

## Vart är vi på väg?

Utvärdering av kommunaliseringen av hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Norrbottens län





# Vart är vi på väg?

Utvärdering av kommunaliseringen av hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Norrbottens län

Ann-Charlotte Kassberg

Harald Segerstedt

2016



# Innehåll

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Förord</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>Sammanfattning</b> .....  | <b>2</b>  |
| <b>Inledning</b> .....   | <b>4</b>  |
| Syfte .....  | 4         |
| <b>Bakgrund</b> .....  | <b>5</b>  |
| Antal hemsjukvårdspatienter i Norrbottens län .....  | 5         |
| Beslut om utvärdering av kommunaliseringen av hälso- och sjukvården i ordinärt boende i Norrbottens län... 6 | 6         |
| Utvärderingsuppdraget .....  | 6         |
| <b>Metod</b> .....   | <b>8</b>  |
| Enkät .....  | 8         |
| Intervjuer medarbetare .....   | 9         |
| Intervjuer med patienter/brukare och närstående .....  | 10        |
| Dialogmöten med patient- och brukarorganisationer .....  | 10        |
| Rutiner för systematisk uppföljning .....  | 11        |
| Erfarenheter från andra län, dokumentstudier, rapporter .....  | 11        |
| Utvärderingsetiska aspekter .....  | 12        |
| Analys och genomförande .....  | 12        |
| <b>Resultat</b> .....  | <b>13</b> |
| Vart är vi på väg? .....   | 13        |
| Helhetssyn och samordning .....  | 13        |
| Vårdkvalitet och patientsäkerhet .....   | 16        |
| Tillgänglighet till hälso- och sjukvård i hemmet .....   | 18        |
| Delaktighet .....  | 20        |
| <b>Diskussion</b> .....  | <b>22</b> |
| Metoddiskussion .....  | 24        |
| Konklusion .....   | 25        |
| <b>Referenser</b> .....  | <b>26</b> |
| Bilaga 1: Enkät .....  | 27        |
| Bilaga 2: Frågeguide medarbetare .....   | 31        |
| Bilaga 3: Intervjuguide patienter/brukare och närstående .....   | 32        |

## Förord

Sveriges står inför stora utmaningar med en demografi där allt fler blir äldre och ges möjlighet till kvarboende i hemmet. I Sverige lever idag nära en halv miljon människor som är över 80 år. Denna siffra beräknas 2040 vara över 1 miljon. Kostnadsökningarna för vård av äldre kommer att bli mycket höga om framtidens äldre har samma behov av vård och omsorg som dagens äldre. Hög prioritet måste därför ges åt att öka vårdens och omsorgens förmåga att erbjuda god kvalitet och ökad effektivitet. Forskning och utveckling har bidragit till att hälso- och sjukvården kan erbjuda alltmer avancerad, sammansatt vård och omsorg i hemmen.

I Sverige har flertalet kommuner övertagit hemsjukvården från landstingen. I Norrbottens län övertog kommunerna ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende den 1 februari 2013. Inför överföringen togs beslut om att en utvärdering av kommunaliseringen av hemsjukvården skulle göras med syfte att åskådliggöra genomförandet. Uppdraget att genomföra en gemensam utvärdering tilldelades Utvecklingsavdelningen, Enheten för Forskning och Innovation, Norrbottens läns landsting (NLL) och Forskning och Utveckling/Innovationsenheten, Kommunförbundet Norrbotten (som från våren 2016 heter Norrbottens Kommuner).

Utvärderingen har bidragit till ett första steg i uppföljningen av kommunaliseringen av hälso- och sjukvård i ordinärt boende Norrbottens län. Det är angeläget att utvecklingen av hälso- och sjukvården i ordinärt boende kontinuerligt följs upp och utvärderas.

Vi vill här framföra ett gemensamt tack till alla er som tagit er tid att delta i intervjuer och som har besvarat enkäten. Utan er medverkan hade vi inte kunnat göra denna utvärdering. Tack även till länshandikapprådet och läns pensionärsrådet för givande dialog- och diskussionsmöten.

Luleå, 2016-03-31

Ann-Charlotte Kassberg  
Förbättringsstrateg, fil.dr i arbetsterapi  
FoI, Norrbottens läns landsting

Harald Segerstedt  
Utredare  
FoUI, Kommunförbundet

## Sammanfattning

Kommunaliseringen av hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Norrbottens län infördes den 1 februari 2013 och finansierades genom skatteväxling som reglerades via avtal mellan landstinget och kommunerna. I Norrbottens län inbegrep kommunaliseringen av hemsjukvården att kommunerna övertog ansvaret för de medicinska insatser som utförs, eller delegeras, i hemmet av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal upp till läkarnivå. Syftet med kommunaliseringen var att få en sammanhållen vård i hemmen med kommunerna som huvudman för hemtjänst, hemsjukvård och boenden. Helhetssynen skulle stärkas och samordningen av insatser stödjas, då en huvudman förfogade över ansvar och resurser.

Inför överföringen togs beslut om att kommunaliseringen i Norrbottens läns skulle utvärderas efter två verksamhetsår och 2015 beslutades att en gemensam utvärdering skulle utföras av representanter från respektive FoUI-avdelningar inom Norrbottens Läns Landsting och Kommunförbundet Norrbotten. Syftet med utvärderingen skulle vara att bidra till underlag för bedömning hur överföringen av ansvaret för hemsjukvård har fungerat ur såväl ett patient-/närståendeperspektiv som ett medarbetarperspektiv.

Föreliggande utvärdering har tre övergripande syften: I) Möjliggöra och stimulera lärande av erfarenheter som görs inom de verksamheter som granskas, II) Tillhandahålla underlag för beslut om framtiden och III) Bidra till underlag för framtida uppföljning av kommunaliseringen. De mål som angetts för kommunaliseringen av hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Norrbottens län utgör grunden för utvärderingen: I) Helhetssyn och samordning, II) Vårdkvalitet och patientsäkerhet och III) Tillgänglighet till vård och omsorg i hemmet dygnet runt samt IV) Patienters möjlighet till delaktighet i sin vård och omsorg.

För att erhålla en så heltäckande bild som möjligt användes både kvalitativa och kvantitativa metoder för insamling av information. Med hemsjukvårdspatienter och/eller närstående har 14 intervjuer genomförts och 27 intervjuer med 85 medarbetare i landsting och kommun har utförts. Representanter från patient- och brukarorganisationer har genom dialogmöten med utvärderare bidragit med betydelsefulla erfarenheter. En enkät har besvarats av 116 medarbetare inom kommun och landsting. Information har också inhämtats genom statistiska underlag som tillhandahållits av ledare och verksamhetsutvecklare inom såväl landstinget som Norrbottens kommuner.

Resultatet visar att hemsjukvårdspatienterna är nöjda med den hemsjukvård som erbjuds. Även närstående är trygga med den vård som erbjuds i hemmen, men beskrev samtidigt erfarenheter av bristande samordning mellan huvudmännen.

Det framkommer av resultatet att medarbetare från kommunen är mer nöjda med kommunaliseringen av hemsjukvården än landstingets medarbetare. Enkätsvaren visar att kommunikationen inom kommunen har förbättrats. Vidare visar resultatet att rutiner för delegering av insatser i hemmen har förbättrats sedan kommunaliseringen. Tillgängligheten till sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter anses vara god men medarbetare i kommunerna bedömer det vara svårare att få kontakt med läkare. Medarbetare framför kritiska synpunkter avseende informationsöverföring, samordning och rutiner för uppföljning av insatser i hemmen. Samordnad individuell vårdplanering (SIP) används inte rutinmässigt. Där rutiner för användning av verktyg för informationsöverföring och samordnad individuell vårdplanering har implementerats i den ordinarie verksamheten, har ledningen varit tydlig och utbildningsinsatser har prioriterats. Då system för informationsöverföring och vårdplanering inte fungerar tillfredsställande utvecklar hälso- och sjukvårdens medarbetare strategier för att säkerställa god patientsäkerhet. Att konsekvent utgå från ett behovsperspektiv vid



vårdplanering är utmanande då organisationsperspektivet under lång tid varit utgångspunkt för planering av insatser. System för avvikelserapportering, som ett led i ett ständigt förbättringsarbete, behöver utvecklas. En välfungerande avvikelshanteringsprocess är en förutsättning för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Utvärderingen indikerar att för landstinget och kommunerna gemensamma utvecklingsprocesser är en framgångsfaktor för implementeringen av förändrade arbetssätt inom hälso- och sjukvården. Kontinuerlig utbildning och fortbildning av hälso- och sjukvårdens medarbetare är nödvändig för att även i framtiden kunna erbjuda trygg och säker hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Slutligen, överföringen av hemsjukvården till kommunerna genomfördes skyndsamt. Sannolikt hade en del svårigheter kunnat undvikas om förändringsprocessen det getts mer tid för denna omfattande förändringsprocess.



## Inledning

Landstingsfullmäktige och kommunfullmäktige i respektive kommun i Norrbottens län beslutade under 2012 att ansvaret för hemsjukvård, inklusive hembesök för personer från 18 år och äldre, skulle överföras från Norrbottens läns landsting till länets kommuner. I Norrbottens län inbegriper hemsjukvård att kommunerna har ansvaret för de medicinska insatser som utförs, eller delegeras, i hemmet av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal såsom sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Således omfattar inte överföringen läkarinsatser. Delegerade insatser regleras enligt Patientsäkerhetslagen [1] och Socialstyrelsens allmänna råd [2]. Syftet med överföringen och kommunaliseringen av hemsjukvården i Norrbottens län var att erhålla sammanhållen vård i hemmet med kommunerna som huvudman för hemtjänst, hemsjukvård och boenden.

Den 1 februari 2013 överfördes ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende från landstinget till kommunerna i Norrbotten. Överföringen finansierades genom skatteväxling, vilket reglerades via avtal mellan landstinget och kommunerna. Omfattningen av verksamheten var 116 årsarbetare. Inför överföringen bildades en projektorganisation med representanter från landstinget och länets kommuner som hade i uppdrag att förbereda kommunaliseringen av hemsjukvården. I avtalet, som utformades inför överföringen av hemsjukvården, framgår att alla berörda parter ska verka för att avtalet efterföljs. Vidare framgår det att kommunaliseringen av hemsjukvården skulle följas upp och utvärderas efter två verksamhetsår.

## Syfte

Utvärderingen förväntas bidra med underlag för bedömning av hur överföringen av ansvaret för hemsjukvård har fungerat från ett patient/närstående perspektiv och ett medarbetarperspektiv. Utvärderingen ska också spegla olika aktörers upplevda skillnader före och efter kommunaliseringen av hemsjukvården. Tre övergripande syften har identifierats:

- Möjliggöra och stimulera lärande av erfarenheter inom de verksamheter som granskas
- Tillhandahålla underlag för beslut om framtiden
- Bidra till underlag för uppföljning av kommunaliseringen.

Föreliggande utvärdering har främst ett kunskapsfrämjande perspektiv med beskrivningar av arbetssätt och processer som syftar till att belysa den övergripande frågan: *Är vi på rätt väg?*

## Bakgrund

Regeringen beslutade i juni 2010 att tillsätta en nationell samordnare med uppdrag att stödja landsting och kommuner i processen att överföra ansvaret för hemsjukvård från landsting till kommuner. Syftet med uppdraget var att på frivillig väg få ett kommunalt huvudmannaskap för hemsjukvården i landet. Uppdraget resulterade i betänkandet om kommunaliserad hemsjukvård [3]. Enligt Socialstyrelsens termbank definieras hemsjukvård: ”Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tid”. Vidare anmärks att: ”Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som i särskilt boende samt daglig verksamhet och dagverksamhet. Hemsjukvård ska skiljas från öppenvård”. Övertagandet omfattar insatser som erbjuds under dygnets alla timmar och dagar. Insatser innefattar hemsjukvård, hembesök, rehabilitering, habilitering, hjälpmedel och bostadsanpassningar i ordinärt boende. Hemsjukvård erbjuds personer med behov av varaktiga insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst, vilket inte inbegriper öppen hälso- och sjukvård. Hembesök ska enligt Socialstyrelsens termbank skiljas från hemsjukvårdsbesök som hänförs till hemsjukvård.

I slutrapporten om kommunaliserad hälso- och sjukvård i hemmen (2013) [4], antogs det att kommunaliseringen av hemsjukvården skulle bidra till bättre förutsättningar för att åtgärder skulle utgå från patientens behov och undvika organisatoriska gränsdragningar. Helhetssynen skulle stärkas och samordningen av insatser underlättas då en huvudman förfogar över både ansvar och resurser. Ett samlat hemsjukvårdsansvar för kommunerna bedömdes höja säkerheten i informationsöverföringen vilket skulle gagna vårdkvaliteten och patientsäkerheten. Kommunernas övertagande av hemsjukvården skulle öka tillgängligheten till vård och omsorg i hemmet dygnet runt och minska behovet av akutbesök och vård på sjukhus. Överföringen av legitimerad personal i ordinärt boende bedömdes ge förutsättningar för styrning av verksamheten med ökad säkerhet samt undvikande av parallella organisationer. Kommunen skulle bli en attraktiv arbetsgivare för medarbetare med olika kompetenser med möjlighet till teamarbete och kompetensutveckling [4].

Kommunförbundet Norrbotten genomförde under 2014 en uppföljning av kommunaliseringen där ett antal utvecklingsområden identifierades [5]. De områden som ansågs mest angelägna att utveckla var: I) att utveckla arbetet med Samordnad Individuell Plan (SIP) med utgångspunkt i patientens behov, II) fungerande informationsöverföring, III) tolkning och tydliggörande av ”tröskelprincipen” och IV) fortlöpande samverkansträffar mellan kommunerna och landstinget, lokalt och på länsnivå. Tröskelprincipen innebär att de patienter som av hälsoskäl inte kan ta sig till landstingets sjukvård ges möjlighet att få hemsjukvård. Det finns dock ingen klar gräns var tröskelprincipen går, när patienten av hälsoskäl kan ta sig till en sjukvårdsinrättning eller inte. En grundläggande förutsättning för hemsjukvård är att det ska finnas ett behov av hälso- och sjukvård hos den enskilde. Läkare och i vissa fall sjuksköterska bedömer hälso- och sjukvårdsbehovet [3].

### Antal hemsjukvårdspatienter i Norrbottens län

Vid överföringen av hemsjukvården fick kommunerna ansvar för 3 100 hemsjukvårdspatienter i Norrbottens län[4]. I samband med beslutet om kommunaliseringen av hemsjukvården beslutades även att utvecklingen av antalet hemsjukvårdspatienter kontinuerligt skulle följas genom en årlig sammanställning för hela länet. I tabellen nedan redovisas antal inskrivna hemsjukvårdspatienter per kommun november 2013, 2014 och 2015.

Tabell 1. Antal hemsjukvårdspatienter i Norrbottens kommuner 2013-2015

| KOMMUN            | HSP <sup>1</sup><br>2013 | HSP<br>2014 | HSP under 65<br>år 2015 | HSP 65 år och<br>äldre 2015 | Antal <sup>2</sup><br>invånare | Antal invånare 65<br>år och äldre | Andel invånare<br>65 år och äldre<br>med HSV <sup>3</sup> (%) |
|-------------------|--------------------------|-------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| Arjeplog          | 35                       | 27          | 8                       | 32                          | 2 907                          | 793                               | 4.0   |
| Arvidsjaur        | 95                       | 83          | 8                       | 61                          | 6 484                          | 1 717                             | 3.6   |
| Boden             | 506                      | 435         | 48                      | 376                         | 27 888                         | 6 502                             | 5.8   |
| Gällivare         | 756                      | 163         | 20                      | 180                         | 18 231                         | 4 405                             | 4.1   |
| Haparanda         | 117                      | 135         | 14                      | 114                         | 9 776                          | 2 563                             | 4.5   |
| Jokkmokk          | 102                      | 90          | 12                      | 72                          | 5 086                          | 1 368                             | 5.3   |
| Kalix             | 227                      | 215         | 23                      | 193                         | 16 307                         | 4 449                             | 4.3   |
| Kiruna            | 155                      | 174         |                         | 133                         | 23 241                         | 4 738                             | 2.8   |
| Luleå             | 898                      | 703         |                         | 839                         | 75 966                         | 14 773                            | 5.7   |
| Pajala            | 42                       | -           | -                       | 102                         | 6 303                          | 1 988                             | 5.1   |
| Piteå             | 456                      | 477         | 87                      | 405                         | 41 508                         | 9 224                             | 4.4   |
| Älvsbyn           | 171                      | 184         | 22                      | 107                         | 8 171                          | 2 077                             | 5.2   |
| Överkalix         | 11                       | 12          | -                       | 19                          | 3 409                          | 1 106                             | 1.7   |
| Övertorneå        | 99                       | 93          | 13                      | 86                          | 4 711                          | 1 379                             | 6.2   |
|                   |                          |             | 255                     | 2 719                       |                                |                                   |   |
| <b>Norrbotten</b> | <b>3601</b>              | <b>2791</b> |                         | <b>2 974<sup>4</sup></b>    | <b>249 987</b>                 | <b>57 055</b>                     | <b>4,8</b>  |

<sup>1</sup>Hemsjukvårdspatienter

<sup>2</sup>Statistiska centralbyrån: Folkmängd 31 december 2014

<sup>3</sup>Hemsjukvård

<sup>4</sup>Totalt antal HSP 2015

Som framgår av tabell 1 har antalet hemsjukvårdspatienter i länet som helhet minskat något sedan 2013. Den i särklass största minskningen redovisas för Gällivare kommun. För Pajala redovisas en tydlig ökning medan förändringarna för de övriga kommunerna inte är lika påtagliga. En förklaring till skillnaderna i andelen hemsjukvårdspatienter mellan kommunerna kan vara olika tolkningar av vem som är hemsjukvårdspatient samt avsaknad av tydliga riktlinjer för enhetlig bedömning. Den relativt låga andelen hemsjukvårdspatienter i Överkalix kan förklaras av tillgången till särskilda boenden i kommunen.

## Beslut om utvärdering av kommunaliseringen av hälso- och sjukvården i ordinärt boende i Norrbottens län

När de politiska besluten fattades bedömdes det som angeläget att följa upp och utvärdera kommunalisering av hemsjukvården i Norrbotten. Det uttrycktes också som angeläget att utvärderingen skulle genomföras gemensamt för landstinget och länets kommuner. Den politiska samverkansberedningen beslutade den 5 februari 2015 att:

1. Landstingets FoU- enhet och Kommunförbundets FoUI- enhet skulle ges uppdraget att utföra utvärderingen.
2. Utvärderingen skulle genomföras hösten 2015 och vara klar 31 mars 2016.
3. Patient/brukar-organisationerna skulle ges möjlighet till delaktighet i utvärderingen.
4. FoU- enheterna skulle inhämta stöd från projektledare och deltagare från förhandlingsdelegerade inom respektive huvudman inför upplägget av utvärderingen.

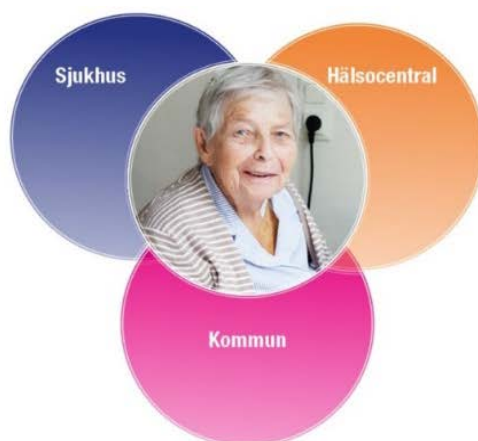
## Utvärderingsuppdraget

De mål som angetts för kommunaliseringen av hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Norrbottens län utgör grunden för utvärderingen. Dessa avgränsades till:

- Helhetssyn och samordning
- Vårdkvalitet och patientsäkerhet
- Tillgänglighet till vård och omsorg i hemmet dygnet runt
- Delaktighet

Som tillägg till de ursprungliga identifierade målområdena angavs även patienters/närståendes delaktighet i överföringen av hälso- och sjukvård från landstingets primärvård till kommunerna som ett angeläget område att belysa i utvärderingen. Vidare ska patientfokus och undvikande av parallella organisationer genomsyra alla de ovan nämnda målområdena för utvärderingen.

Bilden nedan symboliserar behovet av att sjukhus, hälsocentral och kommun samverkar för att säkerställa att det erbjuds en god och säker vård i ordinärt boende, som utgår från hemsjukvårdspatientens behov och önskemål.



På uppdrag av länsstyrgruppen har en för Kommunförbundet Norrbotten och Norrbottens läns landsting gemensam planeringsgrupp, bestående av chefer med höga befattningar, angett övergripande ramar, syfte och mål för utvärderingen. Utvärderingens organisation:

*Länsstyrgruppen* har haft det övergripande ansvaret för utvärderingens genomförande och att uppgifter tillhandahålls utredarna. Länsstyrgruppen ansvarar för det fortsatta arbetet efter utvärderingen.

*Operativa ledningsgruppen* är beredande för länsstyrgruppen, och utvärderarna har kontinuerligt rapporterat till operativa ledningsgruppen.

*Samverkansforum* för hälso- och sjukvård i ordinärt boende har utgjort stöd under utvärderingen. Utvecklingsgruppen har kunskaper om hälso- och sjukvård i ordinärt boende och har haft som uppdrag att vägleda utvärderarna i frågor om hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

*Referensgrupp* bestående av representanter från FoUI Norrbotten och landstingets FoI-enhet. Uppgiften för referensgruppen har varit att stödja utvärderarna i frågor som rör genomförandet av utvärderingen, det vill säga metodfrågor och analysstöd. Referensgruppen har bestått av: Ulf Hyvönen, Mats Jakobsson och Benitha Eliasson, FoUI Norrbotten och Rose-Marie Isaksson representerade landstingets FoI-enhet.

## Metod

För att erhålla en så bred bild som möjligt av kommunaliseringen av hemsjukvården i Norrbottens län har utvärderingen en såväl kvantitativ som kvalitativ ansats. Datasamling har skett genom:

- Enkät till personal i landstinget och länets samtliga kommuner
- Intervjuer med personal i landstinget och länets kommuner
- Intervjuer med patienter/brukare och närstående
- Dialogmöten med patient- och brukarorganisationer
- Systematisk uppföljning av statistiska uppgifter
- Erfarenheter från andra län, dokumentstudier, rapporter

Intervjuerna syftar till att fånga upplevelser och erfarenheter av hemsjukvården. Enkäten syftar till att visa på mer generella mönster avseende erfarenheter av kommunaliseringen av hemsjukvården i länet. Information som erhållits från intervjuer med patienter/närstående, medarbetare och enkätsvar har vägts samman och analyserats i dess helhet för att erhålla en så heltäckande bild som möjligt av överföringen av hälso- och sjukvård till ordinärt boende i Norrbottens kommuner.

### Enkät

Enkäten konstruerades som webb-enkät i landstinget system EvaSYS. Frågorna utformades med inspiration från andra regioners enkäter för att nå ökad validitet och precision i utformning. Inför utformningen av enkäten konsulterade utredarna personer med höga ledningsfunktioner inom landstinget och länets kommuner, referensgrupp och statistiker för synpunkter om enkätens innehåll och frågeställningarnas utformning. Detta var ett sätt för att få så hög reliabilitet som möjligt i de frågor som ställdes. Enkätfrågorna utgick från de identifierade målområdena för utvärderingen (bilaga 1).

Personer i ledande befattning föreslog att enkäten skulle distribueras till verksamhetschefer, enhetschefer och medicinska rådgivare och motsvarande funktion i kommun. Förfaringsättet förankrades vid respektive högsta ledningsnivå och bedömdes som det mest effektiva sättet att nå ut i respektive organisation. Totalt sändes 250 enkäter ut genom verksamhetschefer och motsvarande till medarbetare i landstinget och länets samtliga kommuner. Efter en påminnelse inkom 116 svar. Svarefrekvensen uppgår till 46 procent varför resultatet bör tolkas med viss försiktighet. En förklaring till bortfallet kan vara att enkäten sändes ut till medarbetares arbetsmail och att dessa, på grund av arbetsbelastning, inte hade möjlighet att besvara enkäten under arbetstid. Någon bortfallsanalys har inte genomförts. I jämförelse med motsvarande siffror från andra län, är svarefrekvensen relativt hög. Hemsjukvården engagerar flertalet medarbetare vilket kan ha bidragit till detta. Att chefer sände ut enkäten till medarbetare kan också ha bidragit till den förhållandevis höga svarefrekvensen. De 116 enkätsvarens demografiska karaktäristika redovisas nedan i tabell 2. Enkäten finns i sin helhet att ta del av i bilaga 1.

Tabell 2. Demografi

|   | N               | %               |
|---|-----------------|-----------------|
| <b>Verksamhet</b>   |                 |                 |
| Kommun  | 71              | 61              |
| Hälsocentral  | 24              | 21              |
| Sjukhus   | 21              | 18              |
| <b>Geografiskt område</b>                                   |                 |                 |
| Piteå älvdal (Arjeplog, Arvidsjaur, Piteå, Älvsbyn)         | 38              | 33              |
| Luleå/Boden   | 19              | 16              |
| Östra Norrbotten (Haparanda, Kalix, Övertorneå, Övertorneå) | 25              | 22              |
| Norra länsdelen (Gällivare, Jokkmokk, Kiruna, Pajala)       | 34              | 29              |
| <b>Funktion</b>   |                 |                 |
| Verksamhetschef   | 23              | 20 <sup>1</sup> |
| Enhetschef  | 41              | 36              |
| Medicinsk rådgivare   | 11              | 10              |
| Annat   | 38 <sup>2</sup> | 33              |
| Ej svar   | 3               | 2               |
| <b>År i nuvarande funktion</b>                              |                 |                 |
| Mindre än 2   | 31              | 27              |
| 3-6   | 28              | 24              |
| 7-10  | 20              | 17              |
| 11-15   | 5               | 4               |
| Mer än 15   | 32              | 28              |

<sup>1</sup>Procentsatserna är uträknade på det totala antalet enkätsvar, ej svar är inte inkluderade.

<sup>2</sup> Vissa verksamhetschefer valde att vidarebefordrade enkäten till exempelvis arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor.

Tabell 2 visar fördelningen av svarsfrekvensen mellan kommun, hälsocentral och sjukhus i enkäten. Analysen av svaren visade att 61 % som hade besvarat enkäten var kommunanställda och 39 % var landstingsanställda. Samtliga länets kommuner har varit representerade och besvarat enkäten. I tabellen framgår fördelningen mellan professionerna som besvarade enkäten. Närmare tre fjärdedelar av de svarande har erfarenhet från arbete i vården före kommunaliseringen. Fördelningen av svaren mellan kommunerna kan ha berott på att vissa chefer ansåg enkäten så pass viktig att de distribuerade den vidare till alla medarbetare inom hälso- och sjukvården, vilket de meddelade till utvärderarna först efter det att enkäten var vidare distribuerad. I den följande redovisningen av enkätsvaren illustreras särskilt resultat med påtagliga skillnader i svar mellan medarbetare inom kommun, hälsocentral och sjukhus.

## Intervjuer medarbetare

Intervjuer med medarbetare har genomförts, dels i form av enskilda intervjuer och dels i form av gruppintervjuer. Urvalet av intervjupersoner från olika personalkategorier har utförts strategiskt för att fånga synpunkter från medarbetare med olika erfarenheter inom det studerade området. En strävan har varit att nå geografisk spridning i länet. Så långt det varit möjligt har ambitionen varit att möta personer med erfarenheter från tiden före och efter kommunaliseringen. Urvalet har även inspirerats av så kallat ”snöbollsurval” [6] där informanter rekommenderar ytterligare för undersökningen relevanta personer. Fördelen med snöbollsurval är att det är en effektiv metod för att snabbt identifiera informanter som kan

tillföra viktig information. Ett antal gruppintervjuer har hållits med medarbetare från kommunal verksamhet respektive landstinget. Även intervjuer med blandade grupper med representanter från båda huvudmännen har genomförts. Intervjuerna har skett genom personliga möten. Innehållet i de semistrukturerade frågorna har utgått från de fyra identifierade målområdena, där intervjupersonerna getts tillfälle att reflektera och uttrycka erfarenheter från hemsjukvården (bilaga 2). En av utredarna har haft huvudansvaret för intervjun och den andra har kontinuerligt tecknat ned det pågående samtalet. Varje intervju har tagit cirka en timme att genomföra.

## Intervjuer med patienter/brukare och närstående

Medarbetare, läns pensionärsrådet och läns handikapprådet, har varit behjälpliga med rekrytering av patienter/brukare och närstående som tillfrågats om intresse att dela med sig av erfarenheter från hemsjukvården. Flertalet av intervjuerna har genomförts genom personliga besök i hemmen men även ett antal telefonintervjuer har hållits. Syftet har varit att fånga erfarenheter från patienter/närstående med erfarenheter av hemsjukvård även före kommunaliseringen samt att fånga erfarenheter från olika delar i länet. Intervjuerna har genomförts på liknande sätt som vid medarbetarintervjuerna. I likhet med medarbetarintervjuerna har de övergripande målen för kommunaliseringen varit utgångspunkt för samtalen. Dessa har dock kompletterats med ett antal mer specifika frågor om hur den enskilde uppfattat hemsjukvårdens insatser (bilaga 3).

Totalt har information inhämtas via 41 intervjuer (27 intervjuer med medarbetare och 14 intervjuer med patienter/närstående). I tabell 3 framgår fördelningen av antalet intervjuer med medarbetare och patienter/närstående.

Tabell 3. Genomförda intervjuer

|   | Intervjuer | Intervjupersoner |
|---|------------|------------------|
|   | N          | N                |
| <b>Medarbetare</b>                      |            |                  |
| Landsting                               | 12         | 16               |
| Kommun                                  | 7          | 33               |
| Landsting och kommun tillsammans        | 4          | 30               |
| Privat verksamhet                       | 1          | 1                |
| Strategiska informanter <sup>1</sup>    | 3          | 5                |
| Totalt                                  | 27         | 85               |
| <b>Hemsjukvårdspatienter/närstående</b> |            |                  |
| Patienter                               |            | 6                |
| Närstående                              |            | 8                |
| Totalt                                  |            | 14               |

<sup>1</sup> Utredare patientnämnd, patientsäkerhetsstrateg, revisionskonsulter PwC

Som framgår av tabell 3 har fler intervjuer genomförts med medarbetare inom landstinget. Antalet medarbetare som intervjuats inom kommunerna är dock betydligt fler. Detta har sin förklaring i att kommunintervjuerna i högre utsträckning genomförts i form av gruppintervjuer där hela arbetsgrupper samlats för intervju. Intervjuerna med patienter/närstående har dels utförts enskilt med patienter och dels med hemsjukvårdspatient och närstående tillsammans.

## Dialogmöten med patient- och brukarorganisationer

Läns pensionärsrådet och läns handikapprådet identifierades som viktiga representanter för patienter/brukare, närstående och har vid tre tillfället informerats om utvärderingens syfte och genomförande. De två råden har vid dessa möten bidragit med synpunkter och erfarenheter



som varit värdefulla för den samlade bedömningen av kommunaliseringen av hemsjukvården i länet.

## Rutiner för systematisk uppföljning

Ambitionen var att tillvarata statistik/data som bedömdes vara relevant för utvärderingen, exempelvis inrapporterade avvikelser, anmälningar till Patientnämnden och antalet utförda samordnade individuella planer (SIP). Generella riktlinjer för avvikelshantering finns i lands- och kommun. Vid närmare utredning framkom att rutiner för användningen av avvikelseinstrumentet inte gav en rättvisande bild, av skäl som närmare redovisas i resultatdelen. Även anmälningar till patientnämnden förekom sparsamt från kommunerna, vilket innebär att det är svårt att få en tydlig bild av förhållandena.

Vid undersökning av antalet SIP som genomförts sedan kommunaliseringen framkom att det saknades säkerställda underlag för statistiska beräkningar av antalet SIP inom hemsjukvården. Verktöget användes inte heller i den omfattningen att det kan ses som ett tillförlitligt mått på individens delaktighet i hemsjukvården eller som indikator för samverkan mellan aktörerna. Antalet SIP för alla åldrar under år 2015 var 471. Det saknades motsvarande resultat för år 2014. I tabell 4 redovisas antalet utförda SIP för personer  $\geq 65$  år vilka är följda i den så kallade ”äldresatsningen” i Norrbotten. Noteras bör att redovisningen avser antalet samordnade individuella planer som upprättats för samtliga personer 65 år och äldre och därmed inte enbart hemsjukvårdspatienter.

Tabell 4. Antal utförda samordnade individuella planer 65 år och äldre i Norrbotten

| Närsjukvårdsområde | 2014       | 2015       |
|--------------------|------------|------------|
| Gällivare          | 45         | 109        |
| Kalix              | 86         | 185        |
| Kiruna             | 16         | 7          |
| Luleå/Boden        | 12         | 16         |
| Piteå              | 40         | 29         |
| <b>Totalt</b>      | <b>217</b> | <b>346</b> |

## Erfarenheter från andra län, dokumentstudier, rapporter

Rapporter och utvärderingar av hemsjukvården från andra län har inspirerat till denna utvärderings design och genomförande. En ambition var att tillvarata andra läns erfarenheter och därmed undvika metodologiska svårigheter. Utvärderingen inleddes med ett besök till Umeå med information om deras arbetsprocess med uppföljningen av kommunaliseringen av hemsjukvården i Västerbotten.

Utvärderarna har vid tre tillfällen deltagit vid nationella nätverksmöten för hemsjukvård och utbytt erfarenheter med andra län som genomfört utvärderingar av hemsjukvården. Vid dessa möten har synpunkter erhållits med avseende på utformning, genomförande och resultat av utvärderingar. Utöver andra läns utvärderingar av hemsjukvården har nedanstående rapporter och dokument varit källor för kunskapsinhämtning inom området:

- Kommunaliserad hemsjukvård: Betänkande (SOU) 2011:55
- Slutrapport: Kommunaliserad hälso- och sjukvård i hemmen, Kommunförbundet Norrbotten och Norrbottens läns landsting, 2013
- Slutrapport uppföljning av kommunaliserad hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Norrbottens län, Kommunförbundet Norrbotten, 2014
- Gemensamma riktlinjer för samverkan Samordnad individuell plan, Kommunförbundet Norrbotten, Norrbottens läns landsting, 2013

- Norrbottens Patientnämnd rapport, 2014
- Norrbottens Patientnämnd rapport, 2015
- Patientsäkerhetsberättelse från Norrbottens läns landsting, 2015
- Kommunikation och informationsöverföring mellan landsting och kommun, Revisionsrapport PwC, 2014
- Palliativ vård – samverkan mellan landsting och kommun, Revisionsrapport PwC, 2015
- Meddelande från IVO (Inspektionen för vård och omsorg) angående tillsyn av samverkan och informationsöverföring, 2015-12-20

### **Utvärderingsetiska aspekter**

I enlighet med gällande etiska riktlinjer för utvärderingar bevakades informanternas intressen [7]. Samtliga informanter gavs möjlighet att välja tid och plats för intervjuer och informerades om att det i utvärderingen inte kommer att vara möjligt att identifiera uppgiftslämnaren. Att intervjuas om svåra situationer kan upplevas känsligt för medarbetare. Detta har utvärderarna tagit speciell hänsyn till och all insamlad information har behandlats konfidentiellt.

### **Analys och genomförande**

I direkt anslutning till intervjuerna genomfördes utskriftena. Analysen startade med att utvärderarna läste igenom alla intervjuerna för att få en helhetsbild, med utgångspunkt från delmålen. Analysen fortsatte med att texterna kodades, utvärderarna kodade var för sig texterna, för att därefter jämföra och sammanställa koder. Därefter sorterades koder till kategorier och det insamlade materialet analyserades djupare och kategorierna förfinades ytterligare till en högre abstraktionsnivå [8]. Information från enkäten analyserades med deskriptiv statistik i dataprogrammet SPSS [9]. Därefter sammanfördes information från intervjuer och enkät till en helhet, vilket redovisades med text, citat från intervjuer, figurer och tabeller.

## Resultat

### Vart är vi på väg?

Den övergripande frågan som utvärderingen har som uppdrag att belysa är: *Är vi på rätt väg?* Utvärderingen tar sin utgångspunkt i de fyra delmålen, där såväl positiva som negativa upplevelser redovisas. Inledningsvis bör här nämnas att hemsjukvårdspatienterna i länet, i huvudsak, är nöjda med den hemsjukvård som erbjöds. Närstående upplevde också företrädesvis trygghet med hemsjukvården, men har också upplevelser av bristande samordning mellan huvudmännen.

Som svar på frågan är vi på rätt väg uttrycker kommunanställda hälso- och sjukvårdsmedarbetare generellt en större nöjdhet med kommunaliseringen av hemsjukvården än landstingets medarbetare. Medarbetare vid hälsocentralerna uttrycker tveksamhet till förändringen som innebär att läkare och övrig hälso- och sjukvårdspersonal är organiserade under annan huvudman. Medarbetare framför ett samlat ansvar för hemsjukvården med en huvudman, som en potentiell lösning för ökad samverkan mellan huvudmännen. Samtidigt uttrycker de att det alltid kommer att finnas gränser, oavsett hur vården är organiserad. Från intervjuer med medarbetare framkommer metaforer till det övergripande syftet såsom att kommunaliseringen är ”den enda vägen” och att man ”varit i diket men tagit sig upp”. Stora förändringar tar tid att genomföra och kommunaliseringen av hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Norrbottens län skedde skyndsamt. Medarbetare uttrycker att kommunaliseringen inledningsvis fungerat till 25 %, efter en tid till 50 % och att man nu är uppe i 75 %. En medarbetare uttrycker att det inte är ett kärleksfullt förhållande mellan kommun och landsting. Någon annan framför liknelser som att ”det krävs två för en tango”. Ytterligare en åsikt som framförs är att det i vissa fall ”krävs en hel orkester med olika musikanter” för en välfungerande vård och rehabilitering som utgår från hemsjukvårdspatientens behov och önskemål. Hälso- och sjukvårdsmedarbetare framför kritiska åsikter om IT-stöd och system för informationsöverföring. Det finns rutiner upprättade för informationsöverföring mellan huvudmännen men dessa efterföljs inte rutinmässigt. Medarbetare efterfrågar ett modernt gemensamt elektroniskt system för tvåvägskommunikation mellan huvudmännen. Vidare framför medarbetare brister i direktiv och utbildningsinsatser i förhållande till användning av anmodat program för IT-stöd och system för informationsöverföring:

*”Om man ska bygga en väg då måste man väl först få utbildning i hur maskinerna ska användas?”*

### Helhetssyn och samordning

Det första målet som utvärderingen har som uppdrag att belysa är helhetssyn och samordning av insatser. Detta mål beskrivs inför kommunaliseringen som: ”Upplevelsen av god kvalitet ökar när patienten/brukaren får insatser som uppfattas som en helhet. En sammanhållen hemsjukvård innebär att en huvudman förfogar över både ansvar och resurser, vilket ger förutsättningar för att styra och leda verksamheten med större säkerhet och ökad effektivitet. Därmed förbättras förutsättningarna för en vård av jämn och hög kvalitet”.

För att belysa området har information samlats från intervjuer med patienter/närstående, medarbetare, dialogmöten med brukarorganisationer samt via enkät till medarbetare. Sammanfattningsvis avspeglar resultatet att kommunaliseringen har bidragit till förbättrad samverkan inom kommunen. Trots det framkommer fortsatta svårigheter i kommunikationen och samordningen inom kommunen. Mellan kommun, hälsocentral och sjukhuset finns fortsatta svårigheter beträffande kommunikation- och informationsöverföring mellan huvudmännen. Ett återkommande problem som framförs är avsaknaden av ett gemensamt

system för informationsöverföring, där både kommun och landsting kan vara producent och konsument. I dagsläget har endast en av Norrbottens 14 kommuner den möjligheten.

Från intervjuer med hemsjukvårdspatienterna framkommer företrädesvis positiva upplevelser rörande samordningen mellan huvudmännen. Ett citat från en patient vilket illustrerar ovanstående:

*”När jag låg inne på sjukhuset och sen kom hem, så funkade det perfekt. Sjukhuset hade meddelat hemtjänsten och hemsjukvården -så allt var klart när jag kom hem”*

Flertalet hemsjukvårdspatienter uttrycker att kommunikation med hälso- och sjukvården fungerar väl sedan kommunaliseringen. De beskriver att tillgängligheten till sjuksköterskor inom kommunen har bidragit till att patienter har besparats från transporter mellan olika vårdgivare. Ett citat som förtydligar detta:

*”Jag skickar frågor med sjuksköterskan (kommun). Hon tar upp det med läkaren (hälsocentral) och så slipper jag passa telefontider. Det fungerar jättebra. De kommer hem och tar prover, vilket har gjort att jag har besparats från många resor”*

Även om hemsjukvårdspatienterna är nöjda med den hälso- och sjukvård som bedrivs i hemmet så framkommer även enskilda negativa upplevelser av hemsjukvården, såsom att det kan ta tid innan kommunens hälso- och sjukvårdsmedarbetare har möjlighet att göra hembesök. Detta resulterar i sjukhustransporter för enklare åtgärder som hade kunnat lösas i hemmet. Från intervjuer med närstående framkommer att det kan vara utmanande att vårda nära familjemedlem, i behov av sjukvård, i hemmet för både patient och närstående. Det är därför av största betydelse att samordningen och kommunikation mellan hälso- och sjukvården och patient/närstående fungerar. Från intervjuer med närstående framkommer upplevelser av bristande samordning mellan hälso- och sjukvårdens vårdgivare och patient/närstående. Ett citat som illustrerar en sådan situation:

*”Mamma föll mellan stolarna då sjuksköterskan inte tog tag i ärende som var läromat från hemtjänsten. Vi har tyvärr upplevt brister i kommunikationen, både från landstinget och kommunen”*

Vid dialogmöten med brukarorganisationerna framfördes synpunkter på hemsjukvård som erbjuds palliativa patienter i ordinärt boende. Brukarorganisationerna uttrycker att hemsjukvårdsmedarbetare bör inneha specialistkunskaper för ett korrekt omhändertagande av patienter som vårdas i hemmet i livets slutskede. Både brukarorganisationerna och hälso- och sjukvårdens medarbetare uttrycker en oroande utveckling med ökade kostnader för hemsjukvårdspatienter. De beskriver att hemsjukvården innebär att patienter behöver betala en månatlig kostnad för hälso- och sjukvård i hemmet till kommunen, samt avgifter för besök till hälsocentral och sjukhus. För en del äldre, multisjuka och personer med psykisk ohälsa kan det vara svårt att klara dessa kostnader.

Medarbetare upplever att riktlinjer inte alltid är väl definierade vilket bidrar till otydlighet med avseende på ansvarsfördelningen mellan huvudmän. Exempelvis kan bedömningar innebära att hälso- och sjukvårdsmedarbetare utför åtgärder som enligt riktlinjerna är ålagda annan vårdgivare. Detta kan leda till utrymme för tolkningar såsom att personer som omfattas av Lagen om särskilt stöd och service (LSS) överförs till hemsjukvården utan att överföringen har föregåtts av individuell vårdplanering. Begreppet ”tröskelprincipen” anses av medarbetare och brukarorganisationerna som ett illa valt begrepp vilket inte överensstämmer med förutsättningarna för vem som är berättigad till hemsjukvård. Begreppet hemsjukvård

ifrågasätts, då det uteslutande innefattar vård. Det innebär att frågor rörande rehabilitering i ordinärt boende, helt eller delvis fallit bort.

En betydelsefull aspekt av helhetssyn och samordning är kommunikationen mellan huvudmännen. Även om medarbetare upplever kommunikationen internt i kommunerna som förbättrad så visar resultatet från intervjuer och enkät på fortsatta svårigheter i kommunikationen mellan kommun, hälsocentral och sjukhus. Under intervjuer med medarbetare framförs att sjukhusets medarbetare nu behövde kommunicera med både hälsocentral och kommun vid utskrivning till hemmet. Det framkommer att sjukhusvistelser med återgång i ordinärt boende kan vara en kritisk vårdövergång. Varje led måste säkerställas för trygga och säkra vårdöverföringar mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer där patientens behov ställs i centrum. Från intervjuer med medarbetare framkommer att flertalet kritiska situationer säkras genom att ansvarstagande hälso- och sjukvårdsmedarbetare gör sitt yttersta för att inte patienter ska ”falla mellan stolarna”. Resultatet visar att det på organisatorisk nivå fortfarande finns en hel del kvar att lösa. Vidare visar resultatet på fortsatt dubbelarbete av hälso- och sjukvårdspersonal i ordinärt boende. Dubbelarbete förekom exempelvis då patienter återvänder från sjukhus till hemmet. Det kan handla om att flera sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter från olika huvudmän fortfarande är engagerade i en och samma hemsjukvårdspatient. Vidare beskrev de att landsting och kommun hade olika system för dokumentation vilket bidrog till att åtgärder dubbeldokumenterades.

I tabell 5 redovisas i vilken utsträckning kommunikationen mellan sjukhus, hälsocentral och kommun har förbättrats. I tabellen framgår det att kommunens medarbetare i högre utsträckning än hälsocentralens och sjukhusets medarbetare bedömer kommunikationen förbättrad. Figur 1 visar att 8/10 från kommunen svarar att kommunikationen internt har förbättrats, vilket också var ett av delmålen.

*Tabell 5. Medarbetare som instämmer i att kommunikationen har förbättrats mellan aktörer i hemsjukvården, Norrbotten 2016.*

|                            | Sjukhus | Hälsocentral | Kommun  | Totalt  |
|----------------------------|---------|--------------|---------|---------|
| Sjukhus-kommun, n (%)      | 4 (36)  | 2 (25)       | 14 (29) | 20 (30) |
| Sjukhus-HC, n (%)          | 3 (30)  | 3 (16)       | 1 (7)   | 7 (16)  |
| HC-kommun, n (%)           | 2 (67)  | 9 (45)       | 22 (41) | 33 (43) |
| Internt inom kommun, n (%) | 1 (14)  | 3 (43)       | 41 (77) | 45 (67) |

Som framgår av tabell 5 anser kommunens medarbetare att kommunikationen internt inom kommunen har förbättrats. Flest jakande svar inkom också från medarbetare inom kommun. Dock kan det vara svårt för medarbetare inom landsting att bedöma om kommunikationen intern inom kommunen hade förbättrats.

Det framkommer att flera hälsocentraler i länet har infört rondtider till kommunens hälso- och sjukvårdsmedarbetare för informationsutbyte/informationsöverföring med syfte att kunna tillgodose enskilda hemsjukvårdspatienters vårdbehov. Dock framkommer det att samverkansmöten ställs in på grund av akuta situationer som måste prioriteras. Det framkommer också att mötestider inte nyttjades av kommunens medarbetare, utan att förhinder meddelats i tid. Detta innebär att tid som hade kunnat användas till patientarbete förverkas. Medarbetare uttryckte att ett välfungerande teamarbete stödjer sig på en organisation med geografisk närhet mellan medarbetare. Det som tidigare har lösts genom direkta möten mellan professioner på hälso-

centralerna har försvårats av kommunaliseringen. Ett förslag från medarbetare är att hälso- och sjukvården kan ha olika huvudmän men vara organiserade i gemensamma lokaler. En annan aspekt är att samverkan mellan huvudmännen är beroende av faktorer som kommunstorlek, organisatoriskt tillhörighet, person och ledning. Det framkommer att samverkan underlättades i mindre kommuner där hälso- och sjukvårdsmedarbetare har ökad personkännedom. Flera medarbetare är betänksamma till fördelarna med kommunaliseringen av hemsjukvården. Ett citat från en kritisk medarbetare:

*”Det här är en baklängesreform där man gör något som försämrar och försvårar för alla. Förändringar möter alltid ett motstånd och många förändringar går att leva med, men den här är hopplös”*

Under målområdet helhetssyn och samordning ingår också definitionen av vem som är berättigad till hemsjukvård. Enkätsvaren visar att majoriteten av medarbetare, inom kommun och landsting, uppfattar definitionen av hemsjukvårdspatienten som otydlig. Vid analys av enkätsvaren från kommun, hälsocentral och sjukhus framkommer det att både medarbetare i såväl landsting som kommun upplever definitionen som otydlig. Enligt tabell 6 skattar ungefär 1/3 av de som besvarat enkäten definitionen hemsjukvårdspatient som tydlig.

Tabell 6. Andel medarbetare som instämmer att definitionen av ”hemsjukvårdspatient” är tydlig

|       | Sjukhus | Hälsocentral | Kommun  | Totalt  |
|-------|---------|--------------|---------|---------|
| N (%) | 8 (40)  | 10 (44)      | 20 (28) | 38 (33) |

<sup>1</sup> De som svarat vet ej, är borträknade vilket gäller samtliga påståendialternativ i utvärderingen

## Vårdkvalitet och patientsäkerhet

Det andra målet som utvärderingen ska belysa är vårdkvalitet och patientsäkerhet. Inför kommunaliseringen beskrevs vårdkvalitet och patientsäkerhet enligt följande: ”Ett samlat hemsjukvårdsansvar höjer säkerheten i informationsöverföringen och gagnar patientsäkerhet och vårdkvalitet. Patienten/brukaren kommer att få sin vård och omsorg utförd av legitimerad personal och hemtjänstpersonal i kommunal regi. Hemtjänstpersonalen får handledning och stöd från den legitimerade personalen och utvecklar kontinuerligt sin kompetens”.

För att belysa detta mål har information samlats från intervjuer med patienter/närstående, medarbetare, dialogmöten med brukarorganisationer samt via enkätsvar från medarbetare. Resultatet visar, i likhet med föregående målområde, på både positiva och negativa upplevelser.

Vid intervjuer med hemsjukvårdspatienter framkommer att de upplever sig trygga med att kunna bo kvar i hemmet där de erbjuds hemsjukvård. Närstående upplever, företrädesvis, trygghet med den hälso- och sjukvård som erbjuds i hemmet. Kontinuiteten bland hemsjukvårdens personal har förbättringspotential. Språkförbistringar och feltolkningar mellan hemsjukvårdspatienter och medarbetare i hemsjukvården, framförs av närstående som en patientsäkerhetsrisk. Vidare framförs bristande samordning mellan hälso- och sjukvård och brister i uppföljningen i hemmet, exempelvis efter sjukhusvistelse som ett område med förbättringspotential. Både närstående och personal inom hemtjänst ger exempel på risksituationer, ofta vid vårdövergångar mellan huvudmän, vilka hade kunnat leda till patientskador. Exempel ges att risksituationer kan undvikas genom ansvarstagande närstående och medarbetare som följt upp kritiska situationer, vilket bidragit till att hemsjukvårdspatienters säkerhet har kunnat tryggas.

Från intervjuer med medarbetare framkommer att patientsäkerheten är beroende av att enskilda medarbetare bevakar att patientinformation kommuniceras rätt. Det framkommer att uppföljningar av risksituationer följs upp enligt olika rutiner inom kommun och landsting. Av drygt 700 anmälda patientärenden till Patientnämnden 2014 stod kommunerna för endast 22 inrapporterade fall. Kommunernas ärenden har i den senaste rapporten från 2015 ökat till 42 inkomna ärenden. Ökningen beror till stor del på ett ärende utifrån en principiell fråga, vilken berör samtliga 14 kommuner. Vidare framkommer att patienter/närstående inte så ofta vill eller orkar klaga. Närstående uttrycker också en viss rädsla för att hemsjukvårdspatienter riskerar att erhålla sämre vård om misstag i hemsjukvården anmäls. Ärenden rapporterades därför oftast först efter det att hemsjukvårdspatienten avlidit.

Medarbetare beskriver att kommunaliseringen av hemsjukvården har bidragit till bättre vårdkvalitet och patientsäkerhet med avseende på uppföljning av läkemedel och medicintekniska produkter i hemmet. Ett förtydligande citat:

*”Tidigare var det vilda western i hemmet på vem som gav och höll redan på patienternas mediciner och hjälpmedel”*

Som framgår av tabell 7 instämmer två tredjedelar av de svarande medarbetarna att kvalitén på hemsjukvården har förbättrats. Kommunanställda uppfattar i betydligt högre utsträckning än svarande från landstinget att kvalitén har förbättrats.

Tabell 7. Medarbetare som instämmer att kvalitén på hemsjukvårdens har förbättrats

|       | Sjukhus | Hälsocentral | Kommun  | Totalt  |
|-------|---------|--------------|---------|---------|
| N (%) | 2 (25)  | 5 (39)       | 35 (83) | 42 (67) |

Medarbetare beskriver skilda dokumentationssystem som en risk för patientsäkerheten. Hälso- och sjukvårdens medarbetare uttrycker nuvarande gemensamma patientdokumentationssystem som svårtillgängligt, vilket kan inverka på hemsjukvårdspatienters säkerhet. Medarbetare gav exempel på risksituationer såsom då patienter besöker hälsocentral/sjukhus och då prov tagits eller de fått förändrade ordinationer av läkemedel, utan att kommunens hälso- och sjukvårdspersonal fått vetskap om förändringar. Nedan följer ett citat från en medarbetare:

*”Vi kan inte se patienternas läkemedelslista, röntgenbilder och ordinerade prover i systemet. När inte den högra handen vet vad den vänstra gör -hur får man då en patientsäkerhet?”*

Det framkommer att hälso- och sjukvårdens medarbetare transporterar patientdokumentation i bilar eller via post och att det kan ta lång tid innan åtgärder dokumenteras. Vidare framkommer det att information mellan vårdgivare förmedlas genom metoder såsom: skriftliga meddelanden, post, fax eller e-post vilket upplevdes som en patientsäkerhetsrisk. Meddelanden rörande hemsjukvårdspatienter kunde adresseras fel och bli liggande i postrum i flera veckor utan åtgärd. Bristande kommunikation innebär att ordinerade prover förbises eller att provsvar inte beaktas. Medarbetare betonar att en felaktig hantering av ett prov som resulterar i omtag av prov, alltid innebär en viss patientsäkerhetsrisk. De framför att flertalet risksituationer förhindrats, genom ansvarstagande medarbetare som säkerställde att hemsjukvårdspatienter inte kom till skada. Systemet med skriftliga meddelanden innebär också att muntlig överrapportering mellan hälso- och sjukvårdens medarbetare förlorades. Ett citat:



*”Från smidig och nära kommunikation mellan distriktsköterska och läkare till återgång till kommunikation med papperslappar”*

Arbetsterapeuter och fysioterapeuter har sedan kommunaliseringen ansvar för förskrivning och uppföljning av individuella och arbetstekniska hjälpmedel i ordinärt boende. Inför kommunaliseringen av hemsjukvården har landstinget och kommunerna arbetat proaktivt för att lösa ansvarsfrågor kring tekniska hjälpmedel i hemmet. Även efter kommunaliseringen genomförs kontinuerligt samverkansmöten mellan landsting och kommun för att följa upp ärenden gällande tekniska hjälpmedel i ordinärt boende. Införandet av medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) i kommunen, beskrivs som en kvalitetsökning för frågor om rehabilitering och individuella och arbetstekniska hjälpmedel. Vidare framkommer från intervjuer med hälso- och sjukvårdsmedarbetare inom kommunen att det är utmanande att klara av att följa upp alla tekniska hjälpmedel i ordinärt boende i enlighet med gällande rutiner och riktlinjer.

Det framkommer att risksituationer underrapporteras. Kommunernas begränsade avvikelserapportering uppfattas bland annat bero på en kultur där medarbetare inte har använt avvikelserapportering, som kvalitetssäkring, i samma utsträckning som landstingets medarbetare. Under intervjuer med hälso- och sjukvårdsmedarbetare framkommer att kommunerna har arbetat fram interna rutiner för uppföljning av patientsäkerhetsärenden. Enligt dessa rutiner lyfts och diskuteras ärenden systematiskt under teammöten tillsammans med medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS). I de kommuner som har anställt MAR ingår även dessa i det systematiska förbättringsarbetet.

Ett annat område som både medarbetare, närstående och representanter från brukarorganisationer framför som betydelsefullt att belysa är kompetensen bland hälso- och sjukvårdens medarbetare. Det finns behov av fördjupade kunskaper i exempelvis gerontologi och geriatrik och kontinuerlig fortbildning. Medarbetare ifrågasätter också gränsen för vilken vård som är möjlig att erbjuda i ordinärt boende och vilken kompetens som krävs för avancerad vård. Även intervjuer med representanter från brukarorganisationerna visar att system för avvikelserapportering och informationsöverföring har förbättringspotential. Enkätsvaren visar att kommunanställda medarbetare i högre utsträckning än landstingets medarbetare betraktar hemsjukvården som säker (tabell 8).

Tabell 8. Medarbetare som instämmer att hemsjukvården är säker

|       | Sjukhus | Hälsocentral | Kommun  | Totalt  |
|-------|---------|--------------|---------|---------|
| N (%) | 4 (44)  | 8 (53)       | 50 (83) | 62 (74) |

## Tillgänglighet till hälso- och sjukvård i hemmet

Det tredje målet som ingår i denna utvärdering är tillgänglighet till vård och omsorg i hemmet dygnet runt. Tillgängligheten definieras enligt följande inför kommunaliseringen: ”Kommunernas övertagande av hemsjukvård innebär bättre förutsättningar för tillgänglighet till vård och omsorg i hemmet dygnet runt. Detta minskar sannolikt behovet av akutbesök och vård på sjukhus. Trygg vård i hemmet ökar landstingets möjligheter att använda sjukhusets resurser effektivt med fokus på medicinsk kvalificerad verksamhet” [4]. Sammantaget visar resultatet av enkäten och intervjuerna med patienter/närstående, medarbetare och brukarorganisationerna att det även i detta målområde finns delade uppfattningar. Flertalet av de intervjuade (patienterna/närstående) är överlag nöjda med tillgängligheten till hälso- och sjukvård.

Från intervjuer med hemsjukvårdspatienter framkommer att hemsjukvårdspatienter upplever tillgängligheten till hälso- och sjukvårdsmedarbetare som god sedan överföringen till kommunerna. Ett citat från en hemsjukvårdspatient:

*”Om jag undrar över något så kan jag ringa till sjuksköterskan och hon kommer och tittar till mig -det gör att jag känner mig väldigt trygg”*

Även närstående och personal inom hemtjänst beskriver tillgängligheten till hälso- och sjukvården som god. Vid behov kontaktades hälso- och sjukvårdsmedarbetare per telefon, vilket oftast fungerade men att det ibland kunde ta tid innan sjuksköterskor har tid att återkoppla påringningar. Ett citat:

*”Sjuksköterskan tittar till patienten när vi ringer. Det fungerar bra och tillgängligheten är god”*

Det framkommer emellertid miljömässiga hinder exempelvis i hanteringen av lås och dörrar. På kvällar och nätter, då patienter på grund av funktionsnedsättning kan ha svårt att öppna dörrar och då hemtjänstens personal inte tjänstgör alla tider på dygnet, är ett exempel på detta.

Kommunerna har organiserat hälso- och sjukvården på skilda sätt i länet. Vissa hälso- och sjukvårdsmedarbetare är organiserade enligt hemtjänstens geografiska områden. Till det gemensamma hör att sjuksköterskor finns tillgängliga alla dagar och tider på året, i länets samtliga kommuner. Detta bidrar till att kvarboende i hemmet med avancerad vård, även kan erbjudas multisjuka patienter. Före kommunaliseringen byggde kvarboende i hemmet i större utsträckning på att närstående tog ansvar för att delegerade åtgärder utfördes kvällar, nätter och helger. Tillgången till sjuksköterskor är dock ofta begränsad nattetid. Organisation och stora geografiska områden innebär att sjuksköterskan inte kan ha personkännedom om alla hemsjukvårdspatienter. Medarbetare ifrågasatte behovet av hembesök nattetid, då akuta förändringar av tillstånd ofta kräver avancerad vård på sjukhus.

Intervjuer med medarbetare och enkätsvar visar att tillgängligheten till hälso- och sjukvårdsmedarbetare internt i kommunen har förbättrats sedan kommunaliseringen. Enkätsvaren visar att det generellt fungerar bra att få kontakt med kollegor inom hälso- och sjukvården oavsett huvudman. Dock skattade medarbetare det som svårare att få kontakt med läkare (tabell 9).

*Tabell 9. Andel medarbetare som instämmer att det fungerar bra att få kontakt med hälso- och sjukvårdsmedarbetare, Norrbotten 2016.*

|                              | Sjukhus | Hälsocentral | Kommun   | Totalt  |
|------------------------------|---------|--------------|----------|---------|
| Sjuksköterska kommun, n (%)  | 11 (61) | 19 (86)      | 64 (97)  | 94 (89) |
| Sjuksköterska NLL, n (%)     | 14 (88) | 16 (89)      | 40 (66)  | 70 (74) |
| Arbetsterapeut kommun, n (%) | 10 (77) | 13 (68)      | 65 (99)  | 88 (90) |
| Arbetsterapeut NLL, n (%)    | 15 (94) | 15 (83)      | 31 (69)  | 61 (77) |
| Fysioterapeut kommun, n (%)  | 9 (82)  | 13 (77)      | 67 (100) | 89 (94) |
| Fysioterapeut NLL, n (%)     | 15 (88) | 16 (89)      | 37 (84)  | 68 (86) |
| Läkare, HC, n (%)            | 12 (60) | 17 (85)      | 17 (29)  | 46 (47) |
| Läkare sjukhus, n (%)        | 10 (67) | 8 (53)       | 11 (22)  | 29 (37) |

## Delaktighet

Det sista målet som identifierats som betydelsefullt att belysa i denna utvärdering är delaktighet. Delaktighet var inte fördefinierad men inbegriper företrädesvis hemsjukvårdspatienter/närståendes möjlighet att påverka planering av åtgärder i ordinärt boende. Sammanfattningsvis visar resultatet av intervjuer och enkät att kvarboende i det egna hemmet, för multisjuka och för äldre, var positivt ur ett delaktighetsperspektiv. Resultatet visar att åsikterna om SIP är delade. Där verktyget framgångsrikt hade införts som en naturlig del och där hemsjukvårdspatienter är delaktiga vid planering av insatser, har ledningen varit tydlig och arbetet med införandet av SIP har prioriterats.

Från intervjuer med hemsjukvårdspatienter och närstående framkommer att man är nöjd med graden av delaktighet, vid planering av insatser i hemmet. Dock ifrågasätts tydligheten angående ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun för uppföljning och revidering av planerade åtgärder. Ett citat från en patient:

*”Man upprättade en plan inför överföringen från hälsocentralen till kommunen, men ingen har uppdaterat den”*

Även om flertalet är nöjda med graden av delaktigheten så framför enstaka hemsjukvårdspatienter att deras behov och önskemål inte beaktats av hälso- och sjukvården. Intervjuerna avspeglar vidare att det kan innebära svårigheter för hemsjukvårdspatienter att inta en aktiv roll, då flertalet är äldre och inte vana att ta beslut rörande hälso- och sjukvårdsfrågor. De kan dessutom vara så att en del patienter är nöjda med att andra tar beslut gällande hälso- och sjukvårdsinsatser. Närstående upplever att hälso- och sjukvårdsmedarbetare ibland övertolkat innebörden av hemsjukvårdspatienters rätt till delaktighet:

*”Pendeln har svängt. Visst ska de lyssna på patienterna, men de måste lyssna på både patienter och anhöriga. De måste känna personen och de är tre olika aktörer som måste ta reda på förutsättningarna. De lyssnade mest på pappa som sa att han kunde städa och laga mat, men det kan han inte längre. Han vet inte ens hur man slår på dammsugaren!”*

Från samverkansmöten med länshandikapprådet och läns pensionärsrådet framkom olika uppfattningar om hemsjukvårdspatienters möjlighet till delaktighet. Varierande uppfattningar framfördes om att brukarens behov verkligen står i centrum för insatserna eller om det även inbegriper ekonomiska prioriteringar där den enskildes behov inte alltid ges företräde. Resultatet av dialogmöten visar också att riktlinjer beträffande tröskelprincipen behöver tydliggöras.

Som framgår av tabell 10 skattade kommunens medarbetare i högre utsträckning att kommunaliseringen har bidragit till ökat patientfokus. Endast åtta landstingsanställda instämde i påståendet att kommunaliseringen har bidragit till ökat patientfokus.

Tabell 10. Medarbetare som instämmer med påståendet att kommunaliseringen bidragit till ökat patientfokus

|       | Sjukhus | Hälsocentral | Kommun  | Totalt  |
|-------|---------|--------------|---------|---------|
| N (%) | 4 (40)  | 4 (20)       | 35 (64) | 43 (50) |

Åsikterna beträffande SIP är många. Medarbetare upplever intentionen som god, där åtgärder ska utgå från behov, med ökad samverkan över organisationsgränserna. Samtidigt ifrågasätts nyttoeffekterna och det framkom upplevelser av att SIP inte följde hemsjukvårdspatienternas

processer, vilket är en förutsättning då hälsotillstånd snabbt kan förändras. Medarbetare anser också att verktyget är byråkratiskt och ologiskt med en svår terminologi. Ett citat:

*”Vi skulle ha samverkan med kollegor i kommunen och vi skulle göra samordnade individuella planer. Det fallerade ganska snart för det var ingen som visste hur man skulle göra!”*

Enkätsvaren visar att en tredjedel av medarbetarna skattade att samordnade individuella planer upprättades regelbundet (bilaga 2). Vid uppdelning av svaren i enkäten mellan kommun, hälsocentral och sjukhus är fördelningen enligt tabell 11 nedan. Som framgår är det inga större skillnader mellan kommun och landstingsanställdas bedömning huruvida SIP upprättas rutinmässigt.

Tabell 11. Medarbetare som instämmer med påståendet att SIP upprättas rutinmässigt

|       | Sjukhus <sup>1</sup> | Hälsocentral | Kommun  | Totalt  |
|-------|----------------------|--------------|---------|---------|
| N (%) | 4 (33)               | 10 (48)      | 22 (33) | 36 (36) |

<sup>1</sup> Medarbetare på sjukhus kan ha svårt att svara på denna fråga då man där använder samordnad planering vid utskrivning från slutenvård (SVP).

Medarbetare beskriver att en del enheter har utformat rutiner för signering och uppföljning av samordnade individuella planer genom att tilldela medarbetare uppgiften med justering av plan i SVP. Vidare framkommer att åtgärder planeras genom e-post, telefon och skriftliga meddelanden utan att reflektera över hur det inverkar på patienters möjlighet till delaktighet. Hälsocentral- och sjukvårdsmedarbetare framför att de, i likhet med tidigare, planerar multimodala åtgärder vid behov men utan att använda SIP. Tabell 12 visar att hälso- och sjukvårdens medarbetare i hög utsträckning vårdplanerar utan att använda anmodade verktyg. Totalt skattade två tredjedelar av medarbetarna, oavsett huvudman, att vårdplaneringar löstes på annat sätt (tabell 12).

Tabell 12. Medarbetare som instämmer med påståendet att vårdplaneringar löses på annat sätt

|       | Sjukhus | Hälsocentral | Kommun  | Totalt  |
|-------|---------|--------------|---------|---------|
| N (%) | 11 (85) | 11 (65)      | 33 (64) | 55 (67) |

Även om flertalet är kritiska till verktyget för samordnade individuella planer, framkommer individuella upplevelser av att verktyget fungerar. Där verktyget har implementerats och använts har chefer varit tydliga med rutiner och utbildningsinsatser.

## Diskussion

Syftet med kommunaliseringen av hälso- och sjukvården i ordinärt boende i Norrbottens län var att skapa en sammanhållen vård i hemmen med kommunerna som huvudman för hemtjänst, hemsjukvård och särskilda boenden. Ytterligare ett syfte var att öka säkerheten i informationsöverföringen mellan kommunernas hälso- och sjukvård och hemtjänst genom ett samlat hemsjukvårdsansvar för kommunerna [5]. Delegering och handledning från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till hemtjänsten skulle öka patientsäkerheten. Resultatet visar att patienter och närstående överlag förmedlar positiva erfarenheter av insatserna från hemsjukvården. Detta är också i linje med andra läns/regioners utvärderingar. Resultatet visar vidare att hälso- och sjukvården genomgående har högt förtroende hos medborgarna, vilket är förenligt med resultat i Vårdbarometern (2015). Enligt Vårdbarometern anser åtta av tio svenskar att de har tillgång till den vård de behöver och sex av tio invånare har stort eller mycket stort förtroende för sjukvården [10].

Ett mål med kommunaliseringen var att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Hemsjukvårdspatienter och närstående förmedlar i hög utsträckning positiva erfarenheter när det gäller tillgängligheten. Även medarbetare förmedlar en bild av att tillgängligheten till hälso- och sjukvårdspersonal internt inom kommunen har förbättrats. Den förbättrade tillgängligheten konstateras även i revisionsrapporten om palliativ vård [11]. Hemsjukvårdspatienter och närstående uttrycker dock att de har svårt att se några egentliga skillnader, före och efter kommunaliseringen. Flertalet har också svårt att skilja på om insatser i hemmet ges av kommun eller landsting. De kritiska synpunkter som framkommer berör i stor utsträckning hög personalomsättning inom hemtjänsten. Ur ett integritetsperspektiv kan det vara känsligt att många olika personer involveras i personlig vård. Andra kommentarer som framförs är bristande språkkunskaper medarbetare inom hemtjänst, vilket kan leda till språkförbistringar.

Vikten av att ta del av närståendes perspektiv framkommer också i utvärderingen. Närstående deltar sannolikt i vårdplaneringar, men det finns även exempel på att närstående uppfattar att deras perspektiv inte efterfrågats. Detta kan bidra till att hemsjukvårdspatienter inte erhåller insatser motsvarande behov. Hemsjukvårdspatienter som deltog i utvärderingen var företrädesvis äldre med omfattande vård- och omsorgsbehov, en grupp som inte är vana att ställa krav och framföra klagomål eller uppmärksamma media på upplevda missförhållanden. Att hemsjukvårdspatienterna är en grupp som är nöjda och inte är klagar, stämmer överens med andra läns utvärderingar av kommunaliseringen av hemsjukvården. Utvärderingen visar att kommunmedarbetare i högre utsträckning än landstingets medarbetare, uttrycker nöjdhet med kommunaliseringen. Den organisatoriska närheten mellan hemtjänst och hemsjukvård rapporteras stödja informationsutbyte internt mellan hemtjänst och hemsjukvård, vilket också var ett av syftena med huvudmannaskapsförändringen. Däremot kvarstår utmaningar avseende informationsöverföring mellan de två huvudmännen. Utvärderingen visar att svårigheterna med informationsöverföring är särskilt tydlig mellan hälsocentral och kommun. Avsaknaden av gemensamma dokumentationssystem där både landsting och kommun kan tvåvägskommunicera, uppfattas som en brist. Kommunikationen beträffande planering av insatser till hemsjukvårdspatienter som före kommunaliseringen skedde smidigt inom hälsocentralen fordrar idag kreativa lösningar. Effektiviteten i arbetet ifrågasätts också då dubbelarbete förekommer. Resultatet visar att hälso- och sjukvårdens medarbetare upplever brister i patientsäkerheten då aktuell patientinformation inte alltid finns tillgänglig och uppdaterad. Exempelvis kan aktuell läkemedelslista och provsvar saknas. Utvärderingen visar att medarbetare anstränger sig för att säkerställa god patientsäkerhet, trots avsaknaden av gemensamma dokumentationssystem. Svårigheter med informationsöverföring mellan hälso-

och sjukvårdens vårdgivare behöver lösas. I revisionsrapporten om palliativ vård påtalas också brister i informationsöverföringen mellan vårdgivare och att det idag saknas elektroniska kommunikationssystem mellan hälsocentralernas läkare och kommunala sjuksköterskor [11]. Även nationellt har bristande informationsöverföring mellan vårdgivare uppmärksamats. Behovet av kommunikation och säker informationsöverföring mellan vårdgivare är grundläggande förutsättningar för en god och säker vård och rehabilitering, vilket även lyfts som ett område med förbättringspotential inom ny forskning [12, 13]. Rätt utformad och korrekt använda system kan bidra till trygga och säkra informationsprocesser där hemsjukvårdspatientens behov är utgångspunkt för insatser.

Resultatet indikerar att dubbelarbete i ordinärt boende förekommer. Detta sker sannolikt för att säkerställa att en god vård och rehabilitering erbjuds hemsjukvårdspatienter. Även om avsikten är god kan dubbelarbete innebära att patienter/närstående behöver kommunicera med flera hälso- och sjukvårdsmedarbetare, som företräder olika vårdgivare. Vidare framkom det att hälso- och sjukvårdsmedarbetare från kommun tar emot muntliga överslagningar från kollegor på hälsocentralerna om hemsjukvårdspatienter som skrivs ut från sjukhus till ordinärt boende. Detta innebär att sjukhusets medarbetare först överslagar till hälsocentralens medarbetare som därefter överslagar till kommunens medarbetare. En risk som framfördes var att ansvarig läkare förbises vid dessa muntliga överslagningar och att enbart sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter från kommun och hälsocentral kontaktas. Detta innebär att ansvarig läkare vid hälsocentral inte har kännedom om patienters vistelse på sjukhus eller förändrade ordinationer av åtgärder och läkemedel inför hemgång till ordinärt boende. Medarbetare ifrågasätter helhetssynen och syftet med färre aktörer i hemmet då hemsjukvårdsbesök utförs av kommunens hälso- och sjukvårdsmedarbetare, medan landstinget har fortsatt ansvar för läkemedel, läkarkontakter och olika former av utredningar. Planerade hemsjukvårdsbesök utförs av kommunen, men förändrade hälsotillstånd kräver ofta avancerad vård och besök vid hälsocentral och/eller sjukhus. Detta innebär att patient/närstående har lika många aktörer att kommunicera med som före kommunaliseringen.

I utvärderingen har medarbetare rapporterat om sådant som de uppfattar behöver utvecklas. De har också rapporterat att fastslagna rutiner inte alltid efterföljs. Vidare visar resultatet att avvikelserapporter enligt anmodade riktlinjer inte görs i någon större omfattning inom hemsjukvården. Dock har kommunerna upprättat egna rutiner för uppföljning av ärenden som hade kunnat leda till risker för hemsjukvårdspatienter. Det är angeläget att fastslagna rutiner följs och att avvikelser kontinuerligt rapporteras för ständigt förbättringsarbete inom området. Här har arbetsledningen en nyckelroll. I utvärderingen framkommer det att begreppet ”tröskelprincipen” tolkas olika, vilket kan inverka på bedömning av ansvarsförhållanden och vem som är berättigad till hemsjukvård. Svårigheter med definitioner noteras även i en tidigare uppföljning [5]. Föreliggande utvärdering visade att otydliga gränser och riktlinjer, kan bidra till oklarheter i ansvarsfördelning mellan kommun och landsting. Tydliggörande av kriterier för vem som är berättigad till hemsjukvård skulle kunna effektivisera arbetet.

Patient- och brukarmedverkan betonas allt tydligare [14] vilket också var ett av delmålen för hemsjukvården i Norrbotten. Utgångspunkten för lagstiftningen kring samordnad individuell plan (SIP) utgår från patientens behov och önskemål. Resultatet i utvärderingen indikerar att hemsjukvården i alltför stor utsträckning fortfarande utgår från organisationsperspektivet, vilket under lång tid varit dominerande. En lärdom kan vara att det tar lång tid att utveckla nya arbetssätt som tar utgångspunkt i patientens önskemål och behov. Resultatet förmedlar bilden av att medarbetare i kommun och landsting genomgående uppfattar syftet med SIP som positivt, där planering utgår från patientens behov. Även om intentionen är god användes inte verktyget för SIP i avsedd utsträckning. Där verktyget för SIP används rutinmässigt har arbetsledningen ställt tydliga krav och utbildningsinsatser har genomförts.



Det framkom att samarbete mellan medarbetare med olika huvudmän, utgår mer från person än funktion. Ett väl fungerande samarbete bygger ofta på goda personkontakter. Med god vilja kan flexibla och smidiga lösningar uppnås till nytta för patienterna. Kontinuitet och personkännedom var nyckelord, vilket i synnerhet understöds i mindre kommuner. Problem rörande organisationsfrågor har i förkommande fall hanterats professionellt och har inte framförts till patient/närstående.

Allt fler äldre, svårt sjuka vårdas i hemmet vilket ses som en positiv utveckling. Vård av sjuka i hemmet ställer dock ökade krav på närståendes stödjande insatser. Det ställer också höga krav på kompetensen hos hälso- och sjukvårdens medarbetare. Läns pensionärsrådet och läns handikapprådet framför vikten av geriatrisk och äldre-psykiatrisk kompetens, som kan stötta hälso- och sjukvårdens medarbetare i arbetet med hemsjukvårdspatienter. Från de två råden och från närstående framförs synpunkter på hur framtida vård och omsorg för äldre ska tryggas. Från möten med andra län framkom det att vissa kommuner har anställt team med hälso- och sjukvårdsmedarbetare som innehar specialistkompetens för att kunna utföra avancerad vård i hemmet. Dock har det ännu inte varit aktuellt i Norrbotten.

En huvudmannaskapsförändring tar tid att genomföra. Överföringen av hemsjukvården till kommunerna gjordes skyndsamt. Sannolikt hade en del oklarheter och otydligheter kunnat överbryggas om förändringsprocessen getts mer tid för omställning.

Det beskrivs att patienter ”sippades över” från landstinget till kommunerna vilket inte är syftet med samordnad individuell plan. De efterfrågar också mer omfattande utbildningsinsatser i förhållande till användandet av verktyg. Personer i ledande befattningar uttrycker att breda utbildningsinsatser har genomförts. En framgångsfaktor för metodutveckling, visar sig vara gemensamt utformade arbets- och utvecklingsprocesser för medarbetare i kommun och landsting.

## Metoddiskussion

Föreliggande utvärdering är huvudsakligen deskriptiv utifrån ett kunskapsfrämjande perspektiv. Ambitionen har varit att fånga såväl kvantitativ som kvalitativ information. Intervjuer har genomförts med patienter/närstående samt med medarbetare och kvantitativa deskriptiva variabler har fångats genom enkät till medarbetare. Eftersträvansvärt hade varit att även kunna redovisa statistiska uppgifter för jämförelser, före och efter kommunaliseringen. Då data inte säkrades vid tiden för överföringen av hemsjukvården till kommunerna, har begränsad statistisk information kunnat användas i utvärderingen. För fortsatt uppföljning av kommunaliseringen av hemsjukvården i Norrbottens län, inklusive personal- och ekonomiska variabler, är det angeläget att statistiska uppgifter säkras och att indikatorer identifieras som möjliggör framtida uppföljningar.

Det är möjligt att fler medarbetare med negativa erfarenheter av kommunaliseringen av hemsjukvården varit benägna att svara på enkäten för att framföra kritiska synpunkter. Vid analys indelades svaren i tre grupper: kommun, hälsocentral och sjukhus. Detta innebar att vissa grupper och svarsalternativ (enkät) blev relativt begränsade i antal. Dock har information samlats genom olika metoder såsom intervjuer med medarbetare, patienter/närstående, medarbetarenkäten och fritextsvar vilket kan karaktäriseras som en form av triangulering, där området kunnat belysas från flera olika synvinklar [15]. Även om resultatet inte kan generaliseras så visar information från intervjuer och enkät på liknande mönster. Utvärderingen utfördes av personer med förståelse och insikt i hälso- och sjukvårdens organisation, vilket kan ses som en förutsättning. Arbetssättet med en gemensam utvärdering av kommunaliseringen av hemsjukvården i Norrbotten, med utvärderare som företrädde båda huvudmännen kan ses som en fördel, då inget perspektiv haft företräde



framför ett annat. Utvärderarna har eftersträvat att förhålla sig så neutrala som möjligt till det undersökta materialet, för att så sakligt som möjligt kunna spegla bilden av överföringen av hälso- och sjukvård till ordinärt boende i Norrbottens län.

Utvärderingens beskrivning av processen med överföringen av hemsjukvården och erfarenheter från såväl medarbetare som patienter och närstående torde dock, trots de ovan beskrivna begränsningarna, kunna bidra till underlag för framtida inriktning, uppföljning och utvärdering. Denna utvärdering kan ses som en första baslinjemätning som ger en bild av vilka delar som fungerar tillfredsställande och var det finns förbättringsområden inom hemsjukvården. Slutligen, att utvärdera överföringen av hemsjukvården i ordinärt boende, kan ses som att sikta mot ett rörligt mål, då interna och externa förutsättningar ständigt inverkar på hälso- och sjukvårdens förutsättningar.

## **Konklusion**

I utvärderingsuppdraget ingår att föreslå hur processer kan utvecklas och hur ett framgångsrikt förbättringsarbete kan bedrivas som utgår från hemsjukvårdspatientens behov. Den övergripande frågan som skulle belysas i utvärderingen är: Är vi på rätt väg? Vår bedömning är att det inte är möjligt att förmedla ett entydigt svar på frågan. Någon av de som intervjuats uttrycker att man varit i diket men kommit upp igen, någon annan att kommunaliseringen av hemsjukvården är den enda vägen. Ytterligare synpunkter som framkommit är att det är en utveckling som går i helt fel riktning. Det kan konstateras att det finns skilda uppfattningar i frågan. För patienter/brukare bedöms det förändrade huvudmannskapet för flertalet ha passerat relativt obemärkt. Hemsjukvårdspatienter är i stor utsträckning nöjda med de vård- och omsorgsinsatser som erbjuds i ordinärt boende. Närstående upplevde också företrädesvis trygghet med hemsjukvården, men uttryckte också upplevelser av bristande samordning mellan kommun och landsting. Genomgående förmedlar medarbetare att processen med kommunaliseringen av hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Norrbottens län hade kunnat göras smidigare om mer tid getts för omställning. Gemensamma, lokala, arbetsprocesser och möten med medarbetare från de två huvudmännen har visat sig vara en framgångsfaktor för att förbereda övergången. Ett väl fungerande samarbete mellan medarbetare i kommun och landsting rapporteras i hög grad beroende av goda personkontakter och personkemi. Utvärderingar utgår från att åtgärder vidtagna med goda avsikter inte är tillräckligt, det gäller också att uppnå goda resultat och att utvärderingens roll är att blicka tillbaka i syfte att förbättra manövreringen framåt [16]. Nedan följer några förslag på områden med förbättringspotential som har framkommit under arbetet med denna utvärdering:

- Tydliggöra ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting
- Förbättra och utveckla system för informationsöverföring
- Utveckla processer och flöden som utgår från patienters behov
- Kontinuerlig utbildning av medarbetares kompetens
- Utveckla och implementera avvikelserapportering som ett led i ständigt förbättringsarbete


## Referenser

- [1] Riksdagen. Svensk författningssamling. Patientsäkerhetslagen; 2010:659.
- [2] Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården; SOSFS 2000:1.
- [3] Statens offentliga utredningar. Kommunaliserad hemsjukvård- betänkande av utredningen en nationell samordnare för hemsjukvård; SOU 2011:55.
- [4] Kommunförbundet Norrbotten och Norrbottens Läns Landsting. Slutrapport: Kommunaliserad hälso- och sjukvård i hemmen i Norrbottens län; 2013.
- [5] Kommunförbundet Norrbotten. Slutrapport uppföljning av kommunaliserad hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Norrbottens län; 2014.
- [6] Denscombe M. The good research guide: For small-scale social research projects. McGraw-Hill Education (UK); 2014.
- [7] Utbildningsdepartementet. Etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm; 2001.
- [8] Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage Publication; 2002.
- [9] SPSS I. 19.0, Statistical package for the social sciences. IBM, Armonk, NY 2011.
- [10] Sveriges Kommuner och Landsting. Vårdbarometern, befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården; 2015.
- [11] Revisionsrapport. PwC. Palliativ vård- samverkan mellan landsting och kommun. Norrbottens Läns Landsting; 2015.
- [12] Nordmark S, Zingmark K, Lindberg I. Experiences and views of the discharge planning process among Swedish district nurses and home care organizers A qualitative study. Home Health Care Management & Practice 2015;27(3):108-18.
- [13] Nordmark S, Söderberg S, Skär L. Information exchange between registered nurses and district nurses during the discharge planning process: Cross-sectional analysis of survey data. Informatics for Health and Social Care 2015;40(1):23-44.
- [14] Sveriges Kommuner och Landsting. Patient-och brukarmedverkan: Positionspapper för ökad kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård och socialtjänst; 2010.
- [15] Malterud K, Midenstrand M. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: En introduktion. Studentlitteratur; 2009.
- [16] Vedung E. Utvärdering i politik och förvaltning. Stockholm: Studentlitteratur; 2009.

# Bilaga 1: Enkät

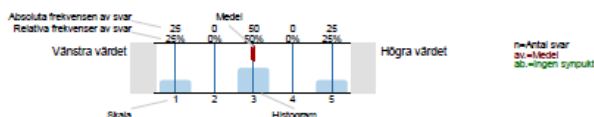
Ann-Charlotte Kassberg, Enkät

**Ann-Charlotte Kassberg**  
Enkät ()  
Antal svarande = 116



## Teckenförklaring

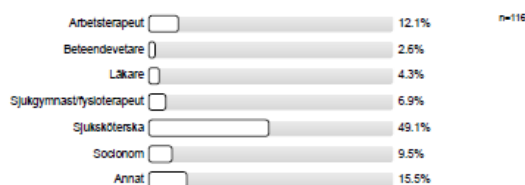
Frågetext



### 1. Bakgrund

Du besvarar frågorna i enkäten utifrån din uppfattning om hemsjukvården

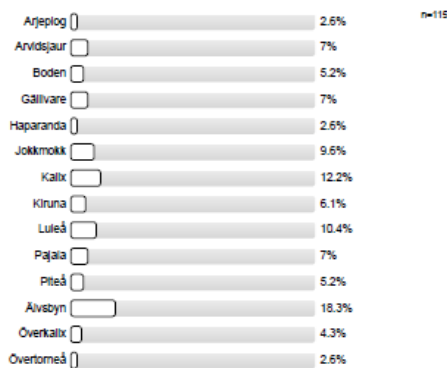
1.1) Vilken utbildning har du?



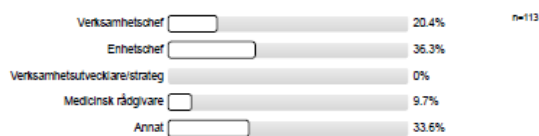
1.2) Var arbetar du?



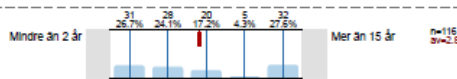
1.3) I vilken kommun är du yrkesverksam



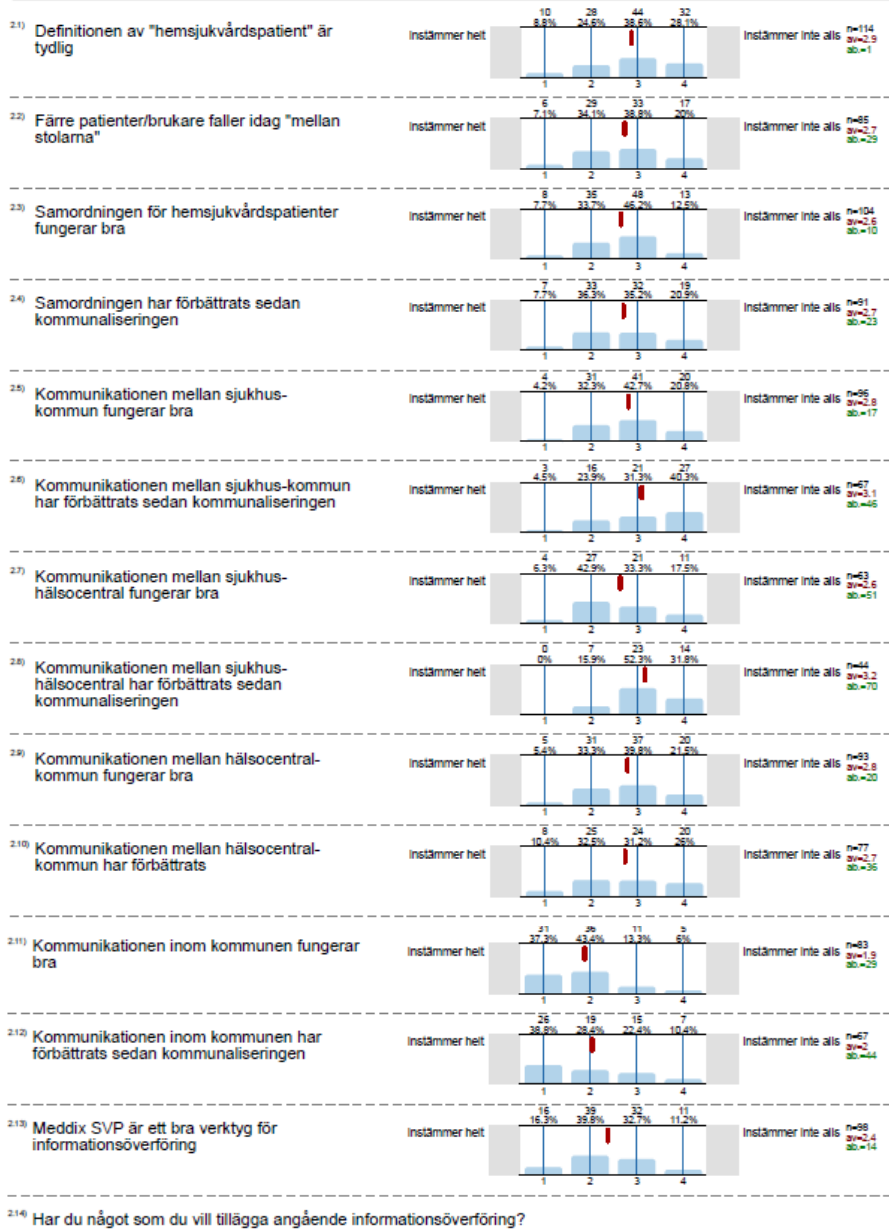
1.4) Vilken är din huvudsakliga funktion i ditt arbete?



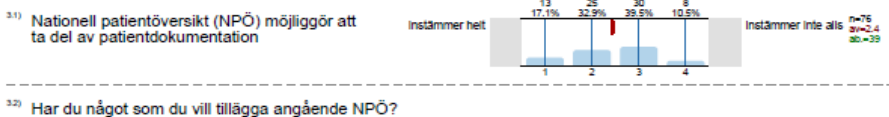
1.5) Hur länge har du arbetat inom nuvarande funktion (oavsett huvudman)



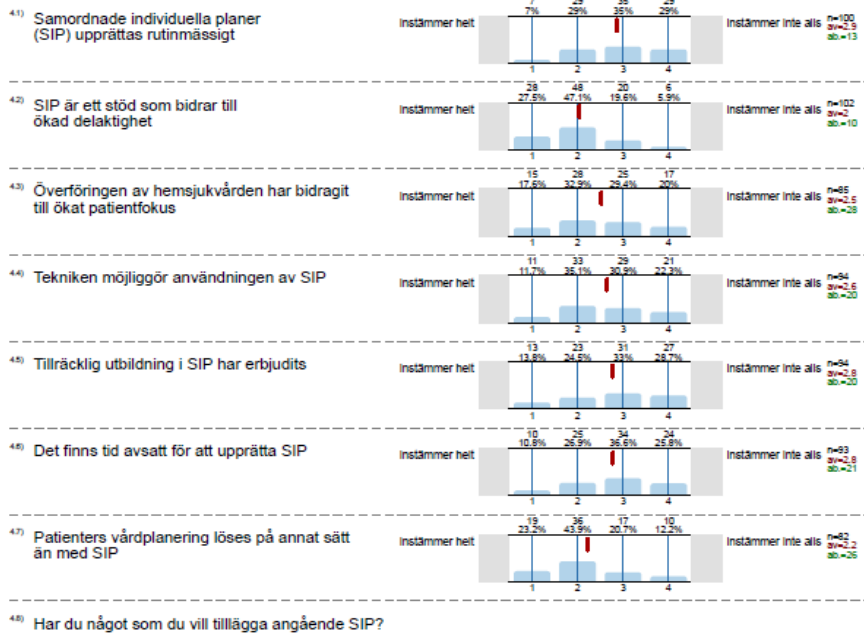
## 2. Helhetssyn och samordning



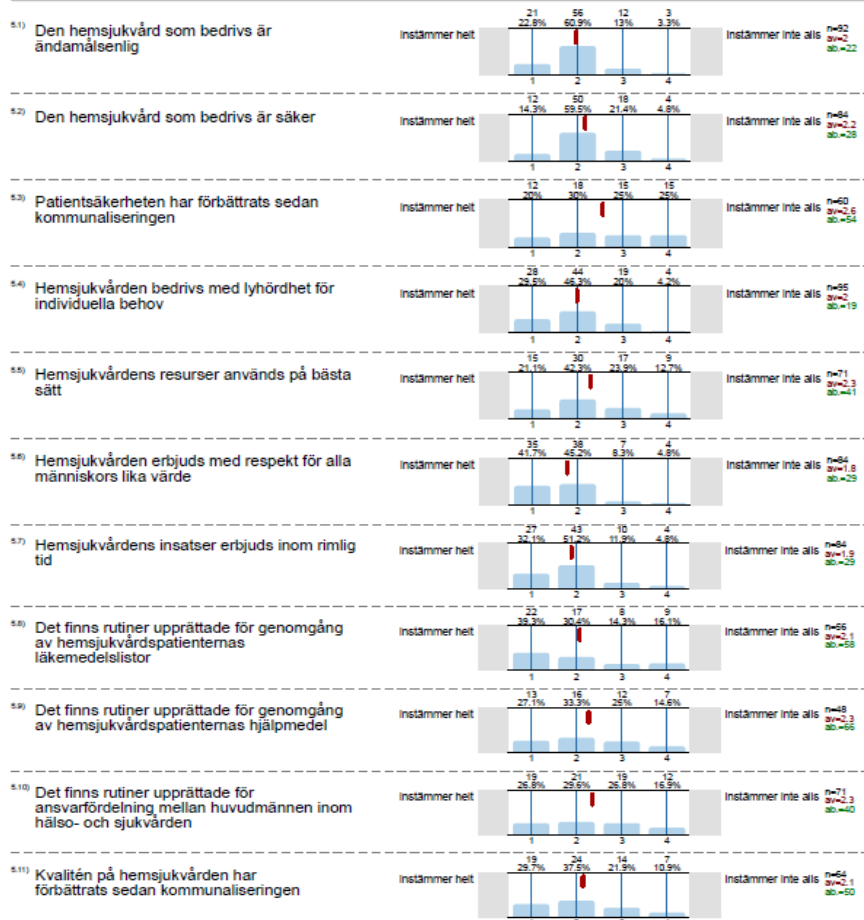
## 3. Nationell patientöversikt



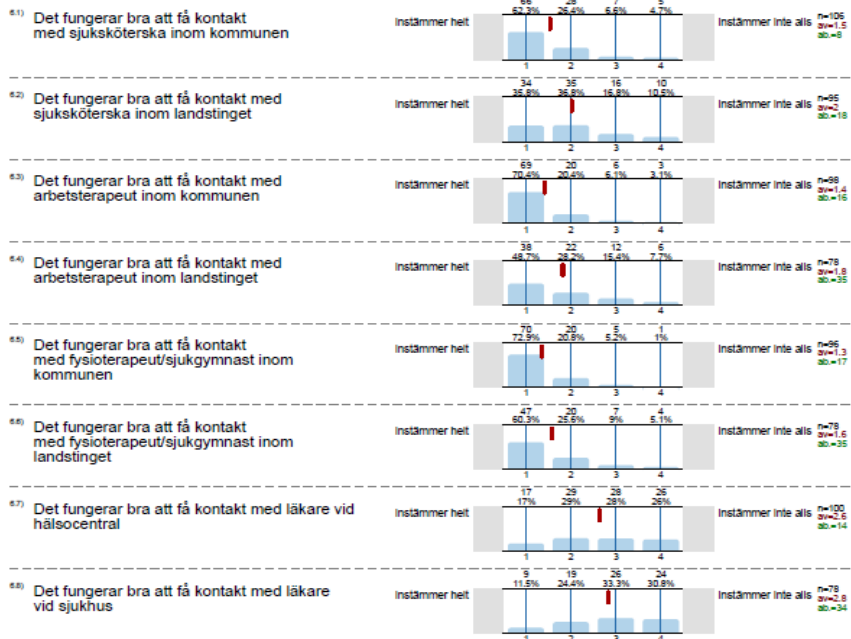
#### 4. Patientens delaktighet



#### 5. Vårdkvalitet och patientsäkerhet



6. Tillgänglighet till vård och omsorg i hemmet



7. Övrigt

7.1) Har du något att tillägga avseende kommunaliseringen av hemsjukvården?

## Bilaga 2: Frågeguide medarbetare

### Introduktion

Berätta kort om din bakgrund (yrke, huvudman, arbetat hur länge m m)  
Inledningsvis vid intervjun ges möjlighet till reflektioner över respektive delmål

### Helhetssyn och samordning

Hur tycker du att kommunaliseringen av hemsjukvården fungerat i stort?  
Hur tydlig är definitionen av vem som är en hemsjukvårdspatient?

### Vårdkvalitet och patientsäkerhet

Hur fungerar informationsöverföringen mellan de inblandade aktörerna (sjukhus, primärvård, kommun)?  
Har du förslag kring förbättringar för informationsöverföring?  
Hur tycker du att vårdplaneringen för patienter/brukare fungerar?  
Finns det hinder för att upprätta SIP?  
Finns det skillnader i ”kultur” mellan de två huvudmännen landsting/kommun?  
Hur tar det sig i så fall uttryck?  
Hur bedömer du att patientsäkerheten i hemsjukvården säkerställs?  
Vilka förbättringsområden ser du?

### Tillgänglighet till vård och omsorg i hemmet (dygnet runt)

Hur ser tillgången till vård och omsorg ut på kvällar och nätter?  
Vilka förbättringsområden ser du?

### Delaktighet

Vilka reaktioner har du mött från patienter/brukare om hur hemsjukvården fungerar?  
Vilka förbättringsområden ser du?

### Övrigt

Vilka möjligheter till utveckling av hemsjukvården ser du?  
Finns det oklarheter/problem som inte är lösta? I så fall vilka?  
Eventuella skillnader före och efter kommunaliseringen?  
Finns det något du vill tillägga som inte framkommit under intervjun?



## Bilaga 3: Intervjuguide patienter/brukare och närstående

1. Introduktion om hemsjukvård, hur länge patienten haft insatser och bakgrundsinformation.
2. **Helhetssyn och samordning.** Kan du berätta om dina erfarenheter av hemtjänst/hälso- och sjukvårds och hur du tycker att hemsjukvården fungerar. Hur har överföringar av information mellan vårdgivare fungerat (kommun, hälsocentral och sjukhus)?
3. **Vårdkvalitet och patientsäkerhet.** Kan du berätta om dina erfarenheter av information och överföring av exempelvis läkemedel, prover, journalanteckning, hjälpmedel, träning och bostadsanpassningar?
4. **Tillgänglighet (dygnet runt).** Kan du berätta om hur det går att få kontakt med exempelvis sköterska, läkare, arbetsterapeut och sjukgymnast (kommun, hälsocentral och slutenvård)? Är det någon personalkategori som du/närstående känner att det har blivit lättare/svårare att få kontakt med? Vet du/närstående vem ni ska kontakta då behov uppstår?
5. **Delaktighet.** Kan du berätta om hur ni planerade för dina insatser i hemmet och hur mål sattes upp? Vilka deltog vid planeringen? Kan du/närstående berätta om vilka insatser du har?
6. Om du/närstående skulle sammanfatta hemsjukvårdens betydelse för dig, hur skulle du då uttrycka dig? Vad är du mest nöjd över? Saknar du något (över tid)?
7. Är det något annat som du skulle vilja förmedla om hur det är att vara patient/närstående och erhålla insatser från hälso- och sjukvård i hemmet?

**Följdfrågor:** Vad tänkte du då? Varför blev det så? Berätta mer om hur det blev så?

