... Ja, dom har något papper dom vet hur dom ska göra..." (K3:2014)

Det var också några av de intervjuade som hade fått träning och rehabilitering på sjukhuset, men där det inte riktigt kommit igång hemma, med stöd från hemsjukvården, än:

"Så det klarade sig för den träningen fick jag faktiskt på sjukhuset..." (A2: 2014)

"Nähe, träning... det hade jag ju på sjukhuset där..." (D1: 2014)

Det var några få som efterfrågade träning och rehabilitering men där det av olika anledningar inte blivit av:

"Ja, tyvärr så försvann ju xxxx, hon var ju min sjukgymnast och jag har inte ringt ännu jag har bett xxxx och säga till henne att komma så fortsätta och hjälpa mig men hon har inte kommit, så jag saknar väl det här att man blir tillsagd och får ett träningsprogram alltså som jag har i huvudet, har inte ens ett papper det och jag har bett han påminna att jag vill fortfarande ha lite hjälp med, för att inte rasa ihop så här utan med den träningen" (A1: 2014)

"Och sjukgymnast är inte lönt för det var meningen ifrån början men jag är för dålig för det... har ingen ork och sedan har jag min dotter som tränade lite på lasarettet och där var sjukgymnast också men hon tränade med mig lite dessutom och hon skulle försöka här när jag kom hem men det går inte, jag orkar inte" (F4: 2014)

Överlag är det fler positiva kommentarer om rehabilitering år 2014 jämfört med år 2012. Det stämmer överens med bilden från enkäten, där det framgår att rehabilitering och träning är en större del av hemsjukvårdens arbete år 2014 jämfört med år 2012.

4.1.4. Preventiva åtgärder

En liten andel av personalen (n=15; 6%) uppgav preventivt arbete som en huvudsaklig arbetsuppgift i hemsjukvården. Några personer uppgav registrering i Senior Alert som arbetsuppgift men beskrev inte typ av åtgärder eller preventiva insatser. I dessa fall har registrering endast kategoriserats som administrativ uppgift i sammanställningarna. Registerutdragen från Senior Alert (tabell 7) visar

att kommunerna skiljer sig åt i registrering i risk-bedömningar, genomförda åtgärder, uppföljning och förekomst av trycksår, fall eller malnutrition.

Tabell 7. Registrering i Senior Alert, avser patienter skrivna på VC i januari 2012 och i hemsjukvården år 2014.

	Riskbedömning (antal)		Åtgärd Andel (%)		Uppföljning Antal (%)		Skada (antal)	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Aneby	saknas	12	saknas	0	saknas	2	saknas	*
Eksjö	11	19	82	58	18	3	2	*
Gislaved	28	8	78	100	0	1	0	*
Gnosjö	13	saknas	40	saknas	0	saknas	11	*
Habo	10	6	10	100	0	4	0	*
Jönköping	90	232	55	51	4	69	67	*
Mullsjö	saknas	1	saknas	0	saknas	0	saknas	*
Nässjö	11	12	100	80	0	7	3	*
Sävsjö	1	58	100	87	0	8	7	*
Tranås	13	25	70	78	10	14	19	*
Vaggeryd	1	20	saknas	73	saknas	12	1	*
Vetlanda	6	35	67	75	0	14	4	*
Värnamo	22	saknas	46	saknas	0	saknas	4	*

* Uppgifter gick inte att få fram år 2014.

4.1.5. Läkemedel

Administration av läkemedel är en stor del av hemsjukvårdens arbete, både administration av redan dosdispenserat läkemedel och delning av dosetter. Det är också den uppgift som delegeras allra mest från legitimerad till icke-legitimerad personal. I enkäten efterfrågades också arbetet med läkemedelsgenomgångar.

Enligt enkäten år 2012

I enkäten ställdes bland annat frågan: *Hur många gånger har du de senaste tre månaderna varit med vid en läkemedelsgenomgång?* År 2012 uppgav ca en femtedel (22%) att de deltagit vid minst en läkemedelsgenomgång de senaste tre månaderna och de flesta av dessa var distriktsläkare (23 stycken) men också 17 DSK; 11 SSK och 2 USK. I snitt hade de deltagit vid sju genomgångar. Det var få personer (29 personer = 13%) som kunde uppge hur stor andel av deras hemsjukvårdspatienter som genomgått en läkemedelsgenomgång det senaste året. De allra flesta som svarat på frågan om funktionen av läkemedelsgångarna (n=226) menar att de är ett viktigt redskap för att säkerställa en god vård för personer med HSV. Samtidigt upplevde många att resurserna inte räckte till för att genomföra läkemedelsgångar på ett bra sätt.

Enligt enkäten år 2014

Även om det var en något högre andel som uppgav att de deltagit vid minst en läkemedelsgenomgång (76 personer = 27%) så hade de deltagit vid signifikant lägre tillfällen: en gång i snitt ($t= 2,8$, $p < 0,001$). Av de som svarat att de deltagit vid minst en läkemedelsgenomgång så var majoriteten DSK ($n=39$) och SSK ($n=33$) men även fyra AT. Även år 2014 lyfter personalen läkemedelsgenomgångar som ett viktigt och bra redskap när det fungerar. Samtidigt fanns upplevelsen att det varken finns tid eller resurser för att göra det bra, vilket gör att merparten inte tycker att läkemedelsgenomgångarna fungerar bra. Många ur personalen har uppgivit det som *"stressigt när läkaren väl kommer"* eller *"stressigt, slarvigt, för lite tid"* samt att det brister i informationsöverföringen: *"bristfällig dokumentation tillbaka till HS-funktionen från VC"*. Det är också flera personer som gör jämförelser med SäBo där de upplever att läkemedelsgenomgångarna fungerar bättre. Flera AT och SG lyfter också önskemål om att få delta och menar att bristen på deras deltagande *"belyser glappet mellan medicinering och fallprevention"*. Samtidigt framkommer det tydligt att personalen anser att det är läkarens ansvar att både initiera och genomföra läkemedelsgenomgångarna, tillsammans med HS-personalen, även om det inte alltid fungerar: *"ibland gör läkaren egna läkemedelsgenomgångar och kontaktar oss via telefon och meddelar att han/hon gjort detta via journal och utan att träffa patienten"*.

Register Öppna Jämförelser

Andelen äldre (≥ 80) med tio eller fler läkemedel var i landets befolkning **12,3 %**, 31 december **2011** och tre år senare (**2014**) **20,2%**. Variationen mellan landsting är förhållandevis stor och för Landstinget i Jönköpings län/Region Jönköpings län har siffran varit något högre för både år 2011 och för år 2014 (tabell 8). En mer intressant siffra är kanske den som handlar om olämpliga läkemedel, där Jönköpings län ligger något lägre (10,7%) jämfört med landet generellt (11,4%) år 2014.

Tabell 8. Indikatorer från Öppna Jämförelser 2012 och 2014.

Indikatornamn	Tio eller fler läkemedel		Läkemedel som bör undvikas		Tre eller fler psyko-farmaka bland äldre	
Indikatorbeskrivning	Andel (%) över 80 år som behandlas med tio eller fler läkemedel samtidigt.		Andel (%) över 80 år som behandlats med minst ett av fyra olämpliga läkemedel.		Andel (%) äldre över 80 år som behandlas med tre eller fler psyko-farmaka samtidigt.	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014
<i>Min - max</i>	4,7-22,3	18,4-28,6	7,2-21,7	7,0-12,9	1,9-10,8	5,7-12,8
Aneby	14,2	22,6	16,8	11,6	3,1	5,8
Eksjö	12,7	23,2	13,1	10,8	3,6	10,1
Gislaved	15,5	28,6	15,1	11,2	3,1	5,7
Gnosjö	12,3	20,5	15,2	7,0	2,9	8,8
Habo	14,3	26,7	15,7	7,0	7,7	12,8
Jönköping	15,2	22,8	13,5	10,4	6,6	12,0
Mullsjö	15,7	21,7	16,2	12,3	6,1	9,4
Nässjö	15,2	22,2	14,1	12,9	4,4	9,2
Sävsjö	12,4	20,5	13,6	7,4	3,2	10,5
Tranås	16,3	22	17,7	11,2	6,0	7,3
Vaggeryd	13,4	-	14,1	-	4,8	-
Vetlanda	10,8	18,4	11,7	10,1	4,5	11,4
Värnamo	15,2	21,3	17,6	10,8	3,5	7,0
Riket	13,3	20,2	12,3	11,4	5,1	10,0

4. 2. Tillgänglighet och kontinuitet

Ett sätt att bedöma *tillgänglighet* är att undersöka hur många hemsjukvårdsbesök som genomförs hos varje inskriven patient, men också att undersöka vem som genomför besöken. *Kontinuitet* kan också till viss del beskrivas genom antal besök hos varje hemsjukvårdsbesök, genom att visa på hur många olika professioner som besöker patienten, men framför allt beskrivs kontinuitet av patienternas egna upplevelser, dvs från intervjuerna.

4.2.1. Hemsjukvårdsbesök

År **2012** uppgav **USK** flest genomförda hemsjukvårdsbesök (enligt enkäten): i medeltal **47** hembesök/vecka, följt av **DSK** som i medeltal genomförde **29** hemsjukvårdsbesök/vecka, **SSK** genomförde **28**, **AT** gjorde **17**, **SG** **12** och **DL** ett hemsjukvårdsbesök/vecka. År **2012** fanns statistiskt säkerställda skillnader mellan de olika kommunerna ($F=2,14$, $P=0,043$) avseende antal hembesök. Kommuner med färre än tio svar räknades bort. Skattningen av antal hembesök stämde till stor del överens med de registerdata som samlades in från Cosmic år 2012 (tabell 9).

År **2014** uppgav fortfarande **USK** att de genomförde flest hemsjukvårdsbesök (enligt enkäten): i medeltal **25** i veckan. **DSK** uppgav att de gjorde i snitt **30** och **SSK** att de gjorde i snitt **27** hemsjukvårdsbesök i veckan. Både **AT** och **SG** uppgav att de gjorde **5** hemsjukvårdsbesök.

Även **år 2014** fanns det statistiskt säkerställda skillnader mellan kommunerna avseende antal hemsjukvårdsbesök som uppgavs i enkäten ($F=3,20$, $P=0,001$). Skattningen av antal hembesök **år 2014** stämde till viss del överens med registerdata, men det fanns vissa avvikelser (se tabell 9 och tabell 10).

Enligt skattningarna i enkäten genomför personalen i hemsjukvården signifikant färre hemsjukvårdsbesök år 2014 ($t=4,86$, $p<0,001$), vilket tycks stämma överens med siffrorna från registerutdragen, som också antyder en minskning av hemsjukvårdsbesök. Minskningen är värd att notera då hemsjukvården samtidigt har fler inskrivna hemsjukvårdspatienter år 2014. Det innebär således att varje hemsjukvårdspatient erhåller färre besök (tabell 11).

Tabell 9. Antal hemsjukvårdsbesök **per vecka enligt professionernas egna skattningar i enkäten**, fördelat på kommun och profession.

	Totalt		AT		DSK		SG		SSK		USK	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Aneby	-	22,5	-	-	-	25,0	-	-	-	27,5 ¹	-	40,0 ¹
Eksjö	42,5	29,1	1,5 ¹	9,3 ¹	53,3 ¹	49,2 ¹	42,5 ¹	6,0 ¹	48,0 ¹	33,0	-	-
Gislaved	20,9	12,0	1,0 ¹	2,71 ¹	41,8 ¹	23,9	17,0 ¹	2,6 ¹	5,0 ¹	8,2 ¹	40,0 ¹	7,33 ¹
Gnosjö	24,2		0,81 ¹	-	60,0 ¹	-	22,5 ¹	-	47,6 ¹	-	-	-
Habo	-	16,4 ¹	-	10,0 ¹	-	-	-	-	-	21,2 ¹	-	-
Jönköping	32,1	22,6	31,4	4,2	45,6	34,1	24,0	4,4	13,3 ¹	24,7	46,9 ¹	53,3 ¹
Mullsjö	36,4 ¹	50,8 ¹	1,0 ¹	-	52,5 ¹	81,7	40,0 ¹	-	-	-	-	-
Nässjö	25,4	21,0	50,0 ¹	6,0 ¹	30,0 ¹	40,0 ¹	33,3 ¹	6,0 ¹	23,5 ¹	32,5 ¹	10,0 ¹	-
Sävsjö	17,4 ¹	14,8	0,5 ¹	3,0 ¹	3,0 ¹	16,0 ¹	0,5 ¹	5,0 ¹	25,0 ¹	26,2 ¹	10,0 ¹	-
Tranås	35,5	28,2	10,0 ¹	6,33 ¹	35,0 ¹	43,2 ¹	40,0 ¹	-	46,5 ¹	29,2 ¹	-	-
Vaggeryd	33,9	12,8 ¹	0,1 ¹	6,0 ¹	51,3 ¹	22,5 ¹	20,0 ¹	-	21,7 ¹	15,0 ¹	30,0 ¹	-
Vetlanda	36,7	18,6	49,8 ¹	5,71 ¹	31,0 ¹	25,5 ¹	16,7 ¹	-	36,2 ¹	21,7	-	-
Värnamo	25,4	17,4	51,5 ¹	6,50 ¹	31,1 ¹	20,0 ¹	29,1 ¹	4,7 ¹	13,8 ¹	28,0	30,0 ¹	-
TOTALT												

¹n= < 10. Om n<2 redovisas ingen siffra utan cellen markeras med -

Tabell 10. Antal inskrivna i hemsjukvården, samt antal hemsjukvårdsbesök *enligt registerutdrag*, januari 2012 och september 2014 fördelat på kommun och profession.

Kommun	Antal i HSV		Antal hemsjukvårdsbesök/profession											
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014
			Totalt		AT		DSK		SG		SSK		USK	
Aneby	91	93	844	375	0	39	507	252	1	19	319	*	14	65
Eksjö	255	331	3465	1086	0	-	1469	-	0	-	554	-	1429	-
Gislaved	289	319	4079	1481	2	16	902	1372	4	92	308	*	2850	-
Gnosjö	76	212	1000	-	18	-	173	-	0	-	22	-	785	-
Habo	95	93	1189	269	23	13	194	251	0	5	70	*	901	-
Jönköping	1058	2417	10290	13876	186	1069	4017	12190 ¹	16	617	1171	*	4873	-
Mullsjö	49	115	889	329	3	42	118	250	0	37	90	*	677	-
Nässjö	300		2804	2752	2	464	1569	1772	5	236	870		350	280
Sävsjö	144	163	1093	958	14	42	568	871	5	43	256	*	245	2 ²
Tranås	243	332	2337	-	28	-	252	-	3		1415		634	-
Vaggeryd	147	159	1684	682	5	44	232	608	9	30	143	*	1291	-
Vetlanda	270	351	1872	2252	0	81	828	1990	2	69	757	*	282	367
Värnamo	287	381	3463	1142	0	45	1283	-	0	50	471	*	1704	379
TOTALT	3304	4758	35009	16690	281	2249	12112	9895	45	1953	6446		16035	1093

* År 2014 räknas DSK och SSK som samma profession. ¹År 2014 redovisas både DSK, SSK och USK som SSK-besök ²I Sävsjö arbetar endast USK i HSV som rehab. ass.

År 2012 stod USK för största andelen hembesök förutom i Aneby, Nässjö, Sävsjö och Vetlanda, där DSK gjorde flest hembesök (tabell 11). Dessa uppgifter stämde ganska väl överens med personalens egna skattningar av hembesök i enkäten. Enligt registerutdragen från Cosmic år 2012 gjorde DL och SG mycket få hembesök, men SG skattade desto fler besök i enkäten. År 2014 är det SSK/DSK som står för flest hembesök men det ska då noteras att det inte har gått att samla in statistik specifikt för USK:ornas hembesök i t.ex. Jönköpings kommun utan dessa ingår i det totala antalet hembesök som räknas i tabellen för SSK. I flera andra kommuner utför hemtjänstpersonal mycket av de uppgifter som USK:orna i hemsjukvården tidigare utförde. Därför kan uppgifterna vara något missvisande. Frågan om tillgänglighet till sjuksköterska och distriktssköterska bör också sättas i relation till patienternas upplevelse av vikten av kompetens. Ur intervjuerna som är genomförda med personer som erhåller HSV och hemtjänst, framgår det emellanåt (men långt ifrån alltid) en viss besvikelse över att inte få träffa distriktssköterska eller sjuksköterska i önskvärd utsträckning:

"Hör du, har ju blivit sämre nu igen bara för att nu överlåter dom ju till hemtjänsten för dom inte själva har tid..... Men om du går tillbaka till den tiden (skatteväxlingen/ff anm) så är det så att det blev sämre på en gång." (A1:2014)

Noterbart är också den signifikanta ökningen av hembesök av AT och SG. Även dessa siffror måste dock tas med en viss nypa salt, eftersom hembesöken av AT och SG inte nödvändigtvis registrerades i Cosmic år 2012. Skillnaderna i antal hemsjukvårdsbesök/patient och månad (tabell 11) mellan de enskilda kommunerna bör också relateras till organisatoriska skillnader mellan de olika kommunerna. Vid baslinjemätningen var det till exempel så att enstaka kommuner "sålde" AT- och SG-tjänster till landstingets HSV. Det gjorde att deras hembesök inte registrerades i Cosmic. Vid uppföljningen är samtliga professioner, förutom läkarna, anställda inom samma huvudman men registrering av hembesök kan ändå skilja sig.

Tabell 11. Antal hemsjukvårdsbesök januari 2012 samt september 2014 per inskriven hemsjukvårdspatient/profession och kommun.

Kommun	Antal i HSV		Antal HSV-besök/inskriven HSV-patient/månad; totalt och per profession											
	2012	2014	Totalt		AT		DSK/SSK		Läkare		SG		USK	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Aneby	91	93	9,27	4,03	0	0,42	9,07	2,71	0,03	0,06	0,01	0,20	0,15	0,70
Eksjö	255	331	13,58	3,28	0	-	1,71	-	0,05	0,10	0	-	5,60	
Gislaved	289	319	14,11	4,64	<0,01	0,05	3,37	4,30	0,04	0,10	0,01	0,29	8,90	
Gnosjö	76	212	13,18	-	0,24	-	5,12	-	0,03	0,02	0	-	10,33	
Habo	95	93	12,51	2,89	0,24	0,14	4,5	2,70	0,01	<0,01	0	0,05	9,48	
Jönköping	1058	2417	9,71	5,74	0,17	0,44	1,98	5,04	0,02	0,03	0,01	0,25	4,60	
Mullsjö	49	115	17,74	2,86	0,06	0,36	4,27	2,17	0,02	0	0	0,32	13,82	
Nässjö	300		9,3		<0,01		1,15		0,03		0,02		1,17	
Sävsjö	144	163	7,25	5,88	0,10	0,26	1,32	5,34	0,03	0,10	0,03	0,26	1,70	0,10
Tranås	243	332	9,18		0,11		1,4		0,02	0,03	0,01		2,57	
Vaggeryd	147	159	11,15	4,29	0,03	0,28	4,49	3,82	0,03	0,02	0,06	0,19	8,78	
Vetlanda	270	351	7,12	6,41	0	0,23	1,18	5,67	0,01	0,16	<0,01	0,20	1,04	1,04
Värnamo	287	381	12,13	3,00	0	0,03	1,97	0,22	0,02	0,08	0	0,11	5,94	0,99

Tabell 12. Hemsjukvårdspatienter september 2014 i förhållande till ålder, kön, befolkning och kommun.

	Antal HSV-patienter och besök				Befolkningsstatistik i länet och kommunerna			
	År 2014 – september månad ¹				2012		2014	
	Antal 65 +	Andel (%) 65 +	Andel (%) kvinnor	Andel (%) män	Antal ≥65	Andel (%) ≥65	Antal ≥65	Andel (%) ≥65
Aneby	81	95	55	45	1309	20	1 434	22
Eksjö	291	88	66	34	3805	23	4 018	24
Gislaved	261	82	54	46	5465	19	5 778	20
Gnosjö					1664	18	1 820	19
Habo					1723	19	1 923	17
Jönköping	2119	88	60	40	23524	18	25 170	19
Mullsjö					1419	20	1 613	23
Nässjö					6255	21	6 483	22
Sävsjö	137	87	60	40	2401	22	2 558	23
Tranås					4227	23	4 453	24
Vaggeryd	137	43	35	65	2495	19	2 651	20
Vetlanda					5800	22	6 149	23
Värnamo					6590	20	6 886	21
Totalt					66677	20	70 936	21

¹Endast ett fåtal kommuner kunde ta fram dessa uppgifter ur sina register.

Vid hemsjukvårdsbesöken utför de olika professionerna i olika uppgifter enligt olika rutiner. **DSK, SSK** och **USK** gör flest hemsjukvårdsbesök (både år 2012 och år 2014) och besöken omfattar till allra största delen vissa specifika omvårdnadsuppgifter och kontroller (tabell 13).

Tabell 13. Arbetsuppgifter vid hembesök enligt DSK, USK och SSK (anges i %).

Typ av arbetsuppgift	DSK		SSK		USK		Totalt	
	2012 n = 56	2014 n = 76	2012 n = 36	2014 n = 85	2012 n = 64	2014 n = 18	2012 n = 156	2014 n = 179
Sårvård	96	84	92	82	89	56	93	80
LM-hantering	93	88	82	82	92	89	91	85
Injektioner	70	52	61	59	86	78	74	58
Blodprov	38	55	32	72	69	78	50	66
Palliativ vård	45	44	36	40	5	6	33	37
Elimination	23	43	22	44	45	33	32	39
Avancerad vård	9	25	0	15	9	0	7	18
Kontroller	4	33	0	32	8	0	4	29

Några av uppgifterna bör förtydligas, till exempel när det gäller läkemedels-hantering, där DSK/SSK och USK genomför olika uppgifter. USK arbetar i högre grad med att administrera redan doserade läkemedel medan DSK/SSK arbetar främst med att dela dosetter (dosera läkemedel enligt läkarordination), dela ut APO-dos (läkemedel fördelat i påsar) samt administrering av läkemedel. År 2014 är det dessutom fler DSK/SSK som uppger dosettdelning som en typisk uppgift vid hemsjukvårdsbesök.

Avancerad vård avser uppgifter som till exempel syrgasbehandling, smärtlindring med smärtpumpar, intravenösa infusioner i CVK eller port á cath men det är också flera som uppger *palliativ vård* specifikt. Palliativ vård kan innebära både avancerade omvårdnadsuppgifter men även skattningar, bedömningar, stöd, samtal och anhörigkontakt.

Elimination handlar nästan uteslutande om sättande och/eller spolning av KAD eller byte av KAD-påsar, men det kan också handla om stomivård eller hjälp vid förstoppning. Det var en stor andel av personalen (USK/DSK/SSK) som upp gav att de tog blodprov i hemmet, därför redovisas det separat. I kontroller ingår uppgifter som blodtryckskontroll, kontroll av b-glukos (kapillärt i fingret) och saturationsmätning (med "klämma på fingret").

4.2.2. Tillgänglighet ur de intervjuades perspektiv

Att undersöka antal hemsjukvårdsbesök är ett sätt att undersöka tillgänglighet till olika professioner i hemsjukvården. En annan viktig aspekt är att undersöka hur hemsjukvårdspatienter upplever tillgänglighet till hemsjukvården. År 2012 beskrev de intervjuade personerna att det var svårt att komma i direktkontakt med hemsjukvården men att kontakten i princip skedde på två sätt: 1) larma hemtjänsten via trygghetslarmet, och de kontaktar i sin tur hemsjukvården; 2) ringa hemsjukvården, vilket upplevdes som problematiskt:

"Ja, vi trycker på den här knappen. Vi har ingen annanstans att trycka /.../.

Fungerar det inte, då vet jag inte hur det blir." (G6:2012)

"Ja, jag har fått ett nummer. Ja inte direkt, men de tar emot mitt samtal och så säger de till distriktssköterskan och så ringer hon upp kanske senare eller så." (J2: 2012)

År 2014 beskriver de intervjuade också olika strategier för att komma i kontakt med hemsjukvården, men få av dem går direkt till hemsjukvården. Oftast uppger de att de kommer i kontakt med hemsjukvården via hemtjänsten. Om det är akut så använder de sitt trygghetslarm som går till hemtjänstpersonalen:

"Då trycker jag på larmet som jag har med." (C1: 2014)

Hemtjänstpersonalen får då göra bedömningen om kontakt med hemsjukvårdspersonal behövs. De förmedlar i så fall kontakten.

Det är också vanligt att de säger till hemtjänstpersonalen när de är på plats, vilka sedan i sin tur kontaktar hemsjukvården:

"Ja det har jag ju en utav dom här undersköterskorna som liksom har ansvar för mig... jag kan säga till henne...." (B2: 2014)

De flesta av de intervjuade uppger att de har en kontaktperson, eller liknande, bland hemtjänstpersonalen, men det är ingen som uppger att de har en liknande fast vårdkontakt bland hemsjukvårdspersonalen. Det är dock flera av de intervjuade som uppger att de har ett telefonnummer någonstans, även om de inte har full koll på det, och det är oklart om de någonsin har testat att använda det:

"Nej...jag vet inte... men jag har telefonnummer har dom till xx och.. ja det står förresten på den där häftet, vad heter det, den där journalen..." (E2: 2014)

"Vi har ju sköterskenumret där som kan ringa till om det är något...."
(F4: 2014)

De flesta av de intervjuade är nöjda och upplever trygghet med sina kontakter, oavsett på vilket sätt den sker.

"Ja jag känner mig väldigt trygg måste jag säga och det blev ju ingen skillnad när de gick över heller det blev lika bra kan man säga." (H3: 2014)

4.2.3. Kontinuitet ur intervjupersonernas perspektiv

En av anledningarna till en kommunalisering av hemsjukvården var att möjliggöra en högre kontinuitet, dvs antal personer som kommer hem till personer som erhåller både hemtjänst och hemsjukvård. År 2012 beskrev intervjupersonerna kontinuiteten som positiv när möjlighet gavs att skapa personliga relationer, och negativ när frekventa personalbyten hindrade utveckling av personliga relationer. Stora personalomsättningar leder till upplevelser av bristande kontinuitet och år 2012 var det en anhörig som beskrev sin makes reaktion på personalomsättning:

"Han hade nyss kommit hem från korttidsboendet och där var det inte så många. Så kommer det tio olika. Han var trött och jag var trött på kvällen. /.../ jag förstod att han inte tyckte om det." (I2:2012)

Samtidigt fanns det förståelse över varför situationen såg ut som den gjorde:

"Man skulle ha samma personal, det är väl det. Jag menar att det finns ingen möjlighet att det skulle vara samma, det är inte det jag menar. Men om man till exempel hade fem olika, stadiga som visste vad de skulle göra. Det vore... det är viktigt för tryggheten." (H1:2012)

De personer som träffar färre antal vårdgivare beskriver sin HSV i mer positiva ordalag. Flera uttrycker en trygghet i att veta vem som kommer.

"Det är NN (=SSK) som kommer och hon lägger om det här benet på mig. Hon är så van vid det här nu så hon vet precis, vet precis hur hon ska göra." (I2:2012)

År 2014 upplevs kontinuiteten på liknande sätt men det måste noteras att det är få av de intervjuade som lyfter att det är ett problem med att det är många olika personer som kommer hem till dem. Några av de intervjuade beskriver att kontinuitet genererar trygghet, och om det är för stor personalomsättning så känner de sig otrygga:

"För det mesta men sorgligt nog väldigt många gånger otrygg när det kommer nya som jag inte känner igen, allra helst när det är dom intima bitarna och man inte vet ett dugg om den personen" (B1: 2014)

Det är emellertid få av de intervjuade som lyfter den stora personalomsättningen som det stora problemet. Det är fler som påpekar att tiden är en viktig aspekt av kontinuiteten, dvs att hemsjukvården och/eller hemtjänstpersonalen kommer på den tid som är avtalad:

"Ja jag tycker att det stämmer liksom inte för att dom säger mellan 17 och 17.30... det är ju då jag ska ha mitt insulin men dom kommer oftast inte förrän 17.30 så dom kommer en halvtimme senare än det är sagt och likadant när dom kommer den andra gången på kvällen då ska dom komma kl. 20.00... öhh...till 20.45 blir det så det kan vara väldigt så... att man väntar ... kommer inte sådär eller. (B2: 2014)

"Jag får ju ringa... i regel får jag ringa för det mesta... jag har frågat: är det meningen att jag ska ringa och påminna er jämt? men nu så säger dom ju själva som igår då var det en i sjukvården där hemsjukvården som kom och delade min medicin fastän den ska delas på torsdagar egentligen så kom dom igår" (A1: 2014)

Det är också flera av de intervjuade som lyfter vikten av att nya personer presenterar sig ordentligt när de kommer. De har förståelse för att det måste komma nya, och ibland många olika, personer till dem, men då önskar patienterna att personalen presenterar sig så att de känner sig trygga med dem:

"Ja, det viktigaste tycker jag är när dom kommer in att dom presenterar sig va, det är vem dom är och varifrån dom kommer va, för att det värsta jag vet är när folk kommer in och inte säger ett ljud och bara står där för då får jag en känsla av att .. vad är du här för? vet du och blir genast misstänksam" (L2: 2014)

"Ja då det är nya människor då måste dom ju presentera sig också man lära känna dom det är ju viktigt..." (H3: 2014)

4.3. Delegering och kompetens

4.3.1. Delegering

Uppgifterna om delegering baseras på enkätsvar. Delegering beskrivs både som en del av arbetsuppgifterna i hemsjukvården men också som en typ av samverkan och informationsöverföring, både 2012 och 2014. Genom delegeringar kan USK utföra vissa av de mer avancerade uppgifterna, som enligt formell kompetens ligger under legitimerad personals ansvar. I tabell 14 redovisas hur många delegeringar varje legitimerad har ansvar för och till vem delegeringarna är givna.

Tabell 14. Antal delegeringar (medelvärde) från legitimerad personal till icke-legitimerad.

	År 2012			År 2014		
	Till USK Hemsjukvård	Till USK ¹ Hemtjänst	Till personliga assistenter	Till USK Hemsjukvård	Till USK ¹ Hemtjänst	Till personliga assistenter
DSK	13,9	26,1	32,4	12,1	24,7	5,6
SSK	12,6	22,6	19,1	11,4	22,2	7,4
AT	0	0	0	0,5	1,5	0
SG	0	0	0	7,7	11	21,4

¹Det är inte alla som har formell undersköterskekompetens men för att erhålla delegering måste de ändå uppvisa reell kompetens, därför används begreppet USK i tabellen.

År 2012 svarade 55 DSK/SSK på frågorna om delegeringar. I snitt har DSK/SSK ansvar för delegeringar till **32 USK eller personliga assistenter**, medianen ligger på 25 vilket antyder att några få DSK/SSK ansvarar för delegeringar till många USK, som mest 70 stycken.

År 2014 svarade 179 personer på dessa frågor varav 30 var AT, 16 var SG och resten DSK (59) eller SSK (71). I snitt har **SSK** ansvar för **31 delegeringar**, **DSK** i snitt **24** och **AT** ansvarar för i snitt **0,5** och **SG** för **11** (se tabell 14). Det varierar mycket, från att ansvara för *en* delegering upp till 160 stycken. Det som skiljer sig från år 2012 är att DSK och SSK ansvarar för färre delegeringar till personliga assistenter.

Typ av uppgifter som delegerades såg ungefär likadana ut år 2012 och 2014. Samtliga delegeringar till personal i hemtjänst innehöll delegering av läkemedelsadministration av redan doserade läkemedel i dosett eller APO-dos, men ofta också administration av ögondroppar, och av insulin. Den stora skillnaden låg i delegering av rehabiliterande eller aktivitetsbevarande insatser, såsom exempelvis "gå- eller stå-träning", "träning efter specifikt program", "tipp-bräda" eller "kontrakturprofylax". Det var 30 personer som uppgav att de delegerat träning, rehab eller liknande under år 2014. År 2012 var det ingen. Det var också flera som uppgav att de delegerat användning av lift, eller behandling med TENS (Transkutan Elektrisk NervStimulering).

Mönstret för delegeringar ser alltså ungefär likadant ut år 2012 och år 2014. Det vanligaste var att delegeringarna vara generella, dvs inte knutna till specifika personer i HSV. År 2014 var till exempel 19% av delegeringarna knutna till specifika personer, och då gäller det främst specifika uppgifter som sondmatning etc.

4.3.2. Kompetens

Att arbeta inom hemsjukvården är en kravfylld uppgift där det är viktigt med både formell och reell kompetens. Det här avsnittet belyser kompetens ur olika perspektiv: aspekter som kommit fram vid analys av personalenkäter samt synpunkter som framkommit vid intervjuer av patienter.

4.3.2.1. Personalens beskrivning av kompetens och erfarenhet

År 2012 var det 117 av 235, det vill säga nästan exakt hälften av de som svarade på enkäten, som hade vidareutbildning utöver sin grundutbildning. Det i särklass vanligaste var specialistsjuksköterskekompetens, inriktning DSK (n=56) vilket innebar att 60% av sjuksköterskorna som svarat på enkäten hade distriktsköterskeutbildning. Ytterligare 18 sjuksköterskor, dvs 19% hade annan specialistutbildning, vilket innebar att nästan 80% av sjuksköterskorna hade någon typ av specialistutbildning. Det var också fyra USK, fyra AT och tre SG som uppgav vidareutbildning.

År 2014 var det ca två femtedelar (42%) av de sjuksköterskor som svarade på enkäten som hade distriktsköterskeutbildning (70 stycken) och ytterligare 23 stycken (14%) hade någon annan specialistutbildning, varav Öppen hälso- och sjukvård (5) och Psykiatri (3) var vanligast. Sammanlagt var det alltså drygt hälften (56%) av de sjuksköterskor som svarade på enkäten år 2014 som hade specialistkompetens, dvs anmärkningsvärt färre jämfört med 2012. Ingen av SG, AT och USK som svarade på enkäten år 2014 har uppgett att de har någon vidareutbildning.

När det gäller antal år som personalen har arbetat i hemsjukvården så skiljer det sig inte särskilt mycket åt mellan åren 2012 och 2014 när det gäller SSK, DSK och USK

(se tabell 2) men för AT och framför allt för SG ses en skillnad. År 2014 har dessa yrkesgrupper uppgivit lägre antal års erfarenhet av arbete i hemsjukvården.

4.3.2.2. Intervjupersonernas upplevelser av personalens kunskap och kompetens

År 2012 var intervjupersonernas generella bild av hemsjukvårdens kompetens tudelad. Flertalet upplevde att hemsjukvården utfördes av kompetent, duktig och professionell personal och de beskrev utförligt den hjälp som hemsjukvården bistod med:

"Dels så tar jag vätskedrivande tabletter, och det är klart att det hjälper väl att, ja att det rinner ur såret. Men det är de noga med att byta, kompresser då och tvättar det och ja, varannan dag. Och ibland förresten varje dag." (F1:2012)

Samtidigt som personalens kunskap och kompetens framhölls år 2012 så framkom en oro inför övergången till kommunaliserad HSV över att allt fler hemsjukvårdsuppgifter delegeras till hemtjänstpersonal:

"Jag vet inte vad jag ska säga, men ibland kan man undra om de ska delegera ännu mer till hemtjänsten eller hur det blir... då blir det ju för mycket för hemtjänsten att göra. Det är så jag menar." (I2:2012)

Det var också några av de intervjuade år 2012 som ifrågasatte personalens kunskap och kompetens:

"Jag tycker det är tokigt att de lindar in det sura under, och därför har det blivit så här, evigt rött och eländigt nu. Det tycker jag inte om, för de kan ju tänka lite själva." (A2:2012)

En annan aspekt som framkom år 2012 var att många intervjuade upplevde vårdgivarna som stressade vilket påverkade insatserna:

"Sen skulle de ha lite mera tid. De får ju alltid jäkta för att hinna. För det är ju alltid nån som ska ha hjälp efter mig och så där." (F2:2012)

År 2014 framgår det att intervjupersonerna tycker att personalens kunskap och kompetens är mycket viktig, det framkommer i princip i alla intervjuer. Det handlar inte enbart om professionell och formell kompetens, utan det handlar också om kunskap om patienterna, om deras liv och rutiner, om personalens erfarenheter och om att ha tillräckligt med tid för att utföra ett gott arbete.

Flera av de intervjuade lyfter vikten av professionell kompetens, både hos USK och SSK:

"Det är ju viktigt att tjänsten utförs det kan man säga professionellt alltså dom kan sin uppgift och då är det ju viktigt att dom läser in före dom kommer det har hänt en hel del gånger att dom frågar frun och frågar mig..... då blir det lite svårt alltså när särskilt när det gäller sjuksköterskorna så kräver det ju när det är så känsliga saker." (G2: 2014)

”...men jag ser dom söker ju folk va och får ju inte tag i va, vad det beror på sen är ju en punkt och det är ju det här att dom skulle ju ha ett absolut krav på undersköterskeutbildning för det fattas det för mycket på att där är för många utan..... och det för du ser dom som har undersköterskeutbildning dom har redan fått det där i fingrarna det rullar på, det automatiskt allt va som inte dom andra har va,” (L2: 2014)

Det är lika vanligt att intervjupersonerna lyfter vikten av att personalen i hemsjukvården har erfarenhet och kunskap om patienterna, att de känner till rutiner, vad som ska göras och att de känner till personens bakgrund, sjukdomshistoria, sociala situation mm. De intervjuade påpekar exempelvis vid ett flertal tillfällen att de inte känner sig trygga om de måste förklara insatserna för personalen:

”Det allra viktigaste det är att jag känner mig lugn och trygg att jag är trygg ihop med dom som kommer, att dom kan sitt arbete och sedan skulle jag ju så gärna vilja att dom någon gång tog fem minuter extra, kanske kunna växla några ord någon gång och inte bara jäkta i väg” (A1: 2014)

”Ja det är ju egentligen att dom är informerade innan dom kommer hit lite hur, vad dom.... alltså i praktiska sammanhang när dom behöver orientera sig och hitta....och veta vad som behövs....” (F2:2014)

”...väldigt många gånger otrygg närman inte vet ett dugg om den personen men tack och lov har det bara hänt en enda gång hittills att det kunde gått åt skogen som man säger och det var på grund av okunniga människor, så att helt trygg känner jag mig inte, tyvärr... ” (B1: 2014)

Precis som vid baslinjemätningen år 2012 så är det flera av de intervjuade år 2014 som lyfter kommunaliseringen av hemsjukvården, och hur den har påverkat kompetensen. Flera av dem lyfter det faktum att hemtjänstpersonalen nu utför uppgifter som tidigare låg hos hemsjukvården, men det är inte alla som är negativt inställda till detta. De intervjuade konstaterar mest fakta. En del lyfter dock detta som en brist och de efterfrågar fler besök av sjuksköterska eller distriktssköterska:

”Och sedan då vet du, men det för mycket jobb då att dom skulle komma och göra det här utan då la dom ju över det till på hemtjänsten, delegerade....Då var dom femton tjugo personer till som skulle sköta det där såret och så fick dom bara titta en gång när dom gjorde det så dom följde inte upp och tittade så dom kunde göra, det är inte så himla lätt och klara utav... Så jag ger inte mycket för den förändringen... (D2: 2014)

”Det har ju skett en del förändringar men inte värre än att man har klarat av det och haft dom kontakter man behöver....Som så en del saker som distriktssköterska skötte tidigare det sköter nu hemtjänsten.” (F2: 2014)

Det här med stress och tidsnöd lyfts också fram av de intervjuade. Några av dem kan dra paralleller till tiden före kommunaliseringen av hemsjukvården, och de menar att de kan se tydliga skillnader, så till vida att personalen i hemsjukvården nu efter kommunaliseringen upplevs som mer stressad:

”Det blev en märkbar skillnad för det blev mer och mer bråttom dom hade inte ens tid och om jag var ute så....ja, jag känner ju igen alla...som gick till henne här uppe också

som tyvärr är borta nu och dom hade ju inte ens tid och stanna och säga hej, jag var van från det gamla när landstinget hade det att dom kunde ta en pratstund eller som jag hade här öppet hus emellanåt vi kunde träffas och ta en stund tillsammans... det försvann.” (B2: 2014)

”Ja, jag vet inte vad jag skall säga, jag vet inte vad jag ska säga, kanske de är lite mer jäktade stackars flickor, de har ju så brått så brått, de är ju ett riv efter dom, så där är inga långa tider.” (D1: 2014)

Det var emellertid flera som bara konstaterade att de upplevde personalen som stressad, utan att dra jämförelser till skatteväxlingen. De konstaterar att de hade önskat mer tid, att det gick lite lugnare till och att tempot inte vore så högt. Precis som år 2012 finns det dock en förståelse för att personalen gjorde vad de kunde, att de var underbemannade och att kvaliteten kanske skulle kunna öka om det fanns tillräckligt med personal:

”Jäkten... de kommer försent o ursäktar sig,vi har haft det o det. Jag gnäller aldrig... dom säger att jag får ringa om det är något men jag ringer aldrig då måste det vara mycket allvarligt innan jag ringer... Nä, men det är klart jag ska inte anklaga någon för dom är underbemannade tycker jag (L1: 2014)

”...och sen var det inte liksom nog personal många olika som bedömde såret... den här sköterskan som har haft hand mycket om mina ben hon som hon kommer ju dit och hon har sagt till mig att ”ja om jag bara hade tid så skulle jag komma oftare”. Ja jag tyckte någon gång att dom kom aldrig när jag ringde, och då kom en och då sa hon att ”vi har ju tio andra med som vi måste sköta här.” (J2: 2014)

Sammanfattningsvis kan det konstateras att personerna som intervjuats upplever kompetens och kunskap som en viktig del för att de ska känna sig trygga med hemsjukvården. Det handlar inte bara om formell kompetens, där det enligt enkäten är färre med specialistutbildning år 2014, utan också om kunskap om patienterna, och om att ha tillräckligt med tid för att utföra insatserna på ett professionellt sätt.

4.4. Samverkan

Avsnittet om samverkan omfattar personalens perspektiv på team, samt mer specifikt informationsöverföring.

4.4.1. Team

I enkäten ställdes frågan om hur ofta personalen träffade andra människor i team och/eller teamträffar, i syfte att undersöka samverkan i en organiserad form. Svaren redovisas i tabell 15a och 15b, både kommunvis och uppdelat på professioner.

Tabell 15a. Kommunvis redovisning av hur ofta personalen träffar andra professioner i team och/eller teamträffar, baserat på enkäterna¹.

Kommun	Dagligen/flera gånger i veckan		Varje vecka		Varannan vecka		En gång i månaden eller mer sällan		Aldrig	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014
Aneby	0	0	0	36	0	27	50	38	0	0
Eksjö	5	36	25	16	15	32	20	8	0	8
Gislaved	10	7	20	71	0	2	40	6	10	14
Gnosjö	12	0	0	20	44	20	10	60	6	0
Habo	-	12	-	88	-	0	-	0	-	0
Jönköping	5	9	23	9	23	70	6	11	3	0
Mullsjö	5	100	25	0	15	0	5	0	0	0
Nässjö	7	18	44	18	0	42	0	18	6	0
Sävsjö	12	15	12	62	50	15	0	8	12	0
Tranås	8	0	31	77	8	0	23	23	7	0
Vaggeryd	29	22	24	78	0	0	19	0	5	0
Vetlanda	31	7	6	37	0	7	21	50	8	0
Värnamo	10	3	0	33	7	13	58	46	0	3

¹ År 2012 var det 156 personer som svarade på frågan, år 2014 svarade fler; 211. Andelen är beräknat på samtliga personer som svarat på enkäten, %-satsen uppgår därför inte alltid till 100%.

Teamträffar sker således i samtliga kommuner i länet/regionen, men år 2014 sker de med lite tätare frekvens i de flesta av kommunerna.

Tabell 15b. Hur ofta träffar du andra professioner i team och/eller teamträffar? Redovisat baserat på professioner (andel = %).

	Dagligen		Varje vecka		Varannan vecka		En gång i månaden		Sällan/aldrig	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014
DSK (%)	7	7	30	40	36	44	12	8	15	1
SSK (%)	3	12	24	33	1	20	16	19	43	6
USK (%)	2	6	8	19	9	12	14	50	67	13
AT (%)	0	13	37	35	27	28	10	22	27	1
SG (%)	17	28	25	39	25	27	16	6	17	0
DL (%)	14		20		3		0		63	

4.4.1.1. Ärenden som avhandlas vid teamträffar

År 2012 visade svaren på enkätfrågan att de ärenden som avhandlas vid teamträffar mestadels rörde sig om patientärenden, såväl nya som problematiska av något slag. De ärenden som uppgavs år 2012 var diagnosrelaterade ärenden som till exempel demens, fallrisk, nutrition, sår, astma och KOL. Det rörde sig också om processrelaterade ärenden som till exempel bedömning, åtgärd och uppföljning kring vårdprevention, multimodal rehabilitering. Den tredje typen av ärenden som togs upp var verksamhetsrelaterade ärenden som beställning av inkontinens-

hjälpmedel, samordning, gemensamma utvecklingsfrågor, fackliga frågor och interna arbetsplatsfrågor.

År 2014 handlade teamträffarna uteslutande om patientrelaterade ärenden, och då främst diagnos- och processrelaterade, likt dem som nämndes år 2012. Endast ett tiotal av de som besvarat enkäten nämner verksamhetsrelaterade ärenden, och i dessa fall handlar det främst om inkontinenshjälpmedel. Ett 15-tal har också skrivit "Senior Alert" som ett ämne för teamträffarna, men inte specificerat närmare vad det handlar om.

4.4.2. Informationsöverföring

I enkäten efterfrågades personalens upplevelser av informationsöverföring mellan olika vårdnivåer. De kvantitativa analyserna indikerar hur informationsöverföringen fungerar mellan åren 2012 och 2014. De kvalitativa analyserna ger specifika exempel på upplevelser av olika aspekter av informationsöverföringen.

4.4.2.1. Statistiska beräkningar

År 2012 skedde informationsöverföringen mellan HSV och kommunen oftast muntligt via telefon (64%), andra samtal (31%) eller via teamträffar (t.ex. KLAS) (18%). Informationsöverföring skedde också skriftligt, främst via journaler eller annan dokumentation (30%). Informationsöverföringen mellan HSV och närmaste sjukhus skedde också mestadels muntligt via telefon (62%) men också i hög grad skriftligt via Meddix (56%) och via gemensamt dokumentationssystem (Cosmic) (30%).

År 2014 sker informationsöverföringen mellan HSV och VC lite annorlunda. Det är fortfarande vanligt med telefonkontakt (71%), men några uppger också planerade träffar (planerad/utlagt läkarbesök) med läkare (5%) som en typ av muntlig informationsöverföring. Den skriftliga informationsöverföringen mellan VC och HSV sker emellertid nästan uteslutande via papper av olika slag (62%), antingen genom journalkopior som faxas (det vanligaste) eller lämnas som brev i postfack, genom blanketter av olika slag (meddelandebblankett, underlagsblankett eller liknande) eller genom mer informella "lappar". Det är flera personer som uppger att informationsöverföringen ska ske via upprättade blanketter men att detta fungerar bristfälligt (se nedan). De uppger också att journalkopior som faxas eller skickas via post ofta är sena och att informationen då är inaktuell. Det var bara ett fåtal som uppgav NPÖ som informationsöverföring mellan HSV och VC.

Informationsöverföringen mellan HSV och närmaste sjukhus fungerar oftast via Meddix (86%), ibland i kombination med fax eller skriftliga epikriskopior via post. Flertalet av de som svarat upplever också att Meddix fungerar bättre och bättre, och att det mer hänger på den mänskliga faktorn (att personal på sjukhuset missat att lägga in) när det inte fungerar. Det är inte lika vanligt med muntlig informationsöverföring mellan sjukhus och HS men 75% uppger ändå att de ibland

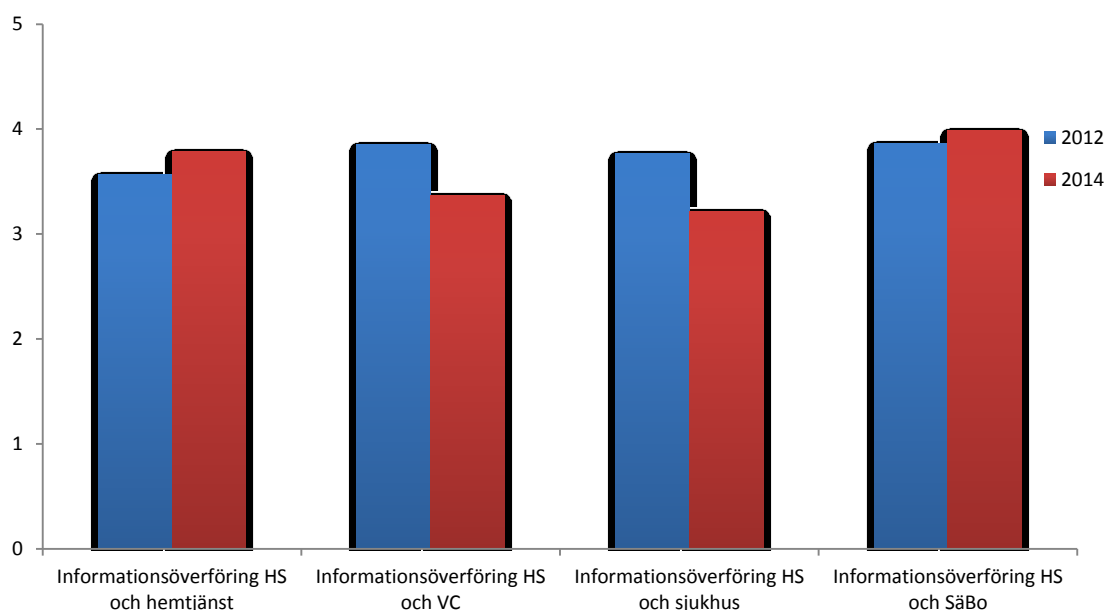
får rapport eller liknande via telefon. Det är många som skriver att det inte finns rutiner för telefonkontakt, men att informationen i Meddix ibland kan behöva kompletteras. Noterbart är att informationsöverföringen mellan sjukhus och HS har förändrats från att mestadels skett muntligt (år 2012) till att nu ske skriftligt i Meddix (år 2014). Enligt personalen så fungerar informationsöverföringen mellan HS och sjukhus sämre år 2014, se tabell 16.

Informationsöverföring mellan HSV och hemtjänst sker både muntligt och skriftligt. Den sker skriftligt genom gemensamt dokumentationssystem (33%), genom patienternas pappersjournal/pärm (6%) eller genom blanketter, som till exempel "beställning av HS-insatser och/eller signeringslistor (5%). Den mesta informationsöverföringen sker ändå muntligt, via telefon (25%) eller genom teamträffar/platskonferenser/patientkonferens mm (18%) eller både och (41%).

Tabell 16. Funktion informationsöverföring fördelat på kommunen (medelvärde; median).

Kommun	HSV och VC		HSV och slutenvård		HSV och SäBo		HSV och hemtjänst		Mellan team
	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2012	2014	2014
Aneby	4,00; 4	3,73; 3	3,30; 3	3,36; 3	4,40; 4	4,18; 4	4,50; 4	4,09; 4	4,40; 4
Eksjö	4,00; 4	3,68; 3	3,78; 4	3,04; 3	3,07; 3	3,72; 4	3,00; 3	3,68; 4	4,52; 4
Gislaved	3,57; 4	3,39; 3	3,75; 4	3,77; 4	3,80; 4	4,34; 4	3,80; 4	4,34; 4	4,27; 4
Gnosjö	4,00; 4	4,00; 4	3,89; 4	4,00; 4	3,50; 4	3,80; 4	3,46; 4	4,60; 4	4,40; 4
Habo	-	2,63; 3	-	2,88; 3	-	3,88; 4	-	4,13; 4	4,38; 4
Jönköping	4,03; 4	3,88; 3	3,76; 4	3,11; 3	3,71; 4	3,94; 4	3,71; 4	3,23; 3	3,91; 4
Mullsjö	3,67; 4	2,20; 1	3,33; 4	2,20; 2	4,00; 4	4,20; 4	4,00; 4	3,20; 3	4,40; 4
Nässjö	3,80; 4	3,09; 3	3,92; 4	2,73; 3	3,68; 4	4,15; 4	3,71; 4	4,23; 4	4,18; 4
Sävsjö	4,40; 4	3,92; 4	4,16; 4	3,62; 4	3,62; 4	4,14; 4	3,62; 4	4,23; 4	4,62; 5
Tranås	3,30; 3	2,62; 3	3,50; 3	3,31; 3	3,00; 3	3,92; 4	3,07; 3	4,08; 4	4,00; 4
Vaggeryd	3,83; 4	2,67; 3	3,57; 4	3,44; 3	3,00; 3	3,67; 4	3,10; 3	3,30; 3	4,33; 4
Vetlanda	3,80; 4	3,37; 3	3,56; 4	3,07; 3	3,82; 4	4,11; 4	3,84; 4	3,53; 4	3,96; 4
Värnamo	4,00; 4	3,13; 3	3,90; 4	3,00; 3	3,56; 4	3,73; 4	3,46; 4	3,83; 4	3,93; 4

I Figur 1 redovisas medelvärden för länets samtliga kommuner. Statistiska beräkningar visar att personalen upplever signifikant sämre funktion i informationsöverföringen mellan **HSV och vårdcentraler** ($t = 5,16, p < 0,001$) och mellan **HSV och slutenvård** ($t = 5,61, p < 0,001$) men en signifikant bättre funktion i informationsöverföringen mellan **HSV och hemtjänst** ($t = -2,52, p < 0,01$). Här ska tilläggas att det skiljer sig mellan kommunerna. I flera kommuner skattar exempelvis personalen att funktionen mellan **HSV och hemtjänst** har försämrats, dock endast signifikant i Jönköping ($t = 2,18, p < 0,05$). För år 2014 redovisas också samverkan mellan olika HSV-team inom de olika kommunerna. Som synes i tabell 16 så fungerar informationsöverföringen mellan HSV-team i samma kommun relativt bra.



Figur 1. Beskrivning av personalens upplevelse av hur informationsöverföring fungerar (Utmärkt = 5; Bra = 4; Sådär = 3; Dåligt = 2; Undermåligt = 1).

4.4.2.2. Kommentarer om informationsöverföringen

I enkäterna för år 2012 och för år 2014 fanns öppna frågor där personalen fick beskriva hur de tyckte att informationsöverföringen mellan olika enheter fungerar, samt om de hade förbättringsförslag. Personalen hade mycket synpunkter på funktion och förbättringsområden, både år 2012 och år 2014. Analysen som gjordes år 2012 mynnade ut i tre kategorier: *Informationsöverföring som system*, *Informationsöverföring som process*, samt *Organisering av informationsöverföringen*, och dessa rubriker kommer att användas nedan. Förbättringsförslagen spänner över samtliga dessa områden.

Informationsöverföring som system

År 2012 handlade den här kategorin om IT-systemen Cosmic och Meddix samt om telefon. Svaren gavs framför allt på frågan om informationsöverföring mellan HSV och sjukhus, men handlar även om andra samarbetspartners. Både Cosmic och Meddix ansågs vara bra för informationsöverföring, men systemen användes inte optimalt och det fanns förbättringspotential. Telefon som informationsöverföring nämndes av flera personer, och både positiva och negativa aspekter lyftes. Å ena sidan ansågs det smidigt med telefon, att ringa när behov uppstår, å andra sidan kunde den man sökte vara upptagen med annat, till exempel patientnära vård, och därför ha svårt att svara eller att hantera ärendet som framförs i telefon.

År 2014 beskriver personalen att det faktum att landstinget och kommunerna har olika journalsystem bidrar till stora svårigheter när det gäller informationsöverföring. På grund av de olika systemen har flera enheter, vårdcentraler och sjukhus återgått till att använda fax för informationsöverföring, vilket upplevs som

både osäkert, ineffektivt och resurskrävande. Nedanstående kommentar är ett exempel som är mycket representativt för personalens åsikter:

Ålderdomligt med fax. Osäker och ineffektiv infoöverföring. Missnöje både från hemsjukvården och primärvården med mycket fax. Under all kritik att vi inte har samma journalsystem, patientrisk både gällande info och läkemedel. Vanligt förekommande att läkare inte ringer upp vid bestämt datum och receptförnyelser som bokats blir inte gjorda.

Även år 2014 lyfts telefonkontakt som informationsöverföring fram som både positivt och negativt:

*Oftast lätt att få tag i per telefon eller fax.
Svårt att få kontakt på grund av långa telefonköer.*

Informationsöverföring som process

Kategorin handlar om användare av systemet, det vill säga mänskliga faktorer.

År 2012 spände svaren över ett brett fält, från att informationsöverföringen fungerade bra och var enkel och snabb, till att information missades, inte når fram och ibland behövde kompletteras med muntlig information. Konkreta exempel som angavs var: framförhållning, kännedom om varandras verksamheter, stopp i processen när information inte når fram eller inte förstås.

År 2014 handlar kommentarerna om informationsöverföring mycket om ansvar för patienter, men också det faktum att det är svårt att komma i kontakt med läkare.

*Alla vill kasta bollen till de andra. Vårdcentraler försöker ofta "dumpa" problem till oss.
Vissa vårdcentraler har ingen rehab personal. Svårt att komma i kontakt med läkare.*

Personalen upplever också en frustration över att behöva "jaga" information, och att rutiner inte har "satt sig". De allra flesta upplever att det behövs arbetas upp bättre rutiner för samverkan, framför allt med läkare på VC, och rutiner för informationsöverföring, som är både säkra och effektiva. En mycket vanlig kommentar handlar om att personalen i HS inte blir uppdaterade efter läkarbesök, trots att besöket ofta innebär förändrade insatser från HS, som t.ex. dosettindelning enligt ny läkemedelslista. Personalen menar att ansvaret för patienterna är gemensamt för läkarna och HS men de upplever samtidigt att de får ta ett större ansvar när de måste leta och eftersöka informationen för att kunna utföra ett gott arbete.

Får ej alltid återkoppling när hemsjukvårdspatienter har varit på vårdcentralen eller medicinjusteringar är gjorda. Mycket begränsad tillgänglighet till läkare. Svårt att få med läkare på palliativa hembesök.

Detsamma gäller när patienter kommer från sjukhuset, dvs att personalen ibland upplever att de får leta reda på information, och komplettera information i Meddix med telefonsamtal.

Vi får vara "städgummor" och ägna mycket av vår tid, att ta reda på det som inte har kommit med från sjukhuset, och försöka få fram uppgifter om vad som har hänt.

Problemen med informationsöverföringen speglade till viss del av sig i intervjuerna med personerna som erhåller HS- och hemtjänstinsatser.

Ja haha, och det har ju bara blivit sämre och sämre det är informationen jag har ju skrivet ner här, dålig information, dålig upplysning mellan distrikt och hemtjänst (A1: 2014)

Organisering av systemet

För att informationsöverföringen ska vara välfungerande behöver människorna som överför respektive tar emot informationen vara välorganiserade och väl insatta i vad informationen ska leda till.

År 2012 togs detta upp av deltagarna i enkätundersökningen genom svar som handlar om: vårdplanering; teamträffar; kontinuitet; samt arbetsledning. Teamträffarna uppfattades vara en nyckel till god organisering. De mest positiva svaren om informationsöverföringen berörde den mellan HSV och kommun, där flera svar handlade om dagliga teamträffar och god personkänedom.

"Utmärkt nu, viktig att det är enkelt, effektivt, vi känner varann och kompetenserna utnyttjas".

Andra var negativa till bristen på teamsamverkan:

"För lång tid mellan träffarna, allt för få hemtjänstpersonal".

År 2014 handlade de flesta kommentarerna avseende informationsöverföring och organisering av systemet om den nya gränsdragningen, att läkarna nu "stod på andra sidan staketet". Personalen lyfte till exempel att samarbetet egentligen fungerar bra mellan HSV och VC men att den nya organisation har skapat nya gränsdragningar som försvårar arbetet.

Samarbetet är bra, men kontakten med läkare/sjuksköterskor är inte på något sätt naturlig längre. Detta ser jag som ett hinder. Vi får inte längre någon vidareutvecklande input som vi fick på naturligt sätt på vårdcentralen. Känner mig som att jobba i ett B-lag. Känner inte att jag är delaktig i vad som händer inom olika behandlingssätt och hur man numera hanterar olika hälso- och sjukvårdsproblem. Problem med informationsöverföringen på grund av att vi inte har tillgång till Cosmic. Läkare kan inte läsa någonstans vad vi har dokumenterat efter att vi har gjort ett hembesök som är initierat av läkaren. Vi har inte heller möjlighet att se lab. svar, aktuella läkemedelslistor.

När det gäller informationssystemet Meddix så tycker personalen att det i grunden fungerar bra, även om det har förbättringspotential. Det som inte riktigt fungerar verkar vara bristande användande, som till exempel att patienter inte förs in i Meddix när de blir inlagda på sjukhus, att rutinerna för kvittering inte fungerar, eller att det saknas viss information om patienterna.

Rapporter från sjukhus kommer in i Meddix sent om det över huvud taget kommer någon vid utskrivning. Händer ofta att jag sökt info i både Meddix och NPÖ och inte hittat det jag söker och fått ringa upp vårdavdelningen och fråga på telefon.

Informationsöverföring mellan HS och hemtjänst sker oftast skriftligt genom gemensamt dokumentationssystem.

Förbättringsförslag informationsöverföring

De som besvarade enkäten gav flera förbättringsförslag, både år 2012 och år 2014. Förbättringsförslagen **år 2012** handlade bland annat om teamträffar för patientrelaterade ärenden; gemensamma utvecklingsdagar för översyn av rutiner och kompetensutveckling; gemensamma IT- och dokumentationssystem samt personalkontinuitet och kompetens.

År 2014 handlade förbättringsförslag mest om att öka kunskap om varandras arbetsområden, om att avtalstexten (avseende skatteväxlingen) skulle förtydligas, om gemensamma dokumentationssystem eller överrapporteringssystem, samt om att utveckla rutinerna för samverkan. Nedanstående kommentarer är representativa för personalens svar när det gäller förbättringsområden avseende informationsöverföring mellan HSV, VC och slutenvård.

Större samverkan med Landstinget. Kanske hitta något informationsöverföringsredskap via datorn som fungerar. Förtydligande kring hur vi jobbar i hs respektive vc.

Avtalstexten är luddig, ger utrymme för olika tolkningar, ett förtydligande skulle underlätta.

Regelbundna läkarbesök och medicingenomgångar för alla hemsjukvårdspatienter med återkoppling alt i samråd med patientansvarig sjuksköterska. Tätare kontakt mellan sjuksköterska och läkare. Samma journalsystem!!!! Kontakten bör inte vara reducerad till faxkontakt med risk för informationsmissar och fördröjda åtgärder. Gemensamma utbildningar.

Även informationen mellan HSV och hemtjänst skulle kunna förbättras genom ökad kunskap om varandras arbetssituation, rutiner och dokumentation, men också genom ökad kompetens hos hemtjänstpersonalen.

Bättre förståelse för var vi gör. Många i hemtjänsten tror vi sitter inne o väntar på att de skall ringa. Fattar inte att vi har planerade besök som vi åker på el att man jobbar själv med stort område på kvällen. Att de kan vara bättre nåbara på sina jobbmobil, ibland använder de sina privata mobiler o dom numren har inte vi.

Hemtjänstgrupperna behöver bli mer insatta i att rehabilitering är av stor vikt. De skulle också behöva använda Magna Cura mer flitigt för att vi ska kunna få till rutiner för att föra över information där. Då gäller det dock att personalen använder sig av det.

Personalen upplever överlag att teamträffarna fungerar bra men det är flera personer som tycker att fler av hemtjänstpersonalen skulle medverka, samt att de skulle vara mer förberedda inför träffarna.

Alla bör vara med. Förbereda mötet med vilka ärenden som ska lyftas.

Områdeschefer måste vara med då det ofta kommer upp frågor om arbetsmiljö.

För bättre samarbete skulle flera hemtjänstpersonal vara delaktig på teamträffarna. Enhetscheferna måste ta ett större ansvar när det gäller grundläggande utbildningar för personalen. Viktigt med utbildning ang bemötande samt omvårdnad -palliativ vård som kan vara riktigt bristfällig ibland.

För en bättre samverkan lyfts också ledarskapets och lokalernas roll av flera av personalen. Det är flera som menar att samverkan måste börja på chefsnivå, och att det skapas resurser och utrymme, t.ex. med luft i schemat, som möjliggör en bättre samverkan, och en säkrare informationsöverföring.

Bättre organisation och ledarskap krävs, jag har gärna mer samarbeten men då ska det vara samarbete kring våra gemensamma mål för att vårddagarna ska må så bra som möjligt ...

Det hade varit bättre om vi hade varit placerade tillsammans. Mer samarbete med hemtjänstens chef.

Även om informationsöverföring och samverkan mellan HSV och hemtjänst år 2014 skattas som ganska bra så finns det alltså flera förslag till förbättring, och frågan om kompetens och bättre kunskap konfirmeras i patienternas intervjuer. Det som främst upplevs som ett problem är emellertid informationsöverföringen mellan HSV och VC och slutenvård.

4.5. Delaktighet

Uppgifter om delaktighet baseras dels på redovisning av registerutdrag från Öppna Jämförelser och Äldreguiden, och dels på intervjuer med patienter.

4.5.1. Patienters delaktighet enligt register

Statistik från Öppna Jämförelser och Äldreguiden avseende genomförandeplan och delaktighet redovisas i tabell 17.

Tabell 17. Delaktighet och hänsyn till äldres åsikter och önskemål enligt Öppna jämförelser, avser situationen 1 oktober 2011 och 2014.

Kommun	Hänsyn till äldres åsikter och önskemål		Aktuell genomförandeplan ¹		Delaktighet ²	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014
Aneby	64	82	36	-	36	55
Eksjö	68	88	91	-	91	52
Gislaved	77	90	89	-	89	64
Gnosjö	81	93	86	-	86	67
Habo	64	83	57	-	0	60
Jönköping	61	92	90	-	88	69
Mullsjö	62	87	34	-	34	63
Nässjö	63	85	64	-	56	51
Sävsjö	59	87	100	-	100	61
Tranås	63	88	76	-	74	59
Vaggeryd	69	85	47	-	33	54
Vetlanda	69	90	72	-	67	62
Värnamo	65	82	77	-	76	54
Jönköpings län	67	89	79	-	76	62
Sverige	63	87	74	-	71	61

¹ Frågan om genomförandeplan fanns inte tillgänglig år 2014. ² År 2011 frågades om möjlighet till delaktighet i genomförandeplanen, år 2014 frågades om möjlighet till delaktighet i att bestämma tider för hemtjänst.

Det bör noteras att siffrorna belyser situation avseende hemtjänst, och inte hemsjukvården. Siffrorna kan dock användas i en uppföljning som jämförelsegrund.

4.5.2. Intervjupersonernas upplevelse av delaktighet

År 2012 visade det sig att de äldre personerna som intervjuades önskade större inflytande i behandlingar som utförs genom att få gehör för egna åsikter. De var också i behov av bättre informationsöverföring gällande förändringar i vården och de efterfrågade högre tillgänglighet i form av att veta vem och var man vänder sig till vid frågor om sin HSV.

År 2014 var det ingen av de intervjuade som uppgav att de varit delaktiga i planeringen av sin hemsjukvård. Ett mycket vanligt svar på frågan var:

*Nej, egentligen inte utan det har dom skött själva (A2: 2014), eller
Nej, den har bara kommit (D1: 2014)*

Samtidigt var det flera av de intervjuade som efterfrågade ett större inflytande:

*Nej, nej, nej, jag hade velat göra det men det har jag inte fått göra.... det är ju ändå mitt liv det handlar om liksom jag, detta här är inte nåt liv som någon vill ha egentligen. (B1: 2014)
... känner ofta att jag inte har någon talan alls, och många förändringar som jag får veta först igenom hemtjänsten jag alltså är totalt överkörd bara och jag vill ju gärna vara, jag är väldigt aktiv (A1: 2014)*

Eftersom personerna som intervjuades också hade hemtjänst, så framgick det att flera av de intervjuade hade varit involverade i planeringen av sina insatser från hemtjänsten. Majoriteten av dessa hade då varit delaktiga i form av vårdplanering på sjukhus efter en längre sjukhusvistelse.

Ja tillsammans med min dotter och... vårdplanering på lasarettet (F2: 2014)

När det gäller just hemtjänsten så tycker också flera av de intervjuade att de har goda möjligheter att påverka tiderna för deras besök:

Ja det kan jag, och blir jag bortbjuden och så behöver jag hjälp med påklädning o så och då brukar de ställa upp flickorna. (F1: 2014)

Det kan ju sättas i relation till statistiken från Öppna Jämförelser som visar att 62% av personer med hemtjänst har möjlighet att påverka tiderna för hemtjänst.

När det gäller besöken av hemsjukvården så är de intervjuade mer osäkra och det framkommer att de intervjuade önskade en högre tillgänglighet till hemsjukvården med mer information om dessa besök. Det är flera som uttrycker att de inte alltid riktigt vet om sjuksköterskan kommer vid den tid som det är planerat:

Nej inte vad jag vet där inte.... jag tycker det är så mycket annat jag skulle ha sjuksköterska ska komma idag men jag vet inte... (E1: 2014)

4.6. Sjukhusinläggningar

Uppgifter om inläggning på sjukhus baseras på antal hemsjukvårdspatienter som under månaderna januari, februari och mars 2012, samt under januari 2013 och september 2014 har haft en vårdkontakt (varit inskrivna i slutenvården).

4.6.1. Registeruppgifter

Antal patienter som under månaderna januari, februari och mars, 2012, har varit inskrivna i slutenvården redovisas i tabell 18a. Antal patienter som under månaderna januari, 2013 samt september, 2014, har varit inskrivna i slutenvården redovisas i tabell 18b.

Tabell 18a. Patienter som har skrivits in i slutenvård under samma månad som de haft en hemsjukvårdskontakt samt totalt antal vårdtillfällen (VTF).

	Antal inskrivna HSV Jan	Antal HSV-pat. i slutenvård Jan	Andel (%) HSV-pat. i slutenvård	Summa VTF Jan	Antal inskrivna HSV Feb	Antal HSV- pat. i slutenvård Feb	Andel (%) HSV-pat. i slutenvård	Summa VTF Feb	Antal inskrivna HSV Mars	Antal HSV- pat. i slutenvård Mars	Andel (%) HSV-pat. i slutenvård	Summa VTF Mars
Aneby	91	11	12	14	84	3	3	3	85	9	11	13
Eksjö	255	22	9	26	258	31	12	34	263	16	6	21
Gislaved	289	27	9	36	302	26	9	36	288	34	12	46
Gnosjö	76	8	10	8	74	6	8	10	83	5	6	6
Habo	95	9	9	10	111	15	13	28	106	14	13	19
Jönköping	1058	106	10	137	1034	121	12	163	1024	112	11	146
Mullsjö	49	5	10	5	44	6	14	6	47	2	4	2
Nässjö	300	36	12	53	318	34	11	42	315	39	12	49
Sävsjö	144	19	13	24	144	13	9	15	139	8	6	8
Tranås	243	27	11	37	237	27	11	38	235	25	11	31
Vaggeryd	147	15	10	17	147	12	8	13	145	5	3	5
Vetlanda	270	20	7	22	266	24	9	27	266	27	10	30
Värnamo	287	33	11	42	275	29	10	32	292	33	11	44

Tabell 18b. Patienter (≥ 65 år) som har skrivits in i slutenvård i Jönköpings län januari 2013 samt september 2014¹

Kommun	År och månad	Antal vårdtillfällen	Antal akuta återinskrivningar	Andel akut återinskrivna	Antal undvikbara vårdtillfällen	Antal vårdtillfällen	Indikator
Aneby	jan-13	58	11	19	6	110	0,055
Aneby	sep-14	47	8	17	12	97	0,124
Eksjö	jan-13	141	21	14,9	20	147	0,136
Eksjö	sep-14	128	23	18	29	170	0,171
Gislaved	jan-13	207	29	14	34	207	0,164
Gislaved	sep-14	216	36	16,7	32	186	0,172
Gnosjö	jan-13	73	2	2,7	11	72	0,153
Gnosjö	sep-14	68	13	19,1	7	47	0,149
Habo	jan-13	65	16	24,6	8	54	0,148
Habo	sep-14	48	6	12,5	5	50	0,1
Jönköping	jan-13	912	122	13,4	117	940	0,124
Jönköping	sep-14	793	108	13,6	109	763	0,143
Mullsjö	jan-13	62	5	8,1	3	56	0,054
Mullsjö	sep-14	48	8	16,7	6	41	0,146
Nässjö	jan-13	226	29	12,8	35	229	0,153
Nässjö	sep-14	246	42	17,1	39	226	0,173
Sävsjö	jan-13	81	12	14,8	10	81	0,123
Sävsjö	sep-14	71	6	8,5	14	70	0,2
Tranås	jan-13	123	11	8,9	9	123	0,073
Tranås	sep-14	129	13	10,1	20	126	0,159
Vaggeryd	jan-13	115	12	10,4	6	110	0,055
Vaggeryd	sep-14	74	9	12,2	12	97	0,124
Vetlanda	jan-13	222	40	18	33	232	0,142
Vetlanda	sep-14	204	26	12,7	25	178	0,14
Värnamo	jan-13	269	32	11,9	38	268	0,142
Värnamo	sep-14	252	34	13,5	44	258	0,171

¹Det var inte möjligt att få fram samma statistisk som år 2012.

4.7. Gränsdragningar, styrkor och svagheter

Enkäten till personalen inom hemsjukvården omfattar följande fem öppna frågor om gränsdragningar, styrkor, svagheter och områden för uppföljning:

1. Vilka gränsdragningar finns mellan professioner?
2. Vilka gränsdragningar finns mellan huvudmännen?
3. Vilka styrkor tycker du att hemsjukvården har så som den ser ut idag?
4. Vilka svagheter tycker du att hemsjukvården har så som den ser ut idag?
5. Vilka områden anser du är viktiga för uppföljning?

I detta avsnitt presenteras det sammantagna resultat för den totala gruppen svarande, både år 2012 och 2014.

4.7.1. Gränsdragningar

Svaren på de två frågorna om gränsdragningar flyter samman och kombinerades med kommentarer om gränsdragningar av arbetsuppgifter.

År 2012 hänvisade de påtalade gränsdragningarna till befintliga uppdelningar av vad respektive profession verksamt hos respektive huvudman ska och får göra. Framför allt var det arbetsterapeuter, distriktssköterskor och undersköterskor som beskrev dessa uppdelningar. Flera undersköterskor upplever dubbelarbete och att distriktssköterskor gjorde uppgifter som undersköterskorna anser att de kunde göra. Svaren varierade från att allt fungerade väl mellan personer av olika professioner:

"Ingen, eftersom vi är en grupp med fem personer så alla gör allt"

till osämja som tycktes vara relaterad till huvudmannaskap:

"Ett evigt bråk om vem som ska göra vad"

Variationen mellan svaren antydde varierande kunskap om, och förståelse för, befintliga gränsdragningar. År 2012 fanns det en också stor variation i funktionen mellan olika hemtjänstgrupper och olika vårdcentraler.

Olika på olika vårdcentraler hur flexibel man är

Inga problem på denna arbetsplats, vilket dock fanns i NN.

Den vanligaste gränsdragningen mellan professioner år 2014 tycks vara den mellan SoL och HSL, det vill säga mellan hemtjänst/biståndsbedömare och hemsjukvårdens personal. Det handlar främst om vilken yrkeskategori som har företrädesrätt när det gäller bedömning av behov. En majoritet av svaren handlar om detta:

Bistånds handläggare upplever jag tar på sig att göra medicinska bedömningar som de inte har kompetens att göra, händer att vi få reda på att VPL varit på palliativa patienter och SSK ej informerats. Uppstår tråkiga situationer när patienter skrivs ut till egna hemmet eftersom biståndsbedömare

anser att det ska fungera, vilket det i några fall ej gjort, när man sedan försöker påtala detta vill de inte att man som ssk ska lägga sig i vad som beslutas kring patients boende.

Biståndshandläggarna är pressade att hålla budget känns det som. Vårdtagare ska vårdas i hemmet så länge det går. Även om man som SSK från sjukhuset samt kommun ser att det inte kommer att gå. Vårdtagaren är för sjuk. SSK ska inte åka till vårdtagare som inte är hemsjukvårdspatienter. Förr på landstingets regi åkte man som DSK och gjorde en bedömning av vårdtagaren. Nu skickas allt in, både de som behöver och de som skulle kunna vårdas hemma.

En ytterligare svårighet med gränsdragningen mellan HSL (hälso- och sjukvård) och SoL (socialtjänst) är arbetsordningen, dvs att SSK, AT och SG inte har något personalansvar, och att de ibland upplever svårigheter att delegera eller överlämna uppgifter till hemtjänstpersonalen på grund av detta.

Känns som om det är lite gränsdragning mellan hemsjukvård och hemtjänst, tidigare lättare att få personal att utföra vissa uppgifter. Idag krävs att papper skrivs och det kan ta flera dagar innan de är påskrivna och det kan träda i kraft.

De ovan beskrivna gränsdragningarna mellan professionerna upplevs inte bara handla om olika synsätt mellan professioner utan det är flera som upplever att kommunerna inte är förberedda på att ta hand om sjukvård, på samma sätt som sociala frågor. En mycket vanlig kommentar i samband med beskrivningarna av gränsdragningarna är "kommunen kan inte sjukvård". Det gör att flera av de professionella upplever att de får "kämpa för sin sak" och för att patienterna ska erhålla professionell sjukvård och rehabilitering. Samtidigt uppger de att kommunen egentligen har arbetat med sjukvård i 30 år och att detta motstånd alltid har funnits.

Den näst vanligaste kommentaren om gränsdragningar mellan professionerna berör avtalet om skatteväxling, som anses vara mycket luddigt när det gäller just definitionen av vem som är hemsjukvårdspatient. Professionerna upplever svårigheter när det gäller bedömning om vem som har "rätt" att göra bedömningen, om vem som är hemsjukvårdspatient och hur inskrivningen egentligen går till. Speciellt AT och SG lyfter den här frågan.

Oklarheter om vilka som har "rätt" till hemsjukvård och vilka som ej har det. Tröskelprincipen ej relevant då flera äldre är fysiskt pigga men psykiskt nedsatta (demens). Oklarheter om egenvård.

En person kan vara inskriven i hemsjukvård av en eller flera yrkeskategorier. Som arbetsterapeut skriver jag in patienten i hemsjukvården efter kriterier vilket känns oklart: -Återkommande/frekventa besök -Patienter där teamsamverkan inom kommunen är viktig. -Där det är kontinuerlig handledning av anhörig eller personal. Alla andra hembesök (inklusive hjälpmedelsutprovning som inte kräver kontinuerlig och många besök) skrivs inte in i hemsjukvården.

När det gäller gränsdragningen *mellan huvudmännen* så kommenterar en stor majoritet återigen avtalet, hur otydligt det är och hur olika kommuner och olika professioner har gjort egna och olika tolkningar. Flera ur personalen lyfter också problemet med att avtalet inte är förankrat och att det finns okunskap om detta ute i verksamheterna. Personalen upplever också att det är pengar och ekonomi som styr denna gränsdragning.

Mycket otydligt. Patienter bollas ibland fram och tillbaka för ingen vet vem som ska ha ansvaret och främst kostnaden. Råder ofta tveksamheter och ofta en känsla av att ibland blir de hemsjukvårdspatienter för att vårdcentral (och ibland slutenvård) ska slippa belastningen och kostnaden. Många patienter blir också slentrianmässigt lovade av slutenvården att hemsjukvården kommer hem och hjälper till då de åker hem från sjukhuset.

Försämrat samarbete med vårdcentralen då de inte är lika behjälpliga som tidigare då hemsjukvården tillhörde landstinget. Nu jobbar vårdcentralerna mot att hemsjukvården ska göra så mycket som möjligt för att avlasta vårdcentralen. Vårdtagarna "faller mellan stolarna" eftersom vårdcentralerna inte tar sitt ansvar fullt ut.

Även i gränsdragningen mellan huvudmän så är det AT och SG som upplever svårigheter när det gäller tolkning av avtalet och av vem som ska utföra vissa insatser:

Svårt med hjälpmedelsförskrivning mellan kommun och vårdcentral. Finns många patienter som hamnar i gråzonen mellan kommun och vårdcentral, svårt att placera patienter rätt.

Svårt att bedöma vilka patienter som är berättigade till rehabilitering i hemmet och vilka man ska säga nej till. Bristande samverkan mellan kommun och vårdcentral.

Kommentarer om informationsöverföring och de olika dokumentationssystem lyfts också fram som en försvårande gränsdragning mellan huvudmännen, liksom läkarmedverkan. Bristande rutiner för informationsöverföring och de olika dokumentationssystemen leder till sämre kontakt med vårdcentralernas läkare. År 2012 kunde personalen läsa i Cosmic och sedan gå och fråga läkaren om något var oklart. Nu känner sig personalen i hemsjukvården helt avklippta.

Mindre säkert för patienten när man inte längre kan läsa i Cosmic eller har närheten till övrig VC-personal.

Läkare saknas helt i hemsjukvården. Oklart vem som utför logopedens insatser i hemsjukvård då denna yrkeskategori endast finns inom landstinget. Svårt att komma in i NPÖ.

4.7.2. Styrkor

År 2012 beskrevs styrkorna med hemsjukvården främst som "små, tajta, arbetsgrupper med geografisk närhet till varandra, god personkännedom, eget ansvar och möjlighet till flexibilitet, samt personalkontinuitet". Svaren om styrkorna

relaterade till arbetssättets effekt för patienterna och de lyfte fram betydelsen av små arbetsgrupper för patienten i termer av trygghet och kontinuitet. Ett annat styrkeområde som påtalades var kompetens, som exemplifierades med palliativ vård.

En liten grupp med hög kompetens som känner patienterna mycket väl och ser direkt om någon inte mår väl. Patienterna känner sig mycket trygga.

År 2014 upplever en majoritet att styrkan med hemsjukvården i dess nuvarande form är den gemensamma huvudmannen, att "allt" är samlat under ett tak. Detta upplevs bidra till bättre samarbete mellan olika professioner, en större möjlighet att arbeta i team, tillgång till bredare kompetens och även en större kunskap och förståelse för varandras kompetenser. Det anses också bidra till en högre kontinuitet för patienterna. Den vanligaste kommentaren handlar om bättre samverkan mellan olika professioner:

Bättre och smidigare samarbete med andra yrkesgrupper och professioner i kommunen

Fördel att jobba i samma organisation som hemtjänst som vi samarbetar med väldigt mycket.

Den ökade möjligheten att arbeta som team med gemensamma mål och god kommunikation lyfts också av flera av personalen. Det anses ge patienterna både trygghet och kontinuitet:

Att vi som arbetar i obo är få till antalet ger patienten en trygghet och kontinuitet. Att vi jobbar i team, dsk/usk/at/sg. Att jobbet i sig är de bästa man kan tänka sig;=) Givande, varierande, utmanande och kompetenshöjande

*Stort teamarbete, mycket insatser till patienterna. Problem blir upptäckta tidigt
Teamarbete mellan sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, områdeschef och undersköterskor fungerar väldigt bra vilket är bra för patienten. Informationsöverföringen mellan sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut fungerar mycket bra och gemensamma hembesök görs ibland. Det blir lättare för patienten att få tag i den man behöver*

Det är också påtagligt många som lyfter en ökad möjlighet till rehabilitering och aktivitetshöjande insatser i hemmet som en styrka med hemsjukvården i dag.

Patienterna erbjuds mer hemrehabilitering än tidigare

4.7.3. Svagheter

År 2012 lyftes organisation- och professionsorienterade svagheter, även om svar som handlade om dubbelarbete och för många olika personal hos patienten också var frekvent återkommande. Ekonomin var framträdande genom svar som handlade om personalbrist, brist på hemrehabilitering samt oro för att biståndsbeslut fattades på ekonomiska grunder istället för patientens behov. Personalen lyfte vidare problemet med sårbarhet på grund av underbemanning, ensamarbete, långa res-sträckor och -tider samt dåligt samarbete i termer av svårigheter att nå varandra och brist på rutiner.

År 2014 handlar kommentarerna om svagheter i hemsjukvården främst om brist på läkarmedverkan, svårigheterna med informationsöverföring och olika dokumentationssystem, om bristande rutiner och definitioner vid inskrivning av hemsjukvårdspatienter samt om brist på kompetent personal och om ekonomi inom kommunerna. Det är också flera som lyfter problem med stress och för stor arbetsbörda, men ofta då också i relation till något av de andra ovanstående problemen, som till exempel brist på kompetent personal eller bristande rutiner. Det måste tyvärr också noteras att det är signifikant fler kommentarer om svagheter än om styrkorna år 2014.

Bristen på läkarmedverkan lyfts på flera nivåer. Personalen lyfter till exempel att det inte finns utarbetade rutiner på läkarmedverkan, och att de ofta måste "jaga" information när väl en patient har varit på läkarbesök, det vill säga att återkoppling och informationsöverföring brister från läkarnas sida.

Läkare saknas. Överrapportering mellan huvudmän brister varför tidig kontakt och uppföljningar brister och detta skapar otrygghet, Någon form av samordnare för teamen behövs, även samordnare för patienterna behövs som har en helhet, inte bara den medicinska bilden.

Precis som tidigare nämnts så är frågan om informationsföring och olika dokumentationssystem en stor upplevd svaghet. Det tar tid och leder till stress och även bristande patientsäkerhet.

Ej tillgång till Cosmic. Svårt att få aktuella läkemedelslistor, all personal kan ej ROS, ej fått utbildning, trögarbetat, ej patientsäkert. Hög belastning Informationsöverföringen fungerar fortfarande mycket dålig mellan olika organisationer/huvudmän. Leder till osäker vård.

Återigen nämns bristande rutiner för vem som skriver in hemsjukvårdspatienter och definitioner av hemsjukvård. Personalen hänvisar återigen till avtalet som luddigt, svårtolkat och ibland till och med felaktigt.

Finns inga tydliga riktlinjer och rutiner för hur vi ska jobba. Tänker ffa på tröskelprincipen. Den fungerar inte och hur den ska göra det är en bra fråga som jag inte kan svara på. Svagheten är också att det hela tiden ska dras in på personal pga den ekonomiska frågan. Den ekonomiska frågan känns inte genomtänkt från början när förändringen gjordes. Detta leder till att personal funderar mycket på och kring detta.

Bristen på kompetens lyfts både i termer av bristande kompetensutveckling i kommunerna, men också i form av att det helt enkelt inte är tillräckligt många anställda med rätt kompetens. I vissa områden och kommuner tycks det ha funnits mycket problem med rekrytering och personal som har slutat. Återigen är det flera ur personalen som lyfter problematiken med kommunernas inställning till hemsjukvårdspersonal, vilket leder till att de inte känner sig uppskattade utan

snarare motarbetade. Den bristande kontakten med läkarna lyfts också som en försämrad möjlighet till kompetensutveckling. Flera av personalen uppger att de inte har fått någon som helst kompetensutveckling sedan skatteväxlingen, utan att allt har handlat om att hitta rutiner.

För lite sjuksköterskor. Undersköterskor har inte alltid den utbildning de bör ha i detta självständiga arbete. Delegeringar är ett stort problem. Tar mycket tid för sjuksköterskor men är nödvändigt för att vården skall fungera.

Kommunen inser inte att det behövs utbildade DSK för att ta hand om pt, många av teamen finns mkt oerfaren personal, stor osäkerhet kring pt. För att arbeta i hs behövs erfarenhet och spec.utbildning. Vår distriktsköterske-profession har försämrats. Kommunen uppskattar inte oss DSK.

Man har inte resurser eller kompetens att hantera det som man inom hemsjukvården åtagit sig att göra vilket leder till att patienterna utsätts för risker och patientsäkerheten är hotad.

Vi har inte erhållit någon medicinsk information under snart 1½ år. Dvs utbildning genom föreläsningar så att vi kan få bli delaktiga och få kunskap i "nya rön".

Många upplever också tidsbrist som en svaghet. Som tidigare nämnts så hänvisar man ofta till bristande resurser i form av kompetent personal, bristande rutiner på olika plan och otydliga direktiv. Flera hänvisar också tillbaka till avtalet och de ställer sig frågande till hur beräkningarna på antal personal gjordes inför skatteväxlingen. Tidsbristen hänvisas också åter till bristande informationsöverföring och till den försämrade läkarkontakten. Det är flera ur personalen som anser att tidsbristen och det höga tempot är en fara för patientsäkerheten.

Tidsbrist. Fått över för få timmar, vilket bidrar till långa väntetider och ett stressat arbete och fler sjukskrivningar med utbrändhet hos personal.

Vi har lite för mycket att göra i förhållande till resurserna. Det är tryck hela tiden, ett högt tempo.

Vi har inte samma journalsystem, inga rutiner finns nerskrivna och hela tiden ska det sparas så att personalen går på knäna. Inga extra resurser sätts in även om vi har jättemycket dåliga patienter Vi jobbar och sliter och många kollegor mår inte bra pga det sparas på personal men vi har fått mera arbetsuppgifter. Tex skriver inte vårdcentralens läkare in patienter på apodos utan vi får många dosetter att dela och det hinner inte sjuksköterskorna utan det är delegerat till undersköterskor.

Det bör också noteras att även personerna som erhöll hemsjukvård och hemtjänst lyfte frågan om tidsbrist i intervjuerna. Både personal och personerna med hemsjukvård lyfte tidsbristen även år 2012, men inte i samma utsträckning.

Precis som år 2012 så lyfter personalen ekonomin som ett problem. Till viss del handlar det om konflikter mellan kommun och landsting, och om svårigheterna med definitioner av vem som är hemsjukvårdspatient, där kommunerna då får ansvar för alla kostnader, inklusive inkontinenshjälpmedel. Det är dock också flera ur personalen som lyfter konflikter avseende ekonomin inom kommunerna. De nämner till exempel att det ibland kan vara svårt att delegera uppgifter som till

exempel gångträning eller insulingivning till hemtjänstpersonalen. Inte för att hemtjänstpersonalen inte vill, utan på grund av att deras chefer inte anser att det faller inom deras budget.

Från hemtjänsthåll är man mycket snabba med att trycka ifrån sig arbetsuppgifter och hänvisa till att det är en hälso-och sjukvårdsuppgift. Jag upplever att hemtjänstpersonalen gärna vill utföra tex rehabiliterande uppgifter om de får lite mer tid men det är det som sätter käppar i hjulen att de inte hinner ordentligt, att de inte får tiden.

Jag upplever ett större revirtänkande i kommunen. Det pratas om "kassor" hit och dit. Det är mycket tjafs om vad som är hs-insatser, egenvård och rena omvårdnadsinsatser.

4.7.4. Övrigt

Den sista frågan i enkäten till personalen handlade om övriga synpunkter och här framkommer återigen signifikant fler negativa än positiva kommentarer. Bland annat lyfts återigen avtalet om skatteväxling fram med frågande kommentarer. Även frågan om informationsöverföring och de svårigheter som de olika dokumentationssystemen innebär lyfts återigen fram. De vanligaste övriga kommentarerna handlar dock om en frustration över att kommunerna inte var tillräckligt förberedda, på någon nivå, inför kommunaliseringen och personalen upplever att de själva har fått lösa många av problemen utan stöd. Det handlar om allt ifrån lokaler och telefoner till rutiner för samverkan och läkarmedverkan och inskrivning av hemsjukvårdspatienter.

Kommunen har misslyckats i sitt övertagande av hemsjukvården genom att man inte har förberett rutiner och flöden innan övertagandet, som personal har jag upplevt att hela gångna året har det gått på en höft och man fått lösa problem allt efter som vilket gör att patientsäkerheten är/varit hotad. Genom att ledningen inte har lyckats skapa bra rutiner har arbetsmiljön försämrats kraftigt och fortsätter att försämras.

Hemtjänsten förstår inte riktigt vad som har hänt och har det svårt att förstå, när en patient är hemsjukvård eller inte. Mycket okunskap hos cheferna och en ovilja att samarbeta ibland. För centraliserad makt hos funktionschefen och för lite makt hos områdeschefen. För mycket centralisering hos MAS och för lite kunskap hos IT-sköterska. IT saknar kompetens har varit en stor frustration.

Verksamheterna behöver bli mer uppstyrda! Vi vill ha PM och riktlinjer hur vi ska jobba. Idag får vi svaret att själva ta fram dessa, men när ska tiden tas till det. Då blir det istället inget och alla jobbar olika och som de tycker. Idag vet jag inte om jag gör rätt eller gör tillräckligt.

Det är ingen kommun eller profession som sticker ut bland de övriga kommentarerna. Det tycks således finnas förbättringsområden i de flesta kommunerna och för samtliga professioner. En av få positiva kommentarer får avsluta och sammanfatta:

Det har varit en mycket svår och tuff period men som tur är så blir det bättre. Finns fortfarande mycket som behövs göras men jag tror att med lite tid och stöd från alla cheferna så kommer det att gå bra.

5. Diskussion

Diskussionen omfattar två avsnitt. Först förs en metoddiskussion med reflektioner och erfarenheter av datainsamling etc, sedan följer en resultatdiskussion med efterföljande förslag till förbättringsområden.

5.1. Metoddiskussion

För uppföljningen valde vi att genomföra samma datainsamling som vid baslinjemätningen i syfte att kunna göra jämförelser i så hög utsträckning som möjligt. Det fanns emellertid vissa svårigheter med datainsamlingen.

5.1.1. Registerutdrag från olika dokumentationssystem

Vid baslinjemätningen år 2012 hämtades information avseende inskrivna hemsjukvårdspatienter, antal hemsjukvårdsbesök per profession samt sjukhusinläggningar från dokumentationssystemet Cosmic. Det var inga större svårigheter. Vid uppföljningen år 2014 användes tre andra dokumentationssystem i de olika kommunerna, och inget av dessa var uppbyggda som Cosmic vilket innebar svårigheter att inhämta samma information. Till att börja med användes termen "hemsjukvårdsbesök" (som användes för att identifiera planerade besök hos inskrivna hemsjukvårdspatienter i Cosmic år 2012), inte på samma sätt år 2014 och inte på samma sätt i de olika kommunerna. Genom diskussion med kontaktpersoner i de olika kommunerna har ändå "hemsjukvårdsbesök" identifierats i det närmaste likt år 2012. Nästa problem var själva inhämtningen av statistik avseende inskrivna hemsjukvårdspatienter och hemsjukvårdsbesök av olika professioner. Jönköpings kommun arbetade med "kalendern" i sitt dokumentationssystem Magna Cura i syfte att kunna inhämta information avseende antal hemsjukvårdsbesök per profession. Det gick dock inte helt komplikationsfritt, och som synes i resultatdelen så kategoriseras till exempel DSK, SSK och USK i samma grupp. Det kan eventuellt ställa till problem om avsikten är att undersöka vilken kompetens som gör hembesöken. I övriga kommuner har information om inskrivna hemsjukvårdspatienter och antal hemsjukvårdsbesök inhämtats på olika sätt, i vissa kommuner har det gått komplikationsfritt genom dokumentationssystemen, och i vissa fall genom att helt enkelt räkna "pinnstatistik". Några kommuner hade stora svårigheter att överhuvudtaget lämna informationen. Det är viktigt att kommunerna hittar system för uppföljning av till exempel inskrivna hemsjukvårdspatienter och antal hemsjukvårdsbesök, eftersom det kan ge en beskrivning av behov och åtgång av resurser, det vill säga, används resurser (professioner) på rätt sätt vid rätt behov.

5.1.2. Kvalitetsregister

Det fanns vissa problem med att hämta efterfrågad information från Senior Alert. Det var till exempel inte möjligt att identifiera hemsjukvårdspatienter, varken år 2012 eller år 2014. Det kan därför ifrågasättas om denna indikator verkligen bedömer det preventiva arbetet i hemsjukvården. I Palliativregistret går det lättare

att identifiera hemsjukvårdspatienter men det fanns ändå vissa problem med att inhämta information. Med tanke på den bristande informationsöverföring och läkarmedverkan som beskrivs av personalen måste också viss data i Palliativregistret ifrågasättas. Det gäller till exempel frågan om "andelen personer där *det genomförts* ett brytpunktssamtal". Den allmänna uppfattningen bland personalen är att det förmodligen genomförs fler samtal men som inte dokumenterats av läkaren. Det är läkaren som är skyldig att dokumentera, ofta är det SSK som lägger in information i Palliativregistret. Problemet är att SSK ofta får leta reda på ("jaga") dokumentationen och om de inte får tag på den så blir det ett "Nej" på frågan om brytpunktssamtal har genomförts. Om läkarmedverkan och informationsöverföring hade fungerat optimalt så hade också statistiken från olika register varit mer tillförlitlig.

5.1.3. Öppna Jämförelser

Statistiken från Öppna Jämförelser avser omsorg och omvårdnad i hemtjänst och äldreboende och inte hemsjukvård. Eftersom det inte finns någon liknande statistik för hemsjukvårdens arbete har uppgifter om t.ex. läkemedel och delaktighet inhämtas från Öppna Jämförelser¹³. Det måste tas i beaktande vid tolkning av resultaten. En annan aspekt att beakta är att det inte är samma frågeställningar som har använts för olika år i Öppna Jämförelser. Frågan om genomförandeplan är exempelvis borttagen ur statistiken, och frågan om delaktighet belyser till viss del olika aspekter åren 2011 och år 2014. I nuläget är dock dessa siffror de enda som finns tillgängliga för att belysa någon som helst aspekt av delaktighet. Det måste då också tilläggas att de förslagen till indikatorer:

- andel personer med aktuell vårdplan
- andel personer som varit delaktiga i att utforma sin egen vårdplan
- andel personer med aktuell genomförandeplan
- andel personer som varit delaktiga i att utforma sin egen genomförandeplan

som Socialstyrelsen gav i sin rapport 2008¹ inte längre är möjliga att använda eftersom dessa frågor inte längre finns kvar i Öppna Jämförelser.

5.1.4. Enkätsvaren

Mycket av informationen vid uppföljningen har inhämtats från enkätsvaren från personalen som arbetar i hemsjukvården. Svarsfrekvensen är lägre än önskvärt men ändå tillräckligt hög för att ge tillförlitliga resultat. En viktig aspekt att ha i beaktande vid tolkning av resultat är att olika yrkesgrupper har svarat i varierad utsträckning. Det skiljer sig också något mellan olika kommuner. Till viss del är den en naturlig differens då det arbetar fler sjuksköterskor än rehab-personal i hemsjukvården. Flera av svaren har dessutom beskrivits i relation till yrkeskategori vilket underlättar tolkningen. I vissa kommuner kan det emellertid vara väldigt få i samma yrkeskategori som svarat på frågor, och då är det orimligt att redovisa på "professionsnivå". Dessa aspekter måste också tas i beaktande vid tolkning av resultaten.

Enkäterna innehöll mycket öppna frågor, med avsikt att fånga så mycket som möjligt. Svaren har sedan kategoriserats i efterhand av MEB i syfte att göra det möjligt att genomföra statistiska beräkningar. Om dessa slutna alternativ hade givits från början så hade svaren mist sin stora variation och målande beskrivning av olika områden. I resultatdelen redovisades därför mestadels de beräknade kategorierna, men resultaten förstärktes ibland av citat som var representativa för frågan.

5.1.5. Intervjuer

Intervjuerna gav mycket intressant information som inte hade framkommit genom enbart registerutdrag och enkäter till personal. Det förstärker vikten av att ta hänsyn till målgruppens åsikter och erfarenheter vid uppföljningar. Det hade varit optimalt att kunna gå tillbaka till samma personer som intervjuades år 2012 men vid närmare undersökning visade det sig att flera av personerna inte var tillgängliga för intervju. Vi valde därför att göra ett nytt urval, med samma kriterier som år 2012, och med hjälp av biståndsbedömare i de olika kommunerna. Flera av de intervjuade hade haft hemsjukvård innan skatteväxlingen och kunde därför göra jämförelser.

5.2. Resultatdiskussion

De huvudsakliga resultaten från uppföljningen visar på flera förändringar, både positiva och lite mer negativa. Innehållet och personalens arbetsuppgifter har förändrats, enligt svaren från enkäten. Personalen upplever att de arbetar mindre med vård och medicinska uppgifter, men mer med administration och framför allt mer med rehabilitering. Resultaten visar samtidigt att hemsjukvården har fler inskrivna patienter år 2014 jämfört med år 2012, samtidigt som personalen gör färre hemsjukvårdsbesök. Samverkan med hemtjänst har förbättrats i de flesta kommunerna, samtidigt som informationsöverföring mellan hemsjukvård, vårdcentraler och slutenvård har försämrats. De intervjuade personerna anser att tillgänglighet, kompetens och kontinuitet är viktiga faktorer för en väl fungerande hemsjukvård. Personalen anser att den största styrkan med hemsjukvården i dess nuvarande form är den gemensamma huvudmannen (kommunen) vilket har lett till smidigare och säkrare samarbete med hemtjänstpersonalen samt ökad möjlighet till rehabilitering i hemmet. De största svagheterna upplevs vara bristande definitioner och rutiner för inskrivning av hemsjukvårdspatienter, bristande kommunikation med vårdcentraler och slutenvård inklusive bristande läkarmedverkan, samt upplevda konflikter mellan HSL och SoL.

5.2.1. Arbetsuppgifter och innehåll i hemsjukvården

Förändringarna i personalens uppgivna arbetsuppgifter är signifikant. Den enda uppgift som minskat är vård och medicinska uppgifter (vilket kan sättas i relation till att det år 2014 är fler AT och SG som har svarat på enkäten), samtidigt som flera andra uppgifter har ökat som till exempel administration, samverkan, rehabilitering och hjälpmedel-/bostadsanpassningar samt avancerad vård. För-

ändringen av innehållet i arbetsuppgifter bekräftas även av svaren på flera av de andra frågorna.

Arbetet med administration återkommer vid flera tillfällen som en uppgift som flera ur personalen ägnar stor tid åt. Till viss del kan ökningen av administration förklaras av att kommunerna nu är "duktigare" på att registrera i olika register som tex. Senior Alert. Det tar tid eftersom det inte går att synkronisera systemen, det vill säga, hemsjukvårdspersonalen får dokumentera både i Senior Alert och i patientens journal. En annan förklaring till den ökande administrationen anses vara bristerna i informationsöverföring, och det faktum att vårdcentralerna och slutenvården har ett annat dokumentationssystem. Samtliga professioner uppger att de får "jaga" efter information genom att ringa, skriva lappar, faxes, med mera. Personalen uppger också att detta kan vara en effekt av bristande läkarmedverkan. Om det hade funnit goda rutiner för samverkan så hade inte detta ständiga jagande av information varit nödvändigt.

En annan uppgift som ökat enligt personalen är rehabilitering. Personalen resonerar själva om att det närmare samarbetet med hemtjänstpersonal gör att alla har större kännedom om varandras kompetenser. Hemtjänstpersonalen larmar tidigare om att "*nu måste xx få rehab*". Det är inte helt fastställt men det är i alla fall fler SG och AT som har svarat på enkäten på 2014 vilket antyder att det är fler AT och SG anställda och som arbetar i hemsjukvården. Flera av personalen upplever att det nära samarbetet också ökar kunskapen och kompetensen bland hemtjänstpersonal, att de nu har ökad kunskap om riskbedömningar och ökad möjlighet att utföra delegerade träningsprogram. Dessa resultat bekräftas av intervjuerna med personerna som har hemsjukvård och hemtjänst. Det är flera personer år 2014 som uppger att de får rehabilitering, och de framgår också att det ibland är hemtjänstpersonalen som utför träningen, efter instruktion av SG. Att rehabiliteringen har ökat borde ses som ett positivt resultat men det framkommer också vissa frustrerande kommentarer från personalen. Det framgår tydligt att hemtjänstpersonalen utför en hel del HSL-insatser, på delegering och enligt instruktion från både AT, SG och SSK. Detta har lett till diskussioner om tiden och kostnaderna för hemtjänstpersonalen. Det är framför allt SG och AT som uttrycker en frustration över att hemtjänstpersonalen nu har börjat neka att utföra dessa uppgifter, inte på grund av bristande intresse utan på grund av förbud från deras chef, eftersom kostnaderna för hemtjänsten har "skenat iväg". Detta är en konflikt som måste lösas. Det finns tydlig evidens på att både den äldre personen och samhället tjänar på utökad rehabilitering i hemmet¹⁶. Enligt ÄBIC (Äldres Behov i Centrum)¹⁷ är det också den äldres behov som ska stå i centrum och inte "pengapåsen". En ökad samverkan och kontinuitet var också en av anledningarna till att regeringen uppmuntrade till en kommunalisering av hemsjukvården. Att ge hemtjänstpersonalen ökade uppdrag kan också vara ett sätt att öka statusen på yrket, genom att låta utbildade USK göra det arbete som de faktiskt har kompetens

att utföra, i samarbete med legitimerad personal.

Även om SSK och DSK uppger att de arbetar med vård och medicinska uppgifter i lägre utsträckning så uppger flera av personalen att arbetet med dosettdelning (att fördela förskrivna läkemedel i dosetter) upptar en stor del av deras arbete. Till stor del kan detta förklaras av att antalet personer som har APO-dos har minskat, men behovet av hjälp med administrering av läkemedel kvarstår. Därmed ökar antal dosettdelningar. Anledningen till att APO-dos har minskat är att läkarna på VC, som skriver in i APO-dos, anser att det är osäkert och krångligt (vilket också bekräftas av läkemedelskommittén) eftersom det måste registreras i två system och för att uppdateringar fungerar dåligt. Det har dock blivit en förskjutning av resursåtgång då SSK i kommunernas hemsjukvård nu istället får arbeta med dosettdelningar, och de får också ofta "jaga" information om läkemedelsförändringar. Det leder till annan typ av osäkerhet. Användning av dosetter är också osäkert eftersom det är lätt att blanda ihop olika läkemedel, i synnerhet eftersom samma preparat kan se olika ut beroende på fabrikat. Eftersom SSK i hemsjukvården nu har väldigt många dosetter så ökar risken för fel. Användning av dosett istället för APO-dos kan också leda till att patienten blir mindre självständig i sin medicinhantering eftersom det också är större risker att ta läkemedel från dosett, som till exempel risk för att tappa tabletter, att tabletter trillar ur, eller trillar mellan facken när man ska ta en dos osv. Gränsdragningen kan vara en bidragande orsak till det merarbete som har uppstått för hemsjukvårdens personal. Läkare och SSK arbetar inte längre nära varandra och har inga naturliga, dagliga möten. Det innebär att läkarna inte uppfattar hemsjukvårdens problematik på samma sätt. Om läkarna hade fått höra de dagliga problem som SSK har med t.ex. dosettdelningar, och den osäkerhet som arbetet innebär, så hade lösningar på problemet möjligtvis hittats tidigare. SSK hade kanske också haft större förståelse för varför läkarna inte skriver in i APO-dos.

Läkemedelsförskrivning och uppföljning är läkarens ansvar och uppgift men det är ofta SSK som utför administrering och ger uppgifter inför uppföljning. Därför är det viktigt att detta samarbete fungerar väl. Enligt personalen som har svarat på enkäten så har de mer sällan varit med på den årliga läkemedelsgenomgången för patienterna. Eftersom SSK utför administrering och lämnar uppgifter inför uppföljning så borde de också vara delaktiga i läkemedelsgenomgången, men enligt enkäten så är de alltså inte det i särskilt hög utsträckning och de har inte heller vetskap om vilka åtgärder eller uppföljningar som planeras. Återigen kopplar personalen tillbaka bristen till den undermåliga informationsöverföringen och de olika dokumentationssystemen. Eftersom läget med dokumentationssystemen ser ut som de gör, så måste i stället bättre rutiner upparbetas för samverkan och kommunikation mellan VC och hemsjukvård.

5.2.2. Tillgänglighet och kontinuitet

En viktig anledning till rekommendationen av en kommunalisering av hemsjukvården var att det skulle ge en ökad tillgänglighet och kontinuitet för patienterna. Det finns ingen nationell indikator för hur tillgänglighet och kontinuitet ska följas upp. I den här uppföljningen har vi bland annat undersökt antal inskrivna hemsjukvårdspatienter och antal hemsjukvårdspatienter som en typ av mått på tillgänglighet, och till viss del även kontinuitet. Dessa siffror måste emellertid tas med en stor nypa salt, på grund av osäkerheten i framtagandet av statistik (se ovan). Det kan emellertid konstateras av registerutdragen att antal inskrivna hemsjukvårdspatienter har ökat sedan 2012 men att hemsjukvårdsbesöken har minskat. Dessa resultat bekräftas av personalens egna skattningar av antal hemsjukvårdsbesök.

En förklaring som diskuterats avseende det minskade antalet hemsjukvårdsbesök genomförda av hemsjukvårdspersonalen är att hemtjänstpersonalen nu genomför fler HS-insatser på delegering. Det skulle i så fall innebära en ökad kontinuitet för patienterna. Förklaringen kan inte riktigt bekräftas av frågorna kring delegeringar, i alla fall inte av SSK och DSK. Däremot ses ju en ökning av delegerade rehab-insatser av SG och AT. Det är emellertid inte hemsjukvårdsbesöken av SG och AT som minskat, utan de som genomförs av USK i hemsjukvård, SSK och DSK. År 2014 är det inte ens många kommuner som har USK anställd i hemsjukvården. Det skulle därför stärka hypotesen att det nu år 2014 i stället är USK i hemtjänst som utför en del av HS-insatserna. SSK och DSK antyder också i enkätsvaren att de nu år 2014 arbetar mycket med administration ("jaga information") och att de inte hinner göra så många hemsjukvårdsbesök som de önskar och som det egentligen finns behov av. Ett flertal av HSV-personalen uppger en annan förklaring till det ökade antalet inskrivna hemsjukvårdspatienter, nämligen att så kallade APO-dospatienter (patienter som endast fick hjälp med distribuering av APO-dos-rullar varannan vecka) inte registrerades som hemsjukvårdspatienter före skatteväxlingen. Dessa patienter registreras nu (år 2014) som hemsjukvårdspatienter, men den dagliga administrationen av läkemedel (vilket kan innebära flera besök om dagen) utförs av hemtjänstpersonal. Det skulle således innebära en ökning av registrerade hemsjukvårdspatienter, men färre registrerade besök av hemsjukvårdspersonal. Det ska också tilläggas att en stor del av dessa patienter nu istället övergått till insatsen "dosettindelning" (se ovan). Personalen antyder alltså att det finns oklarheter i vem som definieras som hemsjukvårdspatient.

Denna aspekt, det vill säga otydlighet i definition av hemsjukvårdspatient, lyfts av flertalet av personalen som en förklaring till de många fler inskrivna hemsjukvårdspatienterna. Personalen är till exempel frustrerad över de otydligheter som finns i avtalet (skatteväxlingen) avseende registrering av hemsjukvårdspatienter. I avtalet¹⁸ (4.1. Ansvarsfördelning och övergripande definitioner) står att läsa att *"landstinget ansvarar för all mottagningsverksamhet i primärvården och*

specialistsjukvården. Personal från vårdcentral och/eller specialistsjukvård kan göra enstaka besök (hembesök, arbetsplatsbesök, besök på annan plats där patient vistas) utanför mottagningen då detta är en del i Landstingets åtagande för att tillgodose patientens behov av omvårdnad, behandling och rehabilitering. 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 med stöd kan uppsöka vårdcentral eller mottagning, utan stora påfrestningar eller olägenheter. Hemsjukvård/hembesök ska även erbjudas när det ger mervärde för patientens fortsatta vård, omsorg och rehabilitering. Mervärde kan innebära ökad patientsäkerhet, delaktighet och trygghet för den enskilde. Det kan också innebära ökad möjlighet till teamsamverkan kring patienten, ökad möjlighet att bedöma behov, göra riskbedömningar samt ge bättre effekt av vård och rehabiliteringsinsatser.” Avtalet beskriver också vem som ska registreras som hemsjukvårdspatient (4.1.6. Registrering som mottagare av hemsjukvård): *en patient som i en vårdplan bedöms ha behov av hemsjukvård registreras som mottagare av hemsjukvård. Beslut om registrering görs av kommunen utsedd legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och/eller Landstingets läkare efter samråd mellan huvudmännen. Vårdplan ska vara upprättad och utgör beslutsunderlag.”* Vidare går det att läsa på hemsidan för Region Jönköpings län (Vanliga frågor om hemsjukvård¹⁹) att *”I arbetet med avtalet i Jönköpings län beslutades att **inte** använda begreppet ”tröskelprincipen”. För att få hemsjukvård görs en bedömning av professionell yrkesutövare och patienten blir registrerad för hemsjukvård. En vårdplan upprättas och det är alltid behovet som ska styra”*.

Ovanstående texter kan ju tyckas vara tydliga men enligt personalen råder det förvirring kring rutiner och definitioner och det finns en uppfattning om att de olika huvudmännen skjuter ansvaret ifrån sig, vilket drabbar personalen i hemsjukvården och patienterna. I flera kommuner har det tagits fram vägledningar eller instruktioner avseende inskrivning av hemsjukvårdspatienter men det tycks ändå finnas förvirring och framför allt frustration bland personalen. De hänvisar ofta till både *tröskelprincipen* (trots att den uppenbarligen inte ska tillämpas) och till *mervärdesprincipen* och de har svårigheter att förstå när de båda ska tillämpas. De hänvisar också ofta till en tidsaspekt, det vill säga, om personen förväntas ha ett vårdbehov som sträcker sig över en längre tidsperiod så ska man skrivas in som hemsjukvårdspatient. Personalen lägger också in aspekter av typ av uppgift och/eller insats. Det finns exempel som beskriver att om en person ”bara” har behov av hjälp med dosettdelning varannan vecka, så skrivs denne inte in som hemsjukvårdspatient, trots att behovet sträcker sig över en längre tidsperiod. Anledningen till dessa olika konstruktioner anses vara att hemsjukvården inte vill ta över ansvaret för till exempel inkontinenshjälpmedel. Dessa olika konstruktioner riskerar ju dock att ge en skev bild av hemsjukvårdens arbetsuppgifter och behov av resurser. Det leder också till en typ av ”otillgänglighet”

eftersom personer som kanske borde registreras som hemsjukvårdspatient och få tillgång till olika resurser inte ges denna möjlighet.

I den här uppföljningen tillfrågades också intervjupersonerna om tillgänglighet i termer av *"hur kommer du i kontakt med hemsjukvården"*. Det visar sig att de allra flesta kommer i kontakt med hemsjukvården via hemtjänstpersonalen. Det var endast ett fåtal av de tillfrågade som uppgav att de visste hur de direkt kom i kontakt med hemsjukvårdens personal. Det måste dock tilläggas att de flesta av de tillfrågade var relativt nöjda och trygga med nuvarande förfarande. Tillgänglighet, i termer av kontakt, fungerar alltså bra om samverkan mellan HSV och hemtjänst fungerar bra, och det verkar den ju göra i de flesta kommuner. Bilden av kontakt med hemsjukvård, som ges av de intervjuade, bekräftas också av personalen, som beskriver att det nära samarbetet med hemtjänstpersonalen leder till att problem och behov hos patienter upptäcks och rapporteras tidigare av hemtjänstpersonalen. Det gör att insatser kan sättas in tidigare. Personerna som intervjuades lyfte också vikten av kontinuitet, men inte så mycket i termer av färre antal personer, utan snarare i termer av tid. Flera av dem lyfter att det är viktigt att hemsjukvården kommer på den tid som är överenskommen och de ger samtidigt flera exempel på när detta inte fungerar, vilket har lett till otrygghet.

5.2.3. Delegering och kompetens

Delegeringar är ett stort och viktigt område i hemsjukvården. Resultaten från uppföljningen visar att antal delegeringar som varje legitimerad personal är ansvarig för *inte* har minskat. Det innebär att varje DSK och SSK har ansvar för ungefär lika många delegeringar till USK i hemtjänst och hemsjukvård. Det som skiljer sig från år 2012 är att SSK och DSK i hemsjukvården nu har ett tätare och bättre samarbete med hemtjänstpersonalen, och därmed också bättre möjlighet att ha kontroll över hur delegeringarna utförs och även bättre möjlighet att följa upp dem regelbundet. Det som är viktigt att reflektera över är varför legitimerad personal delegerar uppgifter. Det är tydligt reglerat att delegering inte får ske på grund av resursbrist. Sett ur ljuset av anledningen till kommunalisering, det vill säga ökad kontinuitet för personer med hemsjukvård och hemtjänst, så kan delegering ses som positivt eftersom det ofta innebär färre besök hos patienterna. En annan viktig aspekt är att USK:orna som arbetar i hemtjänst oftast har formell USK-utbildning och genom att delegera relevanta uppgifter så används deras kompetens optimalt. Inför skatteväxlingen (år 2012) var det flera av de intervjuade som befarade att DSK och SSK skulle delegera fler uppgifter till hemtjänstpersonalen, och de var inte så positivt inställda till detta. År 2014 är det också flera av de intervjuade som lyfter detta som en negativ effekt av skatteväxlingen. De flesta av de intervjuade är emellertid nöjda med hemtjänsten och de upplever hemtjänsten som mer tillgänglig, med högre kontinuitet och mer kunskap om patienterna, jämfört med hemsjukvården. Resultaten antyder att det är viktigt att kontrollera vilka uppgifter som delegeras. Läkemedelsadministration inklusive insulin, anses nog ändå vara en uppgift som leder till positiv effekt,

medan till exempel såromläggningar är en uppgift som kräver kontinuitet med EN ansvarig, kompetent personal. Det är också viktigt att det finns tydliga och väl genomarbetade rutiner för delegering som innehåller både kunskapstest och uppföljning.

Både enkäten till personalen och intervjuerna med patienterna antyder att kompetens måste lyftas och höjas inom kommunerna. Det gäller både en kompetensutveckling av hemtjänstpersonalen och av hemsjukvårdspersonalen. Personalen beskriver en oroväckande brist på kompetensutveckling, där flera av dem antyder att de inte har fått någon som helst kompetensutveckling sedan skatteväxlingen. Detta gäller för flera av kommunerna. Personalen ger också som förslag att kompetensutvecklingen ska ske i samverkan med både hemtjänstpersonalen och med läkarna på VC i syfte att stärka samverkan och förståelsen för varandras kompetens och arbete. Vidare visar enkätsvaren att det nu är signifikant färre specialistutbildade sjuksköterskor som är anställda i hemsjukvården och de sjuksköterskor som har specialistkompetens känner sig inte uppskattade i kommunerna. Kompetens är något som lyfts som viktigt för att intervjupersonerna ska känna sig trygga med sin hemsjukvård, och därför måste det också anses som ett viktigt förbättringsområde. Även detta är ett nationellt dilemma, eftersom den demografiska utvecklingen innebär att allt fler äldre personer, ofta med komplexa vård- och rehabiliteringsbehov, kommer att bo kvar i ordinärt boende. Det kommer således att ställa krav på kompetens bland personal i hemsjukvården och i hemtjänsten. I rapporten *"När vården flyttar hem"*²⁰ lyfts denna utmaning fram tillsammans med förslag på kompetenshöjning i kommunal hälso- och sjukvård.

5.2.4. Samverkan

Samverkan har både förbättrats och försämrats. Både intervjuer och enkätsvar visar på en förbättrad samverkan mellan hemsjukvård och hemtjänstpersonal och det måste tolkas som en positiv effekt av kommunaliseringen. Resultaten skiljer sig dock lite mellan de olika kommunerna, men generellt i regionen ses en positiv förändring. Samverkan med vårdcentralerna och läkarna har emellertid försämrats vilket, enligt resultaten, hänger samman med två faktorer: informationsöverföring och rutiner för läkarmedverkan. Det finns en stor frustration över de olika dokumentationssystem som används i kommunerna och i landstinget, vilket bidrar till merarbete för alla. Detta är inte ett regionalt, utan nationellt, problem. I de regioner där det fungerar bra har kommun och landsting samma dokumentationssystem, som till exempel i Kronoberg²¹. De nedslående resultaten avseende läkarmedverkan är också ett nationellt problem, där det fungerar bristfälligt på flera håll¹⁶. Olika kommuner har löst läkarmedverkan på olika sätt. Närvården i Västra Skaraborg har till exempel arbetat med närsjukvårdsteam som riktar sig till patienter med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver en samverkan mellan kommunens hemsjukvård, primärvård och slutenvård. Arbets sättet är symptom-orienterat istället för diagnos-orienterat, och syftar till ett mer patientcentrerat arbets sätt.

Teamet består av en geriatriker och två specialistsjuksköterskor som arbetar måndag till fredag kl. 8.00-17.00. Under fredagar förbereds helgen genom information och kontakter med kommunens hemsjukvårdspersonal och bakjouren vid medicinkliniken, till exempel genom att recept på läkemedel förskrivs. Utvärderingen som genomfördes under 2010-2011 visar bland annat att slutenvårdsbehovet i stort sett upphört, antalet vårddagar har minskat med 92 procent för inskrivna patienter i teamet samt att akutbesök reducerades med 80 procent och mottagningsbesöken 89 procent. I Lidköpings kommun etablerades 2011 en mobil hemsjukvårdsläkare för patienter inskrivna i hemsjukvården med syfte att förbättra medicinsk planering, läkemedelsbehandling, ge ökad trygghet för individen samt bättre och rättvisare bedömningar i individens hemmiljö. Det innebar ett bättre flöde mellan närsjukvårdsteamet och övrig primärvård eftersom kontinuiteten för de inskrivna patienterna i närsjukvårdsteamet kunde förbättras tack vare läkarens tillgänglighet och möjlighet till hembesök med kort varsel. En annan viktig framgångsfaktor var en noggrann och tillitsfull kommunikation med kommunens hemsjukvårdspersonal som ledde till ökad trygghet och flexibilitet för alla parter²². I Region Jönköpings län finns motsvarande team knutna till länets samtliga tre sjukhus²³ där teamen på Högländet och i Jönköping arbetar mer generellt, jämfört med Värnamo som fokuserar på och arbetar med hjärtsviktpatienter²⁴. På sikt kommer förhoppningsvis dessa team leda till ökad samverkan, bättre informationsöverföring och tryggare hemsjukvård.

Resultaten från enkäten antyder dock också att det stora problemet ligger i informationsöverföring mellan hemsjukvård och vårdcentraler och att personalen i hemsjukvården får ägna mycket tid att leta information, trots att det borde ligga i läkarnas intresse att arbete med t.ex. dosettdelningar utförs patientsäkert. Förbättringsområdet handlar således om mer än bara läkarmedverkan. Samverkan och informationsöverföring måste förbättras¹⁶. Nationell Patient Översikt (NPÖ) var ju tänkt att bidra till att förbättra informationsöverföringen²⁵, men flera ur personalen upplever problem med NPÖ. De menar att informationen som finns tillgänglig i NPÖ är gammal och läggs in för sent. SSK och DSK efterfrågar till exempel information direkt efter läkarbesök, och det är inte möjligt att se i NPÖ. Det innebär en fördröjning och även en patientsäkerhetsrisk, eftersom saker riskerar att missas.

5.2.5. Delaktighet

Information om delaktighet av insatser i hemsjukvård inhämtades främst från intervjuerna med personerna som erhåller hemsjukvård. Dessvärre uppgav *ingen* av de tillfrågade att de varit delaktiga i planeringen av sina insatser. Några av dem uppgav att det hade gjorts en vårdplanering på sjukhuset, men planeringen av hemsjukvårdens insatser kände de sig inte delaktiga i, men de önskade större inflytande. Här finns således ytterligare ett förbättringsområde. Det ska också tilläggas att den statistik som inhämtades från Öppna Jämförelser antyder en ökad

delaktighet, men dessa siffror handlar om hemtjänstens arbete. Där upplevde också de intervjuade en större delaktighet, och flera av de tillfrågade var nöjda med just det faktum att de hade möjlighet att påverka tider och insatser av hemtjänsten. Det måste här noteras att hemtjänsten arbetar med andra (sociala) insatser än hemsjukvården (ofta mer medicinska), där möjligheten till inflytande och delaktighet är större. Vissa medicinska insatser är ju inte valbara eller möjliga att anpassa. Det som framstår som en brist är emellertid inte enbart delaktigheten i planeringen utan också det faktum att patienterna som intervjuades inte kände sig informerade om tider och insatser: *"de har bara kommit"* var tyvärr en vanlig kommentar, där de äldre ofta kände sig överkörda. En förbättrad kommunikation och information till patienterna skulle kunna vara en enkel åtgärd för att öka förståelsen för varför vissa insatser utförs som de gör, och för att öka känslan av delaktighet och inflytande, när det är möjligt. Ett problem kan ligga i patienternas vård och omsorg planerades på sjukhus, efter utskrivning. I enkätsvaren från personalen framgår en frustration över bristande kunskap om de olika huvudmännens arbete och kompetens. Hemsjukvårdspersonalen upplever inte att sjukhuspersonalen har förståelse och/eller kunskap om deras arbete. Det innebär att det som planerades på sjukhuset kanske inte alltid utförs helt i linje med den information som patienten fick på sjukhuset. Nu pågår på flera håll i landet försök med vårdplanering i hemmet²⁶. Det kan ses som en möjlighet till ökat inflytande och delaktighet och bättre kommunikation och information från hemsjukvård till patienterna.

5.2.6. Förbättringsområden

Uppföljningen visar på flera viktiga förbättringsområden, men också flera områden där förbättringar redan pågår. Det första området som behöver diskuteras är **rutiner för inskrivning av hemsjukvårdspatienter**. Rutinerna och definitionerna måste utgå från patientens behov, och inte baseras på ekonomi och personaltillgång. Personalen upplever tydlig frustration över att det idag inte finns tydliga direktiv och att det går ut över patienterna. De bOLLAS idag fram och tillbaka mellan olika instanser och hamnar ofta i kläm. Detta är ett nationellt problem, men problemet är att olika landsting och kommuner har växlat olika, och därför måste detta problem lösas regionalt. Här pågår arbete genom den tolkningsgrupp som inrättats enligt avtalet¹⁸ (sid 15): *"en grupp med mandat att hantera oklarheter avseende praktisk tillämpning av och om avtalet på vårdtagarnivå ska inrättas av Ledningsgruppen för samverkan mellan kommunerna och Landstinget"*. Det är också viktigt att gruppens arbete förankras och genomförs tillsammans med kommunernas hemsjukvård.

Ett område som har förbättrats är **samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård**, vilket ju var en av anledningarna till kommunaliseringen. Det är det nära samarbetet som har förbättrats men personalen upplever ändå att det finns vissa konflikter mellan HSL (hälso- och sjukvård) och SoL (Socialtjänst), till

exempel när det gäller bedömningar av behov och när det gäller ekonomi. Det är därför ett område som kommunerna måste arbeta vidare med. Den positiva effekten av det ökade samarbetet är den ökade rehabiliterings- och aktivitetshöjande insatsen som också beskrivs i resultaten på flera sätt. Det är en positiv förändring som bör uppmuntras vidare i arbetet i hemsjukvården.

Samverkan med vårdcentraler och slutenvård måste förbättras. Gränsdragningen har helt enkelt bara flyttats ett steg, och nu finns gränsen främst mellan läkare och övriga professioner. Resultaten visar entydigt på bristande rutiner för samverkan och informationsöverföring mellan kommunernas hemsjukvård, vårdcentralerna och slutenvården. Detta är ett nationellt problem och det bör också lyftas nationellt. Det går emellertid inte att vänta på att problemet ska lösas, eftersom problemet idag leder till osäkerhet för patienterna och ineffektivt nyttjande av personalresurser. Med tanke på utvecklingen som antyder att fler och fler sjuka kommer att vårdas i hemmet, med behov av medicinsk kompetens, så måste som sagt säkra rutiner säkerställas. Det måste inte alltid vara i form av hembesök av läkare. Det kan handla om att skapa goda dialoger, god kommunikation och gott samarbete mellan läkare och hemsjukvård. Årliga läkemedelsgenomgångar skulle kunna vara ett sätt att börja bygga goda rutiner, men även här redovisas brister. Några få av personalen uppger att de har utarbetat goda rutiner, med regelbundna träffar, med enstaka vårdcentraler. Det borde således gå att finna liknande arbetssätt i alla kommuner. Det pågår också flera försök med t.ex. mobila geriatriska team och äldrevårdscentraler i regionen.

Informationsöverföring är ett ytterligare problem som också är nationellt och där det inte heller går att vänta med att hitta lösningar. NPÖ används men det finns brister, som till exempel att informationen syns för sent, först när dokumentationen är signerad. Här måste kommuner, vårdcentraler och slutenvård också finna andra rutiner. Meddix, som används för informationsöverföring mellan slutenvård och hemsjukvård, är i nuläget det system som ändå verka fungera bra, och när det inte fungerar så beror det mest på den mänskliga faktorn. Dessvärre upphörde vårdcentralerna att använda Meddix vid skatteväxlingen. Det har upplevts som en brist och det förs idag diskussion om att återinföra Meddix.

Det femte området som kräver förbättring är **kompetensutveckling**, vilket syns i både enkät- och intervjuresultaten. Det handlar både om att det behövs fler personal med specialistkompetens, och om ständiga, kontinuerliga kompetensutvecklingar inom området. För att säkerställa de HS-insatser som hemtjänsten utför, och i syfte att gynna samverkan med vårdcentralerna, bör de regelbundna kompetensutvecklingarna ske i samverkan med hemtjänst och med vårdcentralerna.

Det sista området som kräver arbete är **patienternas delaktighet** i utformandet av sin hemsjukvård. Självklart ska hemsjukvården bedömas och planeras av

professionell personal men samtidigt måste patienten göras delaktig. Ibland kan det räcka med en god kommunikation som säkerställer att patienten får insikt och förståelse för varför vissa insatser utförs på ett visst sätt, varför vissa uppgifter utförs av hemtjänstpersonal och så vidare. Ibland kan det också kräva mer, att professionerna faktiskt planerar insatserna tillsammans, baserat på patientens erfarenheter och livsberättelser och professionernas kunskap och kompetens. När patienterna fick uppge vad som var viktigt för dem för en god fungerande hemsjukvård så talade de mycket om kompetens, och det handlade också mycket om kunskap om dem själva, om deras rutiner och deras tidigare liv. En god hemsjukvård planeras därför förmodligen bäst i samråd. Vårdplanering i hemmet med olika professioner kan vara en nyckel till framgång.

Utöver de projekt som redan nämnts pågår flera projekt som med största sannolikhet kommer att påverka hemsjukvårdens arbete. En hemsida för Region Jönköpings län har sammanställt flera av de goda exempel som pågår i regionen²⁷ och där kan också en rapport som beskriver dessa projekt laddas ner; [http://plus.rjl.se/info_files/infosida40884/Analysrapport Oktober 2013 september 2014.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida40884/Analysrapport%20Oktober%202013%20september%202014.pdf).

6. Referenser

1. Socialstyrelsen 2008a. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen.
2. Länsstyrgruppen för närvård i Sörmland. 2011. Överförande av hemsjukvården till kommunerna i Sörmland – det första året. Rapporten har sammanställts på uppdrag av länsstyrgruppen för närvård i Sörmland. <http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/Samarbetspartners/Narvard/Kommunalisering-av-hemsjukvarden/> (hämtad den 24 maj 2015).
3. Regionförbundet i Kalmar län/Landstinget i Kalmar län. 2011. Utvärdering av avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län. Maj 2011. Regionförbundet i Kalmar län/Landstinget i Kalmar län.
4. Landstinget i Jönköpings län och Regionförbundet i Jönköping. 2010. Uppdragsbeskrivning Sammanhållen Hemvård i Jönköpings län. Ulf Granath, projektledare Sammanhållen Hemvård, 2011-05-11 <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=42702> (hämtad den 24 maj 2015).
5. Ernsth Bravell, M., Josephson I, Hallgren J. 2013. Baslinjemätning och förslag till kvalitetsindikatorer i samband med huvudmannaskifte för hemsjukvården i Jönköpings län 2012/-13. Rapport från KomHem Arbetsgrupp Kvalitetsindikatorer. Landstinget i Jönköpings län samt Regionförbundet Jönköping. <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=19556&nodeId=42702> (hämtad den 24 maj 2015).
6. Socialstyrelsen. 2011. De mest sjuka äldres vård och omsorg – en beskrivning utifrån nationella indikatorer. Socialstyrelsen, Stockholm.
7. Socialstyrelsen. 2005a. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård.
8. Socialstyrelsen. 2005b. Borta bra men hemma bäst? En nationell granskning av hemsjukvården i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen.
9. Socialstyrelsen. 2007. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.
10. Socialstyrelsen. 2004. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Stockholm: Socialstyrelsen.
11. Senior Alert. www.senioralert.se (hämtad den 24 maj 2015).
12. Svenska Palliativregistret. www.palliativ.se (hämtad den 24 maj 2015).

13. Socialstyrelsen. 2013. Äldreguiden. <http://www.socialstyrelsen.se/aldreguiden> (hämtad den 24 maj 2015).
14. Socialstyrelsen. 2015. Öppna Jämförelser Hälso- och Sjukvård. <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/halso-och-sjukvard> (hämtad den 24 maj 2015) samt Öppna jämförelser Vård och omsorg av Äldre <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-1-4> (hämtad den 26 maj 2015).
15. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. 2012. Öppna Jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting.
16. Nordic Health Care Group. 2014. Samordnade tjänster vid vård och omsorg av äldre i ordinärt boende Slutrapport skriven av NHCG på uppdrag av Socialdepartementet, december, 2014, Stockholm.
17. Socialstyrelsen. 2015. Äldres Behov i Centrum. Informationsblad. <http://www.socialstyrelsen.se/aldre/boendeochstod/abic> (hämtad den 24 maj 2015).
18. Region Jönköpings län. 2015. Avtal och överenskommelser <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=40263> (hämtad den 24 maj 2015).
19. Region Jönköpings län. 2015. Vanliga frågor och svar om hemsjukvård <http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=19741&nodeId=42702> (hämtad den 24 maj 2015).
20. Vårdförbundet Avdelning Västra Götaland. 2014. När vården flyttar hem. Den kommunala hälso- och sjukvårdens sjuksköterska i vårdens paradigmskifte. Författare: Robin Åberg, Marianne Brindbergs m.fl.. Vårdförbundet avdelning Västra Götaland, Göteborg den 23 januari 2014.
21. Landstinget Kronoberg. 2009. Äldrehälsa – förslag till vården av multisjuka i Kronobergs län. Rapport av uppdraget "Äldrecentrum" Projektledare: Siw Ewers, projektsekreterare: Kerstin Eriksson, Landstinget Kronoberg, September 2009 <http://www5.ltkronoberg.se/Forskning-och-utveckling/Utveckling-och-projekt/Mest-sjuka-aldre/> (hämtad den 25 maj 2015).
22. HCM Health Care Management. 2013. Närvården i västra Skaraborg. Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare. Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting HCM Health Care Management. 25 november 2013.
23. Vårdförbundet. 2014. Mobilt team erbjuder multisjuka kvalificerad vård. Vårdfokus, februari, 2014. <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2014/Februari/Kvalificerad-var-d-av-multisjuka/> (hämtad den 24 maj 2015).
24. Region Jönköpings län. 2015. Mobila geriatriska teamet, Värnamo sjukhus. <http://www.rjl.se/Verksamhet/Sjukhus-och-specialistvard/Varnamo->

[sjukhus/kliniker-och-verksamheter-pa-varnamo-sjukhus/Geriatriska-rehabiliteringskliniken-Varnamo-sjukhus/Mobila-geriatriska-teamet/](#) (hämtad den 25 maj 2015).

25. Region Jönköpings län. 2015. Användning av NPÖ i kommunerna i Jönköpings län- och hur kan den öka. Författare Maj Wismén. April 2015, Kommunal Utveckling, FoUrum, Region Jönköpings län, Jönköping.
26. Region Jönköpings län. 2014. Vårdplanering i hemmet trygghet för äldre. <http://ebp.kfsk.se/vardplanering-i-hemmet-trygghet-for-aldre/> (hämtad den 24 maj 2015).
27. Region Jönköping län. 2015. Analysrapport Bättre liv för sjuka äldre. Oktober 2013 - september 2014. Kontaktpersoner: Elise Johansson FoU-ledare, Kommunal utveckling, FoUrum, Region Jönköpings län, Marina Sumanosova, Utvecklingsledare, Qulturum, Region Jönköpings län [http://plus.rjl.se/info_files/infosida40884/Analysrapport Oktober 2013 september 2014.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida40884/Analysrapport%20Oktober%202013%20september%202014.pdf) (hämtad den 26 maj 2015).

Författarens tack

Det hade inte varit möjligt att genomföra denna uppföljning utan hjälp och stöd från de kontaktpersoner från varje kommun som har bidragit med kloka synpunkter och givande diskussioner. De har också varit behjälpliga i datainsamlingen med distribuering av enkäten och information om uppföljning. Kontaktpersonerna har bytts ut lite under resans gång, och i listan nedan nämns de personer som har varit med under de senaste diskussionerna. Varmt tack till er alla!

Kerstin Carlsson, Aneby och Eksjö

Pernilla Sjö, Aneby

Christina Bråkenhielm-Persson, Eksjö

Jenny Johansson, Gislaved

Helen Geijersson, Gnosjö

Cecilia Petersson, Habo (som också plockade fram uppgifter från Palliativregistret)

Marianne Lillieberg, Jönköping

Agneta Sahlberg, Mullsjö och Vaggeryd

Malin Johansson, Nässjö

Ann-Christin Jansson, Sävsjö

Agneta Sjögren, Tranås

Annelie Forsgren, Värnamo

Sophie Milde, Värnamo

Marianne Karlsson, Vetlanda

Carola Walfridson, Region Jönköpings län

Författaren vill också rikta ett varmt tack till Peter Kammerlind och Victor Nordling som har varit behjälpliga med att plocka fram information från Cosmic angående läkarbesök i hemmet samt sjukhusinläggningar.

Varmt tack riktas också till Susanne Lundblad och Dennis Nordwall som hjälpte till att plocka fram uppgifter från Senior Alert.

Gun Karlsson och Anna-Carin Säll-Grahnat genomförde alla intervjuer som gav fantastiskt viktig information och som bidrog till en helhet i resultaten. Varmt tack till er båda!

Till Susanne Johannesson riktas ett varmt tack för hjälp med att ordna alla träffar och framför allt för hjälp med lusläsning av rapporten med sina hög-ögon.

Till sist, ett varmt tack till alla som tog sig tid att svara på enkäten, till er som hjälpte till att finna personer för intervju och slutligen till alla personer som ställde upp på intervjuerna.

Enkät till samtlig personal inom hemsjukvård i ordinärt boende

Information om *Fördjupad uppföljning av kommunaliseringen av hemsjukvården i Jönköpings län (KomHem – vård, omsorg och rehabilitering nära dig)*

En kommunalisering av hemsjukvården har genomförts i majoriteten av länen i landet men det har inte genomförts någon fördjupad utvärdering av hur kommunaliseringen har påverkat vård, omsorg och rehabilitering till de personer som erhåller hemsjukvård. Inför den kommande kommunaliseringen av hemsjukvården Jönköpings län genomfördes därför en så kallad baslinjemätning år 2012. Syftet var att identifiera områden och kvalitetsindikatorer för en fördjupad uppföljning samt att ge en bred bild av hemsjukvården som jämförelsegrund.

Syftet med en fördjupad uppföljning är att undersöka om och i så fall hur kommunalisering av hemsjukvården påverkar:

- Vård och omsorg till de personer som är inskrivna i hemsjukvård
- Resurseffektivitet och säkerhet i arbetet för personalen

Nu år 2014 är det dags för den första uppföljningen, med baslinjemätningen som bas för jämförelse.

Vad innebär det för dig?

En viktig del av uppföljningen handlar om resursanvändande och säkerhet i arbets sätt. I baslinjemätningen 2012 belystes detta område med en enkät till personal i hemsjukvården. Nu ber vi dig som arbetar i hemsjukvården idag att besvara i princip samma enkät (se länk). Enkäten innehåller frågor om resursanvändande, säkerhet i hemsjukvårdens arbete, samverkan samt kommunikation och informationsöverföring. Deltagande är självklart frivilligt.

Enkäten är helt anonym och vi som analyserar resultaten kommer inte att kunna identifiera vem som svarat på enkäterna. Endast forskargruppen kommer att ta del av det materialet och i slutmaterialet kommer ingen kunna identifiera dig.

Med vänliga hälsningar

Marie Ernsth Bravell

Leg. SSK/Fil. Dr.

Telefon: 036-10 13 12; 036-10 25 52

Adress: Institutet för gerontologi, Hälsohögskolan i Jönköping, Box 1026, 551 11 Jönköping

e-mail: erma@hhj.hj.se

Enkäten belyser frågor som resursanvändande, säkerhet i hemsjukvårdens arbete, samverkan samt kommunikation och informationsöverföring.

Bakgrundsfrågor

1. Profession:

- Sjuksköterska
 - Distriktssköterska
 - Annan specialistsjuksköterska, nämligen:
-

- Undersköterska
 - Arbetsterapeut
 - Sjukgymnast
 - Annan, nämligen:
-

2. Kön:

- Man
- Kvinna

3. Ålder:

4. Arbetar du i tätort eller i landsbygd (mestadels):

- Landsbygd
- Tätort
- Lika delar tätort och landsbygd

5. Vilken är din sysselsättningsgrad, dvs arbetar du heltid eller deltid: (Ange sysselsättningsgrad i %, heltid = 100)

	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	
0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%
	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	100										
	<input type="checkbox"/>										

6. Arbetar du enbart i ordinärt boende, eller i både ordinärt boende och i särskilt boende?

- Enbart i ordinärt boende
- Enbart i särskilt boende
- Både i ordinärt boende och i särskilt boende för äldre

**7. Hur länge har du arbetat i hemsjukvården i ordinärt boende (antal år):
(Räkna även med de år du arbetade i landstinget om du tidigare arbetade i hemsjukvården/år före 2013)**

8. Hur många år har du arbetat på din nuvarande arbetsplats/område: (Räkna även med de år du arbetade i landstinget)

9. Vilken grundutbildning har du:

- Sjuksköterska, 180 hp (tre år)
- Sjuksköterska, mindre än 180 hp
- Arbetsterapeut, 180 hp (tre år)
- Arbetsterapeut, mindre än 180 hp
- Sjukgymnast, 180 hp (tre år)
- Sjukgymnast, mindre än 180 hp
- Undersköterska, tre år gymnasieutbildning
- Undersköterska, mindre än treåring gymnasieutbildning
- Vårdutbildning, två år gymnasieutbildning (tid. Vårdbiträde)
- Annan utbildning nämligen:

10. Vilken specialistutbildning har du:

- Distriktsköterska
- Specialistsjuksköterska inriktning äldre
- Specialistsjuksköterska inriktning barn
- Specialistsjuksköterska öppen hälso- och sjukvård
- Specialistsjuksköterska öppen hälso- och sjukvård
- Annan specialistsjuksköterskeutbildning, nämligen:
 - Magisterutbildning omvårdnad
 - Magisterutbildning arbetsterapi
 - Magisterutbildning gerontologi
 - Magisterutbildning sjukgymnastik
- Annan specialistutbildning, nämligen:
 - Ej aktuellt

Frågor om dina arbetsuppgifter

11. Vilka är dina huvudsakliga arbetsuppgifter inom hemsjukvården? (Inklusive alla uppgifter – hembesök och övriga uppgifter)

12. Hur många hembesök gör du i snitt per vecka hos patienter som är inskrivna i hemsjukvården? (Besök i hemmet relaterade till hälso- och sjukvård)

13. Hur många övriga besök i hemmet gör du i snitt per vecka hos patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården? (t.ex. tillfälliga insatser/icke planerade besök/enstaka besök)

14. När du gör hembesök hos patienter som är inskrivna i hemsjukvården, vad handlar det då om för typ av uppgifter i huvudsak?

15. När du gör övriga besök i hemmet hos patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården, vad handlar det då om för typ av uppgifter i huvudsak? (t.ex tillfälliga insatser/icke planerade besök/enstaka besök)

16. Vilka övriga uppgifter utför du i huvudsak, utöver besök i hemmet?

Frågor om dokumentations- och informationsöverföring

17. Vilka rutiner har ni för informationsöverföring mellan din enhet (hälso- och sjukvårdsteam) och vårdcentraler?

Skriftligt; hur går det till:

Muntligt; hur går det till:

Vet ej

18. Hur upplever du att rutinerna med vårdcentraler fungerar?

Undermåligt 1 2 3 4 5 Utmärkt Ej aktuellt

Motivera ditt svar

19. Har du förslag till hur rutinerna med vårdcentraler skulle kunna förbättras?

20. Vilka rutiner har ni för informationsöverföring mellan din enhet (hälso- och sjukvårdsteam) och närmaste sjukhus?

Skriftligt; hur?

Muntligt; hur?

Vet ej

21. Hur upplever du att rutinerna med närmaste sjukhus fungerar?

Undermåligt 1 2 3 4 5 Utmärkt

Ej aktuellt

Motivera ditt svar

22. Har du förslag till hur rutinerna med närmaste sjukhus skulle kunna förbättras?

23. Vilka rutiner har ni för informationsöverföring mellan din enhet (hälso- och sjukvårdsteam) och andra hälso- och sjukvårdsteam i kommunen?

Skriftligt; hur?

Muntligt; hur?

Vet ej

24. Hur upplever du att rutinerna med andra hälso- och sjukvårdsteam i kommunen fungerar?

Undermåligt 1 2 3 4 5 Utmärkt Ej aktuellt

Motivera ditt svar

25. Har du förslag till hur rutinerna med andra hälso- och sjukvårdsteam i kommunen skulle kunna förbättras?

26. Vilka rutiner har ni för informationsöverföring mellan din enhet (hälso- och sjukvårdsteam) och äldreboende i kommunen?

Skriftligt; hur?

Muntligt; hur?

Vet ej

27. Hur upplever du att rutinerna med äldreboenden i kommunen fungerar?

Undermåligt 1 2 3 4 5 Utmärkt Ej aktuellt

Motivera ditt svar

28. Har du förslag till hur rutinerna med äldreboenden i kommunen skulle kunna förbättras?

29. Vilka rutiner har ni för informationsöverföring mellan din enhet (hälso- och sjukvårdsteam) och hemtjänst?

Skriftligt; hur?

Muntligt; hur?

Vet ej

30. Hur upplever du att rutinerna med hemtjänst fungerar?

Undermåligt 1 2 3 4 5 Utmärkt Ej aktuellt

Motivera ditt svar

31. Har du förslag till hur rutinerna med hemtjänst skulle kunna förbättras?

32. Hur ofta träffar du personal i team och/eller teamträffar?

Flera gånger i veckan

En gång i veckan

En gång varannan vecka

En gång i månaden

Mer sällan än en gång i månaden

Aldrig

33. Vilka yrkesgrupper ingår i dessa träffar?

34. Vilka ärenden avhandlas vid dessa träffar?

35. Hur dokumenteras teamträffarna?

36. Har ditt samarbete/samverkan med andra yrkesgrupper förändrats efter kommunaliseringen av hemsjukvården (KomHem)?

Ja

Nej

Hur har ditt samarbete/samverkan med andra yrkesgrupper förändrats efter kommunaliseringen av hemsjukvården (KomHem)?

37. Med vilka yrkesgrupper har du detta samarbete/samverkan?

38. På vilket sätt har du denna samarbete/samverkan?

Frågor om läkemedelsuppföljning

39. Hur ofta har ni läkemedelsgenomgångar med hemsjukvårdspatienter?

En gång per år

Annan frekvens, nämligen:

* definition läkemedelsgenomgång

I en rapport redovisar Sveriges Kommuner och Landsting aktiviteter kring och resultatet av flera olika läkemedelsprojekt som genomfördes under 2006. Här används en definition som förtydligar innehållet i en genomgång av läkemedelsbehandlingen. Läkemedelsgenomgång innebär en kontinuerlig uppföljning av den äldres läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem. Läkemedelsgenomgången:

- genomförs enligt ett dokumenterat och systematiskt arbetssätt
- involverar flera professioner
- utvärderar och omvärderar aktuella behov, jämfört med aktuell läkemedelsanvändning
- utvärderas (symtomskattning, effekter, kvalitetsgranskning, m.m.)
- görs regelbundet

40. Vilka professioner är vanligen med vid läkemedelsgenomgångar?

41. Hur många gånger har du de senaste tre månaderna varit med vid en läkemedelsgenomgång?

42. Vilka åtgärder genomfördes som ett resultat av läkemedelsgången (-arna)

43. Planerades det för någon uppföljning efter läkemedelsgenomgången?

Ja, hur många

Nej

Vet ej

44. Har uppföljningen genomförts?

Ja, hur och vad blev resultatet?

Nej

Vet ej

45. Vet du hur stor andel av hemsjukvårdspatienterna som under det senaste året har haft en läkemedelsgenomgång?

Nej

Ja

46. Hur stor andel rör det sig om?

	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	
0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%
	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	100										
	<input type="checkbox"/>										

47. Vad har du för uppfattning om läkemedelsgenomgångarna? (Hur tycker du att de fungerar)

Frågor om gränsdragningar

48. Vilka gränsdragningar inom hemsjukvården uppfattar du att det finns idag?

Mellan professioner/funktionerna hos huvudmannen (kommunen)

Mellan huvudmän:

Allmänna frågor om hemsjukvårdens arbete

49. Vilka styrkor har hemsjukvården i sin nuvarande form enligt dig?

50. Vilka svagheter har hemsjukvården i sin nuvarande form enligt dig?

51. Har du något övrigt att tillägga när det gäller hemsjukvården och den förändring av organisation som skett?

Frågor om delegeringar (berör endast legitimerade professioner)

52. Hur många delegeringar till vårdpersonal har du idag ansvar för:

Till vem är dessa delegeringar utförda?

53. Undersköterska i hemsjukvård

Antal delegeringar

Beskriv typ av delegering (-ar) till USK i hemsjukvård

54. Undersköterska/annan vårdpersonal i hemtjänst (anställd av kommunen)

Antal delegeringar

Beskriv typ av delegering (-ar) till USK/annan vårdpersonal i kommunal hemtjänst

55. Undersköterska/ annan vårdpersonal i hemtjänst (privatanställd)

Antal delegeringar

Beskriv typ av delegering (-ar) till USK/ annan vårdpersonal i privat hemtjänst

56. Personlig assistent

Antal delegeringar

Beskriv typ av delegering (-ar) till personlig assistent

57. Annan

Annan, nämligen:

Antal delegeringar

Beskriv typ av delegering (-ar) till annan

58. Är dessa delegeringar knutna till specifika patienter eller är de generella?

- Ej aktuellt
- Knutna till specifika patienter
- Generella
- Både och, vilka delegeringar är vanligen knuta till specifika patienter och vilka är vanligen generella:

Intervjuguide år 2014

1. Inled med frågan:

Hur länge har du haft hjälp från hemsjukvården och hur länge har du haft hjälp från hemtjänsten?

Vad var anledningen till att du fick hjälp?

Hur gick det till när du fick hemsjukvård och hur gick det till när du fick hjälp från hemtjänsten?

2. Berätta om dina erfarenheter av hemsjukvården och hemtjänsten.

- Vad får du hjälp med från **hemsjukvården**? Hur ofta? Av vem (profession)?
- Vad får du hjälp med från **hemtjänsten**? Hur ofta?
- Täcker den hjälp du får de behov av stöd och hjälp som du upplever att du har? Om inte, vad skiljer?
- Har du själv varit med och planerat hur hemsjukvården och hemtjänsten ska hjälpa dig? Kan du beskriva hur?
- Har du själv varit delaktig i uppföljning och utvärdering av de insatser du fått från hemtjänst eller hemsjukvård?
- Får du hjälp av någon annan också (t.ex. anhörig, frivilliga, etc)?
- Har du besökt sjukhuset – både dagsbesök och inläggningar det senaste året? Hur många gånger och **varför**? Vem tog beslut om att åka till sjukhuset?
- Hur ofta besöker du andra vårdgivare, som t.ex. distriktsläkare?

3. Beskriv hur du tycker att hemsjukvården och hemtjänsten fungerar

- Hur tycker du överlag att **hemsjukvården** fungerar?
- Hur tycker du överlag att **hemtjänsten** fungerar?
- Vad fungerar bra?
- Vad fungerar mindre bra?
- Har du fått någon information om vilka insatser du ska få från hemtjänst och hemsjukvård? Är denna information lätt att ta till sig?
- Vet du vart du ska vända dig om du skulle behöva mer hjälp, eller om det blir en akut situation?
- Tycker du att det har skett någon förändring i hemsjukvårdens och hemtjänstens arbete de senaste åren?
- Känner du dig trygg med din vård, omsorg och rehab som utförs i hemmet?

4. Vad är viktigt för dig när det kommer hem människor till dig i ditt hem?

5. Gör en sammanfattande avslutning och fråga om de har något övrigt att tillägga.