



# UTNYTTJA MÖJLIGHETERNA

Organiseringen av hemsjukvården vid åtta husläkarmottagningar efter införande av Vårdval Stockholm

Lisbeth Hagman  
Jenny Österman

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2011:5 ISSN 1401-5129

# FÖRORD

Av regelboken för husläkarmottagningarna i Stockholms län framgår att de ska *"prioritera äldre med stora och sammansatta vårdbehov samt kroniskt sjuka patienter"*. Så har uppdraget sett ut sedan Vårdval Stockholm infördes 2008. Det fanns och finns en tydlig politisk ambition att de äldre som har komplexa vårdbehov och insatser från många olika aktörer och från båda huvudmännen ska ha en trygg och säker vård och omsorg. Därför ska husläkarmottagningarna *"koordinera vården och läkemedelsbehandlingen för dessa patientgrupper"* och *"aktivt bidra till samordning"*. För de patienter som är inskrivna i den basala hemsjukvården har distriktssköterskan en *"koordinatorsfunktion genom att ansvara för att, i samverkan med andra yrkeskategorier, samordna insatser för att tillgodose patienternas totala vårdbehov"*.

Så är det alltså tänkt. Men hur blev det? En oro har funnits att Vårdval Stockholm istället inneburit en nedprioritering av de kroniskt sjuka till förmån för patienter med enklare åkommor, som ger snabba besök och därmed bättre intäkter för husläkarmottagningen.

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) gav därför Äldrecentrum i uppdrag att belysa denna fråga. Studien har utformats i samråd med HSN-f.

Denna studie ger inte belägg för att det blivit felaktiga prioriteringar, även om det framkommer en tydlig kritik mot ersättningssystemet från den personal som intervjuats. De menar samfällt att det inte stöder den prioritering husläkarmottagningarna ska göra enligt regelboken. Tvärtom pekar studien på att några stora husläkarmottagningar valt att organisera sig på ett intressant sätt som synes kunna ge en bättre tillgänglighet och därmed trygghet för äldre med stora och varierande behov. Hemsjukvården har hos dessa mottagningar fått en egen roll, med egen läkare och distriktssköterskor. Ett enkelt organisatoriskt grepp som vi gärna skulle vilja studera vidare. För denna studie är begränsad, åtta av de närmare 200 husläkarmottagningarna i länet har intervjuats. Det går därför inte att uttala sig mer generellt hur husläkarmottagningarna har prioriterat mellan sina olika patientgrupper, och inte heller att avgöra vilken organisatorisk form som bäst ger den flexibilitet, de möjligheter till besök i hemmet av läkare och distriktssköterska och det samspel med hemtjänst och andra aktörer som behövs. Denna studie kan ses som en bas för att studera dessa frågor vidare.

Ansvariga för denna studie har varit utredarna Lisbeth Hagman och Jenny Österman. Ansvarig forskningsledare har varit professor Mats Thorslund.

Stockholm 2011-06-27

Sven Erik Wånell

Chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b> .....	<b>3</b>
UTGÅNGSPUNKTER FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD INOM STOCKHOLMS LÄN .....	3
VÅRDVALET .....	4
BASALA HEMSJUKVÅRDSUPPDRAGET .....	5
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>7</b>
<i>Hemsjukvården i kommunal eller landstingets regi</i> .....	7
<i>Vårdvalets två första år</i> .....	7
ERSÄTTNINGSSYSTEMET FÖR BASALA HEMSJUKVÅRDEN FÖRE OCH EFTER VÅRDVAL STOCKHOLM .....	7
PATIENTER MED BASAL HEMSJUKVÅRD .....	8
<i>Hemsjukvård och hemtjänst</i> .....	8
<i>Insatser från hemsjukvården</i> .....	8
VÅRDPLANERING & INFORMATIONsutBYTE .....	9
<i>Strukturer underlättar samverkan</i> .....	10
<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING</b> .....	<b>11</b>
AVGRÄNSNING .....	11
FRÅGESTÄLLNINGAR: .....	11
<b>METOD</b> .....	<b>12</b>
VAL AV HUSLÄKARMOTTAGNINGAR .....	12
INTERVJUER .....	12
REGISTERDATA .....	13
<b>RESULTAT</b> .....	<b>14</b>
DEN ÄLDRE HEMSJUKVÅRDPATIENTEN .....	14
<i>Hemsjukvårdspatientens vårdkonsumtion</i> .....	14
MISSAS NÅGRA BEHOV? .....	17
<i>Hur kan dolda behov upptäckas?</i> .....	18
HUSLÄKARMOTTAGNINGARNAS ORGANISATION .....	18
<i>Organisationsform 1</i> .....	19
<i>Organisationsform 2</i> .....	19
<i>Organisationsform 3</i> .....	20
VILKEN ROLL HAR VÅRDVALET HAFT FÖR HEMSJUKVÅRDPATIENTEN? .....	20
<i>Tillgängligheten</i> .....	20
FÖRÄNDRADE ARBETSFORMER .....	21
DISTRIKTSKÖTERS KORNAS ARBETE .....	22
<i>Delegeringar</i> .....	23
<i>Koordinatorsrollen</i> .....	24
LÄKARNAS ARBETE .....	25
HUR MÖTS KRAVEN I REGELBOKEN? .....	25
<i>Patienten få sitt behov bedömt snarast</i> .....	25
<i>Insatser av olika yrkesgrupper i patientens hem</i> .....	26
<i>Överenskommelser</i> .....	26
<i>Bedömningar oavsett när på dygnet behovet ska tillfredsställas</i> .....	27

<i>Läkarnas ansvar vid utskrivning från slutenvården</i> .....	27
<i>Namn-givna läkare och distriktssköterskor</i> .....	28
EKONOMISKA INCITAMENT .....	28
BESTÄLLARNAS UPPFÖLJNING AV HEMSJUKVÅRDEN .....	29
SAMVERKAN KRING HEMSJUKVÅRDSPATIENTEN .....	30
<i>Samverkan Hemsjukvård &amp; biståndshandläggare</i> .....	30
<i>Hemtjänstens organisation</i> .....	31
<i>samarbetet mellan Hemsjukvård &amp; hemtjänst</i> .....	31
<i>Rehabiliteringsorganisationer</i> .....	33
<i>samarbetet mellan Hemsjukvård &amp; rehab</i> .....	34
<i>Kvälls- och nattpatrull</i> .....	35
<i>Samverkan hemsjukvården &amp; Kvälls- och nattpatrull</i> .....	36
SAMARBETSPARTERS SYN PÅ VÅRDVALET .....	37
VÅRDPLANERING .....	38
<i>Gemensam individuell vårdplanering</i> .....	38
<i>Samordnad vårdplanering</i> .....	39
<i>WebCare</i> .....	39
REFLEKTIONER KRING VÅRDVALET .....	41
<b>DISKUSSION OCH SLUTSATSER .....</b>	<b>43</b>
HAR VÅRDVALET PÅVERKAT VÅRDEN FÖR PATIENTERNA I HEMSJUKVÅRDEN? .....	43
HAR VÅRDVALET PÅVERKAT ORGANISERINGEN AV HEMSJUKVÅRDEN? .....	44
HEMSJUKVÅRDEN STYR VALET AV HUSLÄKARE.....	45
VAD TYCKER PERSONALEN OM REGELBOKEN? .....	45
ANSVARET ATT BEDÖMA BEHOV FÖR HELA DYGNET .....	45
DISTRIKTSSKÖTERSKORNAS ARBETSVILLKOR.....	46
VÅRDPLANERINGAR OCH SAMVERKAN .....	47
<i>Samordnad vårdplanering</i> .....	47
<i>Gemensam individuell vårdplanering</i> .....	48
<b>REFERENSER .....</b>	<b>49</b>
<b>BILAGA 1 .....</b>	<b>50</b>
<b>BILAGA 2. ....</b>	<b>51</b>
<b>BILAGA 3. ....</b>	<b>52</b>

# SAMMANFATTNING

1 januari 2008 infördes Vårdval Stockholm, intentionerna var att förbättra tillgängligheten för patienten och ge möjlighet att välja den vårdgivare som passar honom/henne bäst. En annan målsättning var att underlätta för nya vårdaktörer att etablera sig på marknaden för att få en större mångfald och konkurrens.

Äldrecentrum fick våren 2010 i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) att studera Vårdval Stockholm. Vårt uppdrag har varit att belysa om och i så fall hur vårdvalet har påverkat husläkarmottagningarnas organisering av vården kring de mest sjuka äldre som bor i eget boende med betoning på hemsjukvårdspatienten. Vi har också frågat personalen inom primärvården hur de lever upp till de krav som beställarna (HSN-f) ställt i regelboken för husläkarverksamhet med betoning på avsnittet som berör basal hemsjukvård.

Rapporten bygger i huvudsak på resultaten av de intervjuer vi genomfört med personal vid åtta husläkarmottagningar i länet samt biståndshandläggare, hemtjänstpersonal och rehabiliteringspersonal.

I studien framkommer det att husläkarmottagningarna har organiserat vården olika kring hemsjukvårdspatienten. Tre av de studerade husläkarmottagningarna har valt att arbeta i team, dels för att möta förändringarna i ersättningsystemet, dels för att öka tillgängligheten och tryggheten för hemsjukvårdspatienten. Teamen består av läkare, distriktssköterska och undersköterska. Resterande fem mottagningar har organiserat sig efter ett mer traditionellt arbetssätt, där endast distriktssköterska och undersköterska ingår i teamet. Av intervjuerna framgår att läkare som ingår i team gör fler hembesök, än läkare som inte ingår i en teammodell.

Hemsjukvårdens personal uppger att vårdvalet inte i någon större utsträckning har påverkat vården för den äldre hemsjukvårdspatienten. Det är främst förändringar i Vårdval Stockholms ersättningsystem som påverkat insatserna för de mest sjuka äldre och införandet av ersättningstak<sup>1</sup> för antalet hembesök som tidigare endast fanns i delar av länet. Nästan all personal som vi har intervjuat inom hemsjukvården uppger att de är missnöjda med hur Vårdval Stockholms ersättningsystem är dimensionerat. De tycker inte att ersättningsmodellen i tillräcklig utsträckning tar hänsyn till de mest sjuka äldres olika behov och situation. Önskemål förs fram att modellen också bör ta hänsyn till vårdtyngd, diagnoser och socioekonomiska förhållanden.

I en del fall har den äldre valt att lista sig på en husläkarmottagning som inte ligger i närområdet. Överenskommelse kan då träffas med den husläkarmottagning som har närområdesansvaret. Vid intervjuerna framkommer att distrikts-

---

<sup>1</sup> Ersättningstaket innebär att ersättningen reduceras om antalet besök dividerat med antalet listade överstiger de nivåer som beställaren satt upp (Regelboken för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2010).

sköterskorna uppmanar hemsjukvårdspatienterna att välja en läkare på den husläkarmottagning som utför hemsjukvården. Orsak är enligt distriktssköterskorna att det blir en säkrare och snabbare vård om yrkesgrupperna finns inom samma mottagning. De intervjuade uppger att de flesta patienterna väljer att byta läkare.

Distriktssköterskorna framhåller att deras roll som koordinator försvåras av vårdval, kundval och att äldre bor kvar längre hemma med omfattande omvårdnadsbehov. Vårdvalet, uppger de intervjuade, har lett till att de fått mindre tid för respektive patient på grund av ersättningssystemets utformning. Kundvalet inom hemtjänsten har inneburit att fler aktörer är involverade i samarbetet med husläkarmottagningarna.

En annan fråga som distriktssköterskorna lyfte var att primärvården har svårt att delta vid samordnad vårdplanering på sjukhus. Orsakerna de angav var att de inte har möjlighet att delta med så kort varsel som hanteringen kräver. De säger också att det inte alltid är relevant för dem att delta vid den samordnade vårdplaneringen eftersom vården kan planeras bättre när patienten kommit hem. Vår bedömning är att distriktssköterskorna borde utnyttja möjligheterna att i samverkan med hemtjänsten upprätta individuell vårdplan i den äldres hem i större utsträckning än vad de gör idag.

# INLEDNING

Under 2010 har Äldrecentrum på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) studerat Vårdval Stockholm. Vår utgångspunkt har varit att belysa om och i så fall hur vårdvalet har påverkat husläkarmottagningarnas organisering av vården kring de mest sjuka äldre som bor i eget boende.

Vi har också frågat personalen inom primärvården hur de lever upp till de krav som beställarna (HSN-f) ställt i regelboken för husläkarverksamhet med betoning på avsnittet som berör basal hemsjukvård. Vidare har vi studerat hur ersättnings-systemet stödjer de krav som finns i regelboken samt om samverkan mellan primärvården och kommunens aktörer har påverkats. För undersökningsgruppen redovisas också konsumtionen av slutna och öppna vård. Analyserna av konsumtionen av vård baseras på utdrag från landstingets registerdata.

Rapporten bygger i huvudsak på resultaten av de intervjuer vi genomfört med personal vid åtta olika husläkarmottagningar i länet samt biståndshandläggare, hemtjänstpersonal och rehabiliteringspersonal.

## Utgångspunkter för hälso- och sjukvård inom Stockholms län

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Den som söker hälso- och sjukvård skall få den vård, behandling och rådgivning som bedöms relevant i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården (Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, 2010).

Vården i Stockholms läns landsting är uppdelad i fyra nivåer:

1. Vårdguiden på telefon och internet med information och rådgivning samt råd och stöd för egenvård. Vårdguiden kan också lotsa patienten till rätt vårdnivå.
2. Primärvården, första linjens hälso- och sjukvård för barn och vuxna – både för somatiska och psykiska sjukdomar inklusive beroendevård. Jourverksamhet på kvällar och helger.
3. Specialiserad vård, innefattar öppna och slutna geriatriska vård, öppna och slutna psykiatriska vård inklusive barn- och ungdomspsykiatri och beroendevård, somatisk öppna och slutna vård utanför sjukhuset, öppna och slutna vård på sjukhus, samt specialiserad palliativ vård samt avancerad hemsjukvård och habilitering.
4. Högspecialiserad vård som framför allt ges vid universitetssjukhus.



Husläkarverksamheten skall av patienten ses som förstahandsval av hälso- och sjukvård inom ramen för LEON-principen.<sup>2</sup>

## Vårdvalet

En ändring i Hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft 1 januari 2009 vilken innebär att vid utgången av 2009 skulle vårdvalssystem ha införts inom samtliga landsting. Ändringen bygger på delbetänkandet, *”Utredningen om patientens rätt”* (SOU 2008:37). Landstingen gavs i och med ändringen rätt att komplettera sitt grunduppdrag utifrån lokala förutsättningar och forma sitt eget vårdvalssystem. Grunderna i vårdvalets ersättningssystem är att pengarna följer patientens val och att offentliga och privata vårdgivare behandlas lika. Makten att välja utförare överlämnas från landstinget till patienterna. Efter det att de regionala vårdvalssystemen utvärderats kan det enligt delbetänkandet finnas anledning att återkomma i frågan om en mer nationell reglering bör införas.

Inom Stockholms läns landsting (med undantag för Norrtälje kommun) infördes den 1 januari 2008, Vårdval Stockholm. Orsak till att Norrtälje inte omfattas av vårdvalet är deras gemensamma nämnd för sjukvård och socialtjänst, Tiohundra-nämnden.

I juni 2011 omfattade Vårdval Stockholm:

- vårdcentral/husläkarmottagning
- barnmorskemottagning/mödravårdscentral (MVC)
- ultraljudsmottagning för gravida (obstetriskt ultraljud)
- förlossning
- barnavårdscentral (BVC)
- fotsjukvård
- gråstarrsoperation
- höft- och knäprotesoperation
- logopedverksamhet
- ögonbottenfotografering för diabetiker
- läkarinsatser i särskilda boenden
- specialiserad rehabilitering inom cancervård, även kallat onkologi
- specialiserad rehabilitering inom lymfödem
- specialiserad rehabilitering inom neurologisk sjukdom/skada
- allmäntandvård för barn
- tandreglering för barn
- vaccination nya influensan

Vårdval Stockholm utökas fortlöpande, ytterligare områden inom vården kommer att inkluderas i framtiden. Denna studie är begränsad till husläkarmottagningarna.

---

<sup>2</sup> Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå

Inom Stockholms län fanns tidigare olika avtal och ersättningssystem mellan de olika beställarenheterna inom landstinget och vårdgivarna. Vissa vårdgivare hade ansvar 24 timmar om dygnet andra hade inte ansvar för den basala hemsjukvården över huvudtaget. Från och med vårdvalets införande regleras vårdgivarnas åtaganden i *"Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård"* som har utarbetats av HSN-f och som uppdateras årligen. Regelboken togs fram i samband med att landstinget införde auktorisation av vårdgivare inom husläkarverksamhet. Regelboken beskriver uppdraget för vårdgivarna och är gemensam för hela Stockholms län.

Vårdvalet innebär en fri etableringsrätt för vårdgivaren om de förbinder sig att följa de krav som HSN-f ställt i auktorisationsvillkoren (Regelboken 2010).

En av intentionerna med vårdvalet är att göra det enklare för patienten att välja husläkare. Patienten kan välja mellan de mottagningar som har auktoriserats av Stockholms läns landsting. Ytterligare en intention är att förbättra tillgängligheten genom en ökad mängd av vårdgivare.

Vårdvalet har också inneburit att områdesansvaret försvann i och med att patienten väljer sin läkare och på grund av att den fria etableringsrätten för vårdgivare infördes.

Regelboken för husläkarverksamhet har också medfört utökade vårdtjänster. Husläkarmottagningarna måste kunna erbjuda kurator eller psykolog samt ansvara för den basala hemsjukvården. Det ska även finnas en jourmottagning öppen på kvällar och helger.

## **Basala hemsjukvårdsuppdraget**

I regelboken för husläkarverksamheten regleras uppdraget för den basala hemsjukvården. Uppdraget definieras som hälso- och sjukvård som ges i patientens hem (exklusive särskilda boenden för äldre) och som inte kräver specialiserad palliativ vård i öppen och slutet vårdform eller avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). (Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, 2010).

För att bli definierad som hemsjukvårdspatient och inskriven i den basala hemsjukvården skall patienten på grund av medicinska skäl eller funktionshinder ha behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som skall vara varaktiga och beräknas kvarstå under minst 14 dagar. Patienten skall också ha behov av minst två insatser i hemmet per kalendermånad. När ett behov aktualiseras ska ansvarig vårdgivare bedöma behovet snarast (a.a).

Även om ASIH är inkopplad för tillfälliga insatser kvarstår vårdgivarens ansvar för den basala hemsjukvården. För att garantera patienten trygghet och säkerhet ska en överenskommelse upprättas mellan parterna där ansvarsfördelningen framgår. Överenskommelsen ska dokumenteras (a.a).

De auktoriserade vårdgivarna har ett gemensamt närområdesansvar<sup>3</sup>. Om patienten är listad på en husläkarmottagning i ett annat närområde kan överenskommelse avseende hembesök och hemsjukvård göras med den vårdgivare som har ansvaret för närliggande område där patienten bor (a.a).

Vårdgivaren ska enligt regelboken säkerställa att;

- distriktssköterska eller läkare i verksamheten ansvarar för att bedöma patientens totala behov av hemsjukvård oavsett tid på dygnet och att den vårdgivare som ansvarar för hemsjukvård på andra tider informeras.
- när en patient skrivs ut från slutenvården skall utskrivande läkare ansvara för att en bedömning görs och att vårdplanen justeras enligt gällande riktlinjer.
- att det för samtliga hemsjukvårdspatienter framgår vem som är ansvarig distriktssköterska och läkare.
- distriktssköterskan har en koordinatorsroll genom att ansvara för att, i samverkan med andra yrkeskategorier, samordna insatser för att tillgodose patientens totala vårdbehov.
- distriktssköterskan ansvarar för att en planering och kontinuerlig bedömning av vården genomförs och dokumenteras för varje patient när behov av hemsjukvård blir aktuellt. Planeringen ska genomföras i samråd med andra berörda vård- och omsorgsgivare och beskriva vårdens planering, genomförande, uppföljning och resultat. Patient och närstående ska erbjudas att delta i planeringen av vården samt informeras.

---

<sup>3</sup> Med närområde avses den kommun eller stadsdel där vårdgivaren är lokaliserad, enligt regelbokens närområdesansvar.

# BAKGRUND

## HEMSJUKVÅRDEN I KOMMUNAL ELLER LANDSTINGETS REGI

Organiseringen av hemsjukvården varierar beroende på om det är kommunen eller landstinget som ansvarar för hemsjukvården. Socialstyrelsen kunde i en kartläggning 2008 se att vården inte ges på lika villkor, utan beroende av vilken huvudman som ansvarar för hemsjukvården. I de fall där kommunen ansvarade för hemsjukvården fanns större möjligheter att samordna hälso- och sjukvårdsinsatserna med hemtjänstinsatserna, än när landstinget hade ansvaret för hemsjukvården. Vidare kunde de se en förskjutning av vårdinnehållet, där allt fler kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs av den primärvårdsanslutna hemsjukvården. Vidare anges att Socialstyrelsen såg ett behov av att skapa rutiner för journalhantering, med åtkomst för samtliga vårdgivare dygnet runt, speciellt under jourtid. Antalet som får hemsjukvård har enligt socialstyrelsens enkätundersökning ökat (Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2008).

## VÅRDVALETS TVÅ FÖRSTA ÅR

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) har på uppdrag av Stockholms läns landsting utvärderat Vårdval Stockholms två första år. Rapporten fokuserar på utvecklingen av kostnader, prestationer, patientnöjdhet och produktivitet. Likaså har konsekvenser för utsatta grupper och skillnader mellan socioekonomiska områden kartlagts. Utvärderingen har även analyserat fördelningen mellan privat och offentlig vård, nyetableringar samt konsekvenser för andra vårdformer. Resultatet av utvärderingen visade bland annat att kostnaderna har utvecklats som förväntats. Tillgänglighet och vårdutnyttjande av främst läkarbesök har ökat. Med hänsyn till befolkningsökningen har kostnaden per invånare räknat i fasta priser minskat något. Utvärderingen visar också att alla åldersgrupper har omfattats av prestationsökningen och har därmed inte varit till nackdel för t.ex. de äldre. De vårdtunga patientgrupperna visar en större ökning av vårdutnyttjande än genomsnittsbefolkningen. KFA kunde inte i utvärderingen se några övervåringseffekter på andra vårdformer. Utvärderarna framhåller slutligen att det finns ett behov av att se över ersättningssystemet med fokus på stora vårdbehov samt för koordinering av andra vårdformer (Karolinska Institutets folkhälsoakademi, 2010).

## Ersättningssystemet för basala hemsjukvården före och efter Vårdval Stockholm

Före införandet av Vårdval Stockholm fanns olika ersättningsmodeller. I Stockholms stad till skillnad från södra och norra länsdelen fanns det inget ersättningsstak för hembesök.

Samtliga auktoriserade vårdgivare i Stockholm län får en kapiteringsersättning för personer folkbokförda i Stockholms län och som är listade hos vårdgivaren (1 588:-/år). Kapiteringsersättningen är en basersättning för att utföra uppdraget och skall täcka de tjänster som inte ersätts med en produktionsbaserad ersättning. Inom ramen för kapiteringsersättningen skall bland annat samverkan ingå. Vårdgivaren får också en ersättning för patienter inskrivna i den basala hemsjukvården (3 000:-/år). Vårdgivaren erhåller förutom den fasta ersättningen också ersättning för besök. Ersättningen varierar beroende på vilken yrkesgrupp patienten träffar. Högst ersättning utgår om patienten träffar en läkare, mottagningsbesök ersätts med 479 kronor och om läkaren besöker den äldre i hemmet utgår en extra ersättning på 500 kronor per besök. Mottagningsbesök hos sjuksköterska ersätts med 200 kronor, vid hembesök tillkommer en ersättning på 50 kronor (se vidare tabell 5 i bilaga 2). Ersättningen för besök är belagt med ett ersättningstak på 33 % för de besök som överstiger vissa nivåer enligt regelboken 2010, sid 69). Ersättningstaket i hemsjukvården kan efter särskild överenskommelse med beställaren justeras om synnerliga skäl föreligger.

## Patienter med basal hemsjukvård

En tredjedel av hemsjukvårdspatienterna i Stockholms län hade en demensdiagnos /kognitiv svikt eller förvirringstillstånd (Törnkvist & Wånell, 2008, HSN-f, 2009) och 75 procent bodde ensamma i sitt eget hem. Drygt 30 procent hade av hemsjukvården endast insatser kring medicinhantering (HSN-f, 2009). En stor andel av hemsjukvårdspatienterna hade också insatser från hemtjänsten (HSN-f 2009, Socialstyrelsen, 2008, Törnkvist & Wånell, 2008, SNAC<sup>4</sup>). Flertalet av hemsjukvårdspatienterna var kvinnor och majoriteten var äldre (HSN-f, 2009, Socialstyrelsen, 2008).

### HEMSJUKVÅRD OCH HEMTJÄNST

Utifrån den longitudinella studien SNAC kan vissa data hämtas som belyser gruppen som har både hemtjänst och hemsjukvård. Enligt SNAC har det skett en kraftig ökning av andelen med långvarig<sup>5</sup> hemsjukvård och som också har hemtjänst, 2005 var andelen 77 procent, 2009 hade andelen ökat till 96 procent. Av de med hemtjänst har 31 procent också hemsjukvård 2009.

### INSATSER FRÅN HEMSJUKVÅRDEN

I en enkätstudie som HSN-f genomförde hösten 2008 fann de att 52 procent av hemsjukvårdspatienterna hade ett besök eller mindre per vecka, dagtid. En fjärdedel fick besök flera gånger per dygn. 20 procent hade insatser flera gånger per dygn av både hemsjukvård och hemtjänst.

---

<sup>4</sup> SNAC, Swedish National Study on Ageing and Care

<sup>5</sup> Inskrivnen i hemsjukvården i minst två månader.

En procent av hemsjukvårdspatienterna fick läkarbesök i hemmet minst en gång per månad. Sju procent fick planerade hembesök oftare än 1-2 gånger per år. I 57 procent av fallen tog ett besök mellan 15-30 minuter.

Fjorton procent uppges ha gjort två eller fler akutbesök på sjukhus under de senaste två månaderna. HSN-f drog slutsatsen att de utifrån studien inte kunde identifiera den typiske hemsjukvårdspatienten. (HSN-f, 2009).

## Vårdplanering & informationsutbyte

Knappt hälften av hemsjukvårdspatienterna i Stockholms län hade enligt HSN-f en dokumenterad vårdplan upprättad av hemsjukvården (HSN-f, 2009). Socialstyrelsen föreslår i sin kartläggning av hemsjukvården att vårdplanering ska vara inträdesbiljetten till hemsjukvården för att öka patientsäkerheten (Socialstyrelsen, 2008).

Stora brister har framkommit i informationsutbytet mellan vårdgivare, vilket medför säkerhetsrisker för patienten (Landstingsrevisorerna, 2010). De fann också att ersättningssystemet i sin nuvarande form inte gynnar samverkan mellan utförarna. Det primära för respektive vårdgivare blir istället att klara sitt eget uppdrag, vilket leder till ”stuprörstänk”. Revisionen rekommenderar i sin rapport att HSN ser över formerna för samverkan med kommunerna och hur den kan utvecklas för att kunna ge den enskilde nödvändig vård och omsorg (Landstingsrevisorerna, 2009, 2010).

En studie i Sollentuna påvisar brister i samverkan mellan vårdgivare och att vårdplaneringsmöten på sjukhus har förlorat sin egentliga innebörd och många gånger utförs ostrukturerat och utan helhetssyn på den äldre. Betalningsansvarslagen var många gånger inte känd av vårdpersonalen inom varken husläkarmottagningen eller slutenvården (Dnr. 2007/39).

I en studie kring gränsytorna i vården och omsorgen om äldre fann Äldrecentrum att det saknas lokala rutiner för individuell vårdplanering i den äldres hem, där både representanter för kommunen och landstinget deltar. När det gäller den samordnade vårdplaneringen inför en utskrivning från en slutenvårdsvistelse deltog alltid biståndshandläggaren, distriktssköterskan skötte vårdplaneringen per telefon. Det leder enligt studien till att medicinska frågor inte uppmärksammas och att primärvården inte säkerställer att man klarar av att ta över det medicinska ansvaret, vilket i slutändan leder till att patientsäkerheten kan äventyras. När kontakten mellan hemtjänsten och distriktssköterskan brister leder det till ökad risk för att insatser inte utförs och att det blir onödiga besök på sjukhuset (Weurlander & Wånell, 2011). I flera studier framkommer en önskan om gemensam vårdplanering i hemmet, både från personal och från hemtjänsten och primärvården (Törnkvist & Wånell, 2008, Weurlander & Wånell, 2011).

För att husläkaren skall kunna behålla det medicinska ansvaret för hemsjukvårdspatienten, måste läkaren ha en rimlig arbetssituation, med tillräckligt med tid, bra arbetsrutiner och vårdplaneringar. Husläkaren bör också ha en närhet till

distriktssköterskan samt kunskap om dennes arbete, för att läkaren skall kunna bedöma om det är adekvat att lämna över ansvaret till distriktssköterskan (Modin, 2009).

## **STRUKTURER UNDERLÄTTAR SAMVERKAN**

Sveriges kommuner och landsting har tydliggjort åtta olika framgångsfaktorer inom äldreomsorgen. En av dessa faktorer handlar om kommunernas samarbete med landstingen. Den slutsats som dras är att kommun och landsting bör arbeta strukturerat för att finna samarbetsformer där patientens/brukarens behov står i centrum. De kommuner som lyckats bäst:

- har en tydlig ansvarsfördelning mellan landsting och kommun som fastställs i övergripande och lokala överenskommelser.
- etablerar samverkansforum på både strategisk och operativ nivå.
- driver gemensamma projekt som syftar till att överbrygga gapet mellan sjukvård och äldreomsorg.
- har välfungerande rutiner för att tillgodose vård- och omsorgsbehov oavsett huvudmannaskap.

(Källa: Sveriges kommuner och landsting, 2009)

# SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Huvudsyftet i studien har varit att utvärdera hur husläkarmottagningarna efter införandet av Vårdval Stockholm har organiserat sitt arbete kring personer 80 år och äldre som har stora vård- och omsorgsbehov och som bor i eget boende. Inom ramen för uppdraget har vi definierat undersökningsgruppen som hemsjukvårdspatienter, i samråd med uppdragsgivaren och i diskussioner med andra sakkunniga på området. Syftet har också varit att beskriva konsumtionen av slutenvård och öppenvård för undersökningsgruppen på de utvalda husläkarmottagningarna samt för hela länet, i syfte att identifiera eventuella skillnader i länet avseende sjukvårdskonsumtion.

## Avgränsning

Studien inkluderar inte avancerad sjukvård i hemmet. Inom ramen för utvärderingen har inga jämförelser över tid avseende konsumtion av hälso- och sjukvård gjorts. Orsaken är att ersättningssystemet för husläkarverksamhet såg olika ut för länets olika delar före införandet av Vårdval Stockholm. Detta kan innebära att registreringen av insatser skiljer sig åt och bör därför inte jämföras. Äldrecentrum har istället valt att ge en nulägesbeskrivning.

## Frågeställningar:

- Hur har husläkarmottagningarna organiserat sitt arbete för att klara äldre med stora vård- och omsorgsbehov?
- Hur möter husläkarmottagningarna kraven i regelboken?
- Stöds kraven i regelboken av de ekonomiska incitamenten i ersättningssystemet?
- Har vårdvalet medfört förändrade arbetsformer?
- Har vårdvalet medfört ökad eller minskad tid för hembesök?
- Har vårdvalet medfört fler eller färre hembesök för patientgruppen?
- Har samverkan mellan hemsjukvård och hemtjänst påverkats av vårdvalet?
- Hur har samverkan mellan husläkarmottagningarna och primärvårdsrehab påverkats av vårdvalet?
- Hur ser vårdkonsumtionen ut totalt för denna grupp?



# METOD

För att besvara frågeställningarna har Äldrecentrum dels genomfört intervjuer med personal som arbetar inom hemsjukvården samt deras samverksampartner och dels studerat vårdkonsumtionen för målgruppen.

## Val av husläkarmottagningar

Äldrecentrum valde ut nio husläkarmottagningar i Stockholms län för att beskriva hur dessa organiserat sig för att tillmötesgå behoven hos äldre som bor i ordinärt boende och som är i behov av insatser från primärvården för att kunna bo kvar hemma. Valet av husläkarmottagningar baserades på om husläkarmottagningen var landstingsdriven eller driven av större alternativt mindre privat vårdgivare. Ytterligare ett krav var att husläkarmottagningarna skulle ha en hög andel in-skrivna patienter i den basala hemsjukvården. För att identifiera de husläkarmottagningar som skulle ingå i djupstudien har landstingets register över listade patienter använts (ListOn<sup>6</sup>).

När kontakt togs för att boka tider med husläkarmottagningarnas verksamhetschefer och medarbetare uppgav flera av dem att de är hårt belastade av sitt arbete. De berättade också att de varit flitigt uppvaktade av olika utvärderingar och uppföljningar efter vårdvalets införande. För vår utvärdering innebar det att det varit svårt att boka tider. En av husläkarmottagningarna i den norra delen av länet valde att inte medverka i studien. Studien kom därför att omfatta åtta husläkarmottagningar fördelade över länets södra och norra delar samt innerstadsområdet.

## Intervjuer

Intervjuerna genomfördes för att beskriva hur husläkarmottagningarna organiserat sitt arbete för att möta behoven hos de mest sjuka äldre med betoning på hemsjukvårdspatienten, vilken kompetens som fanns för den aktuella patientgruppen samt hur ansvarsfördelningen var fördelad för denna grupp. Likaså för att beskriva vad företrädare för olika professioner både inom och utanför husläkarmottagningarna anser om husläkarmottagningarnas möjlighet att leva upp till målformuleringarna i regelboken för Vårdval Stockholm. Intervjuerna avsåg också att beskriva om förändringarna i ersättningssystemet eventuellt har påverkat husläkarmottagningarnas organisering kring undersökningsgruppen.

Intervjuer har genomförts med personalen inom åtta husläkarmottagningar. Huvuddelen av frågeställningarna bygger på regelbokens angivna mål och uppdrag för den basala hemsjukvården.

---

<sup>6</sup> ListOn innehåller uppgifter om samtliga boende i Stockholms län, uppgifter som redovisas rör vald husläkarmottagning, driftsform mm, för ytterligare information se <http://www.hsn.sll.se/valhandbok/husval.htm>

Intervjuer har också genomförts för att kartlägga hur kontakterna mellan huvudmännen fungerar sedan Vårdval Stockholm infördes. Om samarbetet förändrats, om delegeringarna ändrats och slutligen hur samarbetet uppfattas mellan hemsjukvård, hemtjänst och rehabilitering.

Totalt intervjuades 54 personer inom ramen för studien;

Intervjuer	Antal
<i>Inom husläkarmottagningarna:</i>	
Läkare för patienter inskrivna inom den basala hemsjukvården	6
Distriktssköterskor	11
Verksamhetschefer husläkarmottagningarna	3
Undersköterskor	2
<i>Inom rehabilitering:</i>	
Arbetssterapeuter	3
Sjukgymnaster	3
<i>Företrädare inom landstinget:</i>	
Avtalshandläggare inom beställarenheten	1
Utredare/processledare	1
<i>Företrädare inom kommunerna:</i>	
Biståndshandläggare	14
Enhetschefer för hemtjänsten	7
Hemtjänstpersonal	1
<i>Övriga</i>	
Projektledare "Bättre samverkan, bättre liv" i Hägersten-Liljeholmen	1
Chefssjuksköterska basal hemsjukvård kvällar och nätter	1

## Registerdata

Stockholms läns landstings Val-databas har använts för att beskriva konsumtionen av slutenvård och öppenvård för personer 80 år eller äldre som varit inskrivna i hemsjukvården i minst 3 månader. Analyserna av konsumtionen av öppen och slutenvård för hemsjukvårdspatienterna baserar sig på registrerade insatser under perioden 1 mars -31 maj 2010.

Registret har också använts för att beskriva konsumtionen akuta besök inom slutenvården för personer 80 år eller äldre i Stockholms län samt vart de tar vägen efter en vistelse inom slutenvården.

# RESULTAT

## Den äldre hemsjukvårdspatienten

En vanlig hemsjukvårdspatient är mellan 80-90 år. Vanliga diagnoser är hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, urinvägssjukdomar, hypertoni, stroke, cancersjukdomar, demenssjukdomar, psykiska funktionshinder, missbruk och/eller bensår. Många har smärtproblem, svårt att förflytta sig eller har drabbats av social isolering och ensamhetsproblematik ofta på grund av sina sjukdomar och sin situation. Flertalet är ensamboende.

I genomsnitt var 16 procent av samtliga listade 80 år eller äldre inskrivna i den basala hemsjukvården. Men det varierade inom länet (6-24 procent). (Se bilaga 1).

Vanliga insatser från hemsjukvården är läkemedelsstöd, insulin och andra injektioner, smärtlindring, bedömning och tillsyn, provtagning, omläggning, näringsbedömningar och näringsstöd samt kateterskötsel.

Flera av distriktssköterskorna framhåller att den klassiska hemsjukvårdspatienten behöver hjälp att sköta sina läkemedel och att det är en omfattande uppgift för hemsjukvården. De säger också att de i princip kan utföra alla behandlingar i hemmet som inte kräver sjukhusvård. Det som kräver sjukhusvård är exempelvis fallskador, svårare hjärtproblem och misstanke om stroke. De behandlingar som de inte utför i hemmet är blodtransfusioner och antibiotikadropp, då får ASIH rycka in eller så skickar de patienten till sjukhuset. Vid dessa behandlingar uppger distriktssköterskorna att det främst är tidsbristen som gör att de inte kan stanna hos patienten, vilket dessa behandlingar kräver.

De flesta tycker att de har tillräckligt med teknisk utrustning utom en av distriktssköterskorna som efterlyser bärbara datorer och ett par andra som säger att det skulle vara bra med en s.k. Bladderscan<sup>7</sup>.

## HEMSJUKVÅRDSPATIENTENS VÅRDKONSUMTION

Nedan följer en redovisning av hemsjukvårdspatienternas vårdkonsumtion. Data baseras på patienter som var listade på de åtta undersökta husläkarmottagningarna samt för hela länet, som varit inskrivna i hemsjukvården i minst tre månader.

De studerade husläkarmottagningarna hade ett varierande antal patienter som varit inskrivna minst tre månader i hemsjukvården under perioden 1 mars – 31 maj 2010. Flest långvariga hemsjukvårdspatienter hade Capio Citykliniken Narvavägen (47 patienter), minst antal hade Bollmora vårdcentral. Totalt i länet hade drygt 2 100 patienter varit inskrivna i den basala hemsjukvården i tre månader under ovan nämnda period.

---

<sup>7</sup> Mäter mängden urin i urinblåsan.

Drygt 70 procent av dem som varit inskrivna i hemsjukvården i minst tre månader var kvinnor. Medelåldern var 87,4 år. De personalgrupper som patienterna inom den basala hemsjukvården träffade mest frekvent var distriktssköterskor och undersköterskor.

Tabell 1. Medel, median, min och max antal besök inom öppenvård under en tre månadersperioder (1 mars- 31 maj 2010) för hela länet (n=2127). Medelvårdtid inom slutenvården (dagar).

Vårdgivare	Medel-värde	Median-värde	Min	Max
Läkare	3,9	3	0	25
Hembesök läkare	0,6	0	0	16
Sjuksköterska	1,7	0	0	104
Distriktssköterska	14,0	8	0	184
Arbetsterapeut	0,4	0	0	36
Sjukgymnast	0,5	0	0	41
Undersköterska	9,2	1	0	341
Dietist	0,1	0	0	4
Övriga	0,5	0	0	15
Totalt antal besök öppen vård	30,4	16	1	570
Medelvårdtid i slutenvård (n = 529)	15,3	11	1	149

Patienter inskrivna i den basala hemsjukvården träffade en läkare i genomsnitt nästan fyra gånger och en distriktssköterska 14 gånger under en tremånadersperiod (tabell 1). Var tredje fick hembesök av en läkare. 256 personer (12 procent) hade inget besök av/hos en läkare. Nästan 84 procent av patienterna hade inget besök av en arbetsterapeut och 88 procent hade inget besök från en sjukgymnast under angiven period. Endast två procent av undersökningsgruppen träffade en dietist.

Omkring 25 procent av dem som var inskrivna i hemsjukvården hade också vårdats inom slutenvården. Dessa hade i genomsnitt 1,6 vårdtillfällen och en medelvårdtid på drygt 15 dagar. Den vanligaste huvuddiagnosen<sup>8</sup> för dem som vårdades inom slutenvården var sjukdomar i cirkulationsorganen (kap. 09), skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (kap.19) samt sjukdomar i andningsorganen (kap. 10).

<sup>8</sup> Indelningen baseras på ICD10.

Tabell 2. Genomsnittligt antal besök inom öppenvård, under en tremånadersperiod, uppdelat på resp. husläkarmottagning i urvalet.

Profession	Husläkarmottagning där patienten är listad							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	n=9	n=38	n=13	n=47	n=41	n=15	n=10	n=23
Läkare	3,8	4,2	4,7	3,9	3,0	3,9	6,0	3,6
Hembesök läkare	0,3	0,3	1,8	0,3	0,5	0,5	0,1	0,7
Sjuksköterska	0,4	0,1	7,1	0,4	0,2	0,5	0,8	0,04
Distriktssköterska	30,9	8,7	2,8	22,0	13,4	21,8	15,5	9,1
Arbetsterapeut	0,7	0,2	0,4	0,4	0,1	0,4	0,3	0,5
Sjukgymnast	0	0,9	0	0,4	0,2	0,7	0,3	0,4
Undersköterska	3,0	15,1	23,0	12,3	10,5	30,0	2,4	11,3
Dietist	0	0,1	0	0,02	0	0	0	0
Övriga	0,1	0,7	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5
Genomsnittligt antal besök öppenvården	38,8	30,0	38,4	40,0	27,7	57,9	25,9	25,5

Det fanns skillnader i vårdkonsumtionen mellan patienterna listade på de åtta husläkarmottagningarna under den studerade perioden (Tabell 2). Antalet patienter som varit inskrivna i mer än tre månader varierar mellan de åtta husläkarmottagningarna. Då konsumtionen av hälso- och sjukvård baseras på ett fåtal patienter, går det inte att dra några slutsatser utifrån vårt underlag. Insatserna från rehabiliteringspersonalen var begränsade för dem som varit inskrivna i hemsjukvården. Detsamma gäller insatser från dietist. Flest antal besök fick de som var listade på husläkarmottagning 6 (genomsnittligt antal besök = 58), till skillnad från husläkarmottagning 7 och 8 där patienterna i hemsjukvården i genomsnitt hade 26 besök fördelat på tre månader. De hemsjukvårdspatienter som var listade hos en doktor på husläkarmottagning 7 fick i genomsnitt träffa en läkare flest gånger (6 besök), vilket var två besök mer än genomsnittet för hemsjukvårdspatienterna i länet. Besöken hos läkare skedde till störst del på mottagningen, få besök gjordes i den äldres hem.

Tabell 3. Antal och andel av hemsjukvårdspatienterna 80 år eller äldre som vårdades inom akut slutenvård under tremånadersperioden samt vårdtid (antal dagar) inom akut slutenvård.

Husläkarmottagning	Medel- värde	Median- värde	Min	Max	vårdats inom slutenvården	
					Antal	Andel
1	9,5	9,5	6	13	2	0,22
2	18,1	8,0	3	69	7	0,18
3	18,3	19,0	14	22	3	0,23
4	16,6	9,0	1	46	13	0,28
5	8,9	5,0	4	28	8	0,20
6	8,5	8,5	3	14	2	0,13
7	10,0	7,0	3	23	4	0,40
8	12,5	11,0	10	18	4	0,17
Stockholms län	15,3	11	1	147	529	0,25

Andelen som vårdades inom slutenvården av dem som varit inskrivna i hemsjukvården i minst tre månader varierade. Det var stora skillnader i medelvårdtid, den längsta vårdtiden var drygt 18 dagar. Medelvårdtiden för länet var drygt 15 dagar, antalet vårddygn varierade mellan 1-69 dagar för de studerade husläkarmottagningarnas hemsjukvårdspatienter.

Vi kan utifrån registerdata inte se några skillnader i besök på akutmottagning för personer 80 år eller äldre mellan åren 2007-2009 (se bilaga 3).

## Missas några behov?

Personalen inom hemsjukvården säger att de får kännedom om de flesta äldre som är i behov av hemsjukvård men de säger också att det säkert finns de som skulle behöva hemsjukvård men som ännu inte är inskrivna. De tror att dessa personer kan vara ensamma äldre utan anhöriga och hemtjänst, personer med demenssjukdomar, psykiska funktionshinder eller missbruksproblem. Distriktsköterskorna säger att det också kan vara så att en av makarna sköter den andre maken in i det längsta. I dessa fall tycker distriktsköterskorna att de ibland kommer för sent in i vården runt patienten.

De som larmar hemsjukvården om att en äldre har behov av vård är oftast anhöriga, hemtjänsten, bekanta, grannar, slutenvården och ibland polisen. I vissa fall är de äldre kraftigt undernärda och uttorkade och bor under misärliknande förhållanden.

## HUR KAN DOLDA BEHOV UPPTÄCKAS?

I syfte att främja det förebyggande arbetet bland äldre erbjuder Stockholms läns landsting med hjälp av nationella stimulansmedel, alla som är 75 år eller äldre hälsosamtal i hemmet. Vid hälsosamtalen upptäcker distriktssköterskorna ibland äldre med behov av hemsjukvård, men inte så ofta som skulle kunna förväntas. Problemet är att de som isolerat sig, har missbruksproblem eller psykiska funktionshinder ibland tackar nej till samtalen. En av distriktssköterskorna berättar att de därför är nogga med att erbjuda den äldre möjligheten att komma till mottagningen istället för att ta emot distriktssköterskan i sitt hem, detta för att skapa en första kontakt. Ibland kan det vara en ingång för senare stöd och vård i hemmet.

Flera distriktssköterskor framhåller att samarbetet med hemtjänsten är viktigt för att få kunskap om okända behov. De säger att samarbetet har blivit svårare sedan kommunerna införde kundval. Det stora antalet utförare inom hemtjänsten gör det näst intill omöjligt för hemsjukvården att hålla sig uppdaterade och hinna träffa alla. En av distriktssköterskorna säger *”vi har helt klart sämre koll på helheten numera men vi måste hitta lösningar så vi kan samverka trots hemtjänstens kundval”*.

Läkarna framhåller att distriktssköterskornas arbete är viktigt och att de ibland behöver mer tid för att hinna med den uppsökande verksamheten och även hinna samverka med hemtjänsten.

Nästan alla intervjuade inom både hemsjukvård och hemtjänst efterlyser bättre och utökad samverkan med psykiatrin. De säger att de skulle behöva ha stöd och hjälp för att klara av äldre med psykiska funktionsnedsättningar. En av husläkarmottagningarnas distriktssköterskor säger till skillnad från de övriga att de har en bra upparbetad kontakt med psykiatrin och att de får det stöd de behöver.

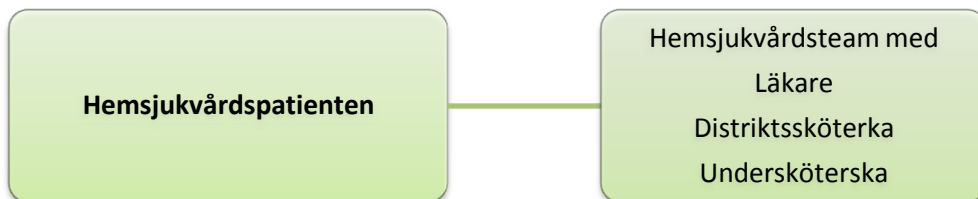
Några av biståndshandläggarna tycker att det kan vara värdefullt om uppsökande verksamhet kunde ske i samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Intervjuade vid HSN-f tycker att de äldre som kan vara i behov men ännu inte kommit till hemsjukvårdens kännedom borde uppmärksammas mer. De överväger om de äldre ska erbjudas hälsosamtal vid flera tillfällen. Exempelvis om den äldre tackar nej vid första tillfället skulle distriktssköterskan kunna återkomma med ett nytt erbjudande efter ett år. Eventuellt kan lösningen också vara att hälsosamtal även erbjuds de äldre det år de fyller 80 år.

## Husläkarmottagningarnas organisation

Vårdcentralerna har valt att organisera sig olika kring patienter som är inskrivna i den basala hemsjukvården. Vi redovisar nedan organisationerna ur tre olika perspektiv.

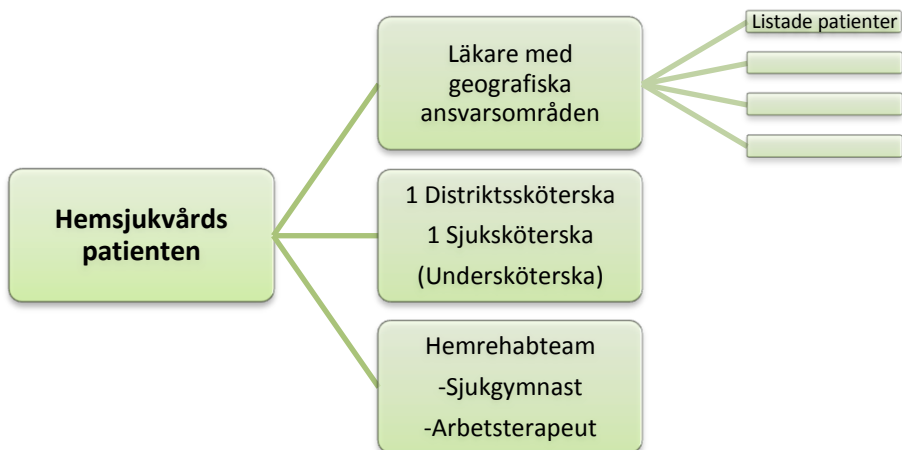
## ORGANISATIONSFORM 1



Figur 1. Teamlösning, där distriktssköterska, undersköterska och läkare arbetar i ett team och sköter om samtliga patienter som är inskrivna i den basala hemsjukvården.

Tre av husläkarmottagningarna har valt en teamlösning, där distriktssköterska, undersköterska och läkare arbetar i team och sköter om samtliga patienter som är inskrivna i den basala hemsjukvården. Vid dessa husläkarmottagningar är det en och samma läkare som ansvarar för hemsjukvårdspatienterna på del av sin arbetstid, vardagar 8.00 – 17.00. Rehabiliteringsinsatser utförs av en extern organisation som kan vara privat alternativt landstingsdrivet. Det finns flera olika uppdragsbeskrivningar för rehabiliteringsinsatserna, beroende på när avtalen slöts mellan landstinget och utföraren.

## ORGANISATIONSFORM 2

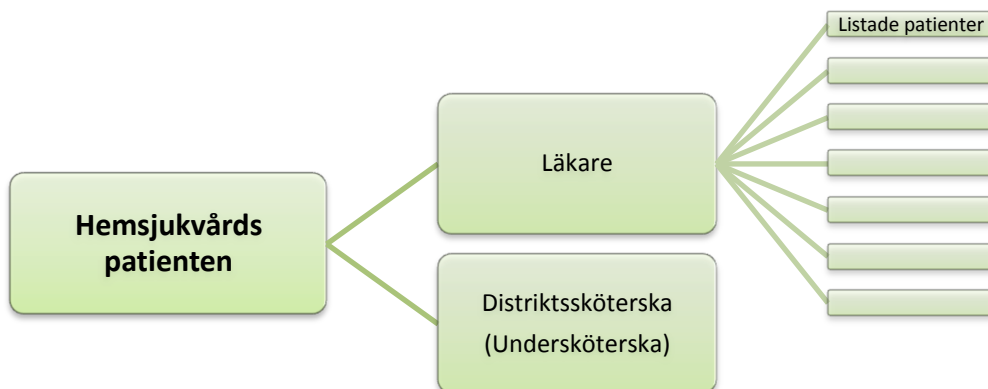


Figur 2. Möjlighet att tillhandahålla även rehabiliteringsinsatser från husläkarmottagningen.

En av husläkarmottagningarna har organiserat sig så att det är en distriktssköterska som ansvarar för alla patienter som är inskrivna i hemsjukvården med stöd av en sjuksköterska och en undersköterska. Två allmänläkare tillsammans med två ST-läkare ansvarar för hemsjukvårdspatienterna i geografiska områden, läkarna har en timme varannan vecka avsatt för hemsjukvårdspatienterna. Husläkarmottagningen kunde också erbjuda insatser från sjukgymnast och arbets terapeut inom husläkarmottagningens verksamhet, husläkarmottagningen har dock en egen uppdragsbeskrivning för primärvårdsrehabilitering.



## ORGANISATIONSFORM 3



Figur 3. Lösning med distriktssköterskor som ansvarar för både basal hemsjukvård samt mottagningspatienter och läkare som ansvarar för sina listade patienter.

Fyra av husläkarmottagningarna har valt att ha distriktssköterskor som har olika ansvarsområden både på mottagningen och i hemmet. Respektive läkare ansvarar för sina listade patienter. Tre av dessa fyra husläkarmottagningar har också undersköterskor som arbetar inom hemsjukvården. Rehabiliteringsinsatser utförs av en extern organisation som kan vara privat alternativt landstingsdrivet. Det finns flera olika uppdragsbeskrivningar för rehabiliteringsinsatserna, beroende på när avtalen slöts mellan landstinget och utföraren.

## Vilken roll har Vårdvalet haft för hemsjukvårdspatienten?

Vid fem av husläkarmottagningarna uppger personal att det inte är någon större skillnad på antalet inskrivna i hemsjukvården efter vårdvalets införande. Vid en av husläkarmottagningarna berättar hemsjukvårdspersonalen att hemsjukvårdspatienterna minskat det senaste året. Personalen är osäker på varför antalet patienter minskat. Vid två av husläkarmottagningarna har antalet inskrivna hemsjukvårdspatienter ökat men hemsjukvårdspersonalen tror inte att det beror på vårdvalet utan att befolkningen i kommunen blivit äldre. De intervjuade upplever att fler äldre med stora vård- och omsorgsbehov bor längre kvar hemma.

## TILLGÄNGLIGHETEN

Enligt de intervjuade har tillgängligheten för hemsjukvårdspatienten inte påverkats i någon större utsträckning av vårdvalet. Den skillnad som framhålls är att läkarna gör fler hembesök nu än tidigare. Något som bekräftas av HSN-f. Flera av

de intervjuade säger att hemsjukvårdspatienterna inte är några aktiva väljare av vård.

En av de intervjuade läkarna säger *”Det är ingen skillnad för hemsjukvårdspatienten men däremot för de friska eftersom vi numera har en öppenmottagning för de med snuva, halsont och hosta.”*

Vid två andra husläkarmottagningar säger läkarna att de är tvingade att få ihop så många besök som möjligt och att det på sikt finns risk att det kan drabba de äldre med många olika sjukdomar. De säger *”trycket har ökat från den friska befolkningen på bekostnad av de sjukare och mer omvårdnadskrävande. Alldeles för många patienter kommer numera för ingenting. Ännu försöker vi klara trycket men om ingenting görs finns risk för att de gamla får stå tillbaka”*.

Tre av de tillfrågade husläkarmottagningarnas hemsjukvårdspersonal tycker inte att det är någon större skillnad på hur mycket tid hemsjukvårdspatienterna får efter vårdvalets införande. Tre tycker däremot att de ger mindre tid/patient. Personalen på en av husläkarmottagningarna säger tvärt emot att de ger mer tid per patient men att detta beror på att vårdtyngden på de äldre som behöver hemsjukvård har ökat. På en husläkarmottagning tycker läkaren och distriktssköterskorna olika. Läkaren tycker inte att det är någon skillnad medan distriktssköterskorna tycker att de numera ger mindre tid per patient.

## Förändrade arbetsformer

Beställarna framhåller i intervjun att det är viktigt att patienten får den tid som krävs för sitt behov. Likaså att uppmärksamma frågor som ligger i gråzonen mot hemtjänsten och att identifiera patientens egenansvar. De framhåller vikten av det förebyggande arbetet, utskrivning av hjälpmedel samt en god planering av bedömda åtgärder.

Det finns ingen entydig bild från de intervjuade vid husläkarmottagningarna om och hur vårdvalet har påverkat deras arbete inom hemsjukvården. De flesta svarar att de inte tycker att vårdvalet har påverkat hemsjukvården i någon större utsträckning. Det är ändå flera av de intervjuade som ger exempel på förändringar inom arbetsgrupperna och deras sätt att arbeta. Exempel som ges är att vissa husläkarmottagningar har utökat och andra har minskat antalet distriktssköterskor och undersköterskor. Tre av husläkarmottagningarnas hemsjukvårdspersonal har börjat arbeta i team runt hemsjukvårdspatienten.

De som märkt av förändringar tror inte att det beror på vårdvalet utan på andra faktorer som påverkat. Exempel som ges är kommunernas kundval, en äldre befolkning, fler äldre som bor kvar hemma och minskat antal platser inom äldreboendena.

Några menar att kommunens kvalitet på hemtjänsten har betydelse, vissa äldre säger till distriktssköterskorna att de inte vill ha hemtjänst eftersom den inte är tillräckligt bra och prissvärd. Vid två av husläkarmottagningarna, båda inom södra

Stockholm, säger distriktssköterskorna att de känner till äldre som skulle behöva ha insatser från hemtjänsten men som istället vänder sig till husläkarmottagningens hemsjukvård som är gratis för att de inte har råd med hemtjänsten.

## Distriktssköterskornas arbete

Vid de husläkarmottagningar som ingått i utvärderingen har en distriktssköterska i snitt ansvar för 40 - 50 hemsjukvårdspatienter, med en variation mellan 20 - 80 patienter. De flesta uppger att de behöver göra mellan 10 - 12 hembesök/dag för att ekonomin ska gå ihop. En av distriktssköterskorna säger *”förr hade vi tid att sitta ned och prata med patienten, idag måste vi ursäkta oss och snabbt skynda vidare. Arbetet har blivit tråkigare”*.

Vid några av de undersökta husläkarmottagningarna har underskötersketjänster minskats eller helt tagits bort. Orsak uppger de intervjuade är att husläkarmottagningarna inte längre har råd att ha kvar undersköterskorna på grund av den låga ersättningen efter införandet av vårdvalet. Där neddragningar gjorts uppger distriktssköterskorna att det ger effekt på deras arbetsuppgifter. Distriktssköterskorna märker att de inte längre kan ge hemsjukvårdspatienterna tillräckligt med tid. Undersköterskorna beskrivs ha en funktion där de avlastar distriktssköterskorna i det löpande, och mer enklare rutinbetonade arbetet. Distriktssköterskorna beskriver dessa arbetsuppgifter som exempelvis utlämnande av dosetter, insulingivning, ögondroppar, lindning av ben eller hjälp med stödstrumpor samt enklare såromläggningar. De menar att på grund av att dessa arbetsuppgifter nu hamnar hos distriktssköterskorna så har varje distriktssköterska mindre tid för respektive patient vilket innebär att deras besök måste gå fortare och att de måste hinna med fler patienter på kortare tid.

De flesta distriktssköterskor säger att de skulle behöva ha mer tid per patient för att känna att de gör ett bra jobb. De tycker att arbetet blivit stressigare. Inom en husläkarmottagning har ledningen tagit bort mottagningsbesöken för distriktssköterskorna för att motverka stress. Detta tycker distriktssköterskorna ger en motsatt effekt eftersom mottagningsbesöken ger variation i arbetet.

Vid en av husläkarmottagningarna berättade distriktssköterskorna att de inte hinner med hälsosamtalen på grund av att tiden inte räcker till, medan distriktssköterskorna inom en annan husläkarmottagning hade genomfört samtliga hälsosamtal.

Flera distriktssköterskor säger också att det bara borde vara distriktssköterskor som arbetar med hemsjukvården eftersom sjuksköterskorna inte har samma befogenheter. Många önskar sig också en geriatriker att samarbeta med.

En av distriktssköterskorna säger att hon skulle vilja att hemsjukvården och hemtjänsten slogs ihop och gärna ledas av en distriktssköterska.

## DELEGERINGAR

Hemsjukvårdens distriktssköterskor kan delegera vissa medicinska uppgifter till hemtjänsten. Vid sex husläkarmottagningar ger hemsjukvårdens distriktssköterskor delegeringar till hemtjänsten. Vid två av de undersökta husläkarmottagningarna uppger hemsjukvårdens personal att det inte ges några delegeringar på grund av att kommunerna har av sagt sig delegeringar. Orsak i en av dessa kommuner är enligt hemsjukvårdens personal att hemtjänstens personal uppges ha för dåliga kunskaper. Vid den andra husläkarmottagningen vill kommunen ha betalt om hemtjänsten ska ta emot delegeringar.

Vårdgivaren kan aldrig föreskriva att vissa medicinska arbetsuppgifter skall delegeras. Behovet och lämpligheten av delegering i det enskilda fallet kräver nämligen alltid en professionell bedömning. För detta svarar den yrkesutövare som är ålagd arbetsuppgiften.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får överlåta en arbetsuppgift till en annan person endast då detta är förenligt med en god och säker vård.

Delegeringar av arbetsuppgifter kan ske oberoende av om den som delegerar och den som mottar arbetsuppgiften tillhör samma organisatoriska verksamhet eller ej. Förutsättningen för en sådan delegering är emellertid att mottagaren av uppgiften har sin arbetslednings tillåtelse att utföra arbetsuppgiften. Det innebär att den som avser att delegera över en verksamhets- eller vårdgivargräns först måste samråda med mottagarens arbetsledning.

Delegeringar av medicinska arbetsuppgifter får inte göras slentrianmässigt. Med hänsyn till kraven på vård av god kvalitet och hög säkerhet för patienterna ställer varje delegeringsbeslut mycket stora anspråk på gott omdöme, goda kunskaper och noggrannhet hos såväl den som delegerar som den som genom delegering mottar en medicinsk arbetsuppgift.

Ytterst ansvarig för att delegeringar sker på ett korrekt sätt inom ett verksamhetsområde är verksamhetschefen eller motsvarande. Inom den kommunala hälso- och sjukvården enligt 18 och 18 a §§ HSL ligger detta ansvar dock på den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Den som har det yttersta ansvaret för att delegeringar tillgodoser patientsäkerheten kan meddela restriktioner i fråga om delegeringar inom verksamhetsområdet. Även Socialstyrelsen kan i en föreskrift ha meddelat inskränkningar i fråga om möjligheterna att delegera olika arbetsuppgifter.

Ett beslut om delegering är personligt.

Ett delegeringsbeslut får endast avse en person som är namngiven och inte en viss yrkesgrupp (t.ex. enhetens undersköterskor), att den som genom ett delegeringsbeslut tilldelats viss arbetsuppgift i sin tur inte får delegera uppgiften till någon annan person (Utdrag ur Delegeringsförordningen, SOSFS 1997:14)

Enligt de intervjuade var den vanligaste delegeringen medicinhantering, där hemtjänstens personal hjälper den äldre att ta sina mediciner. Det handlar för det mesta om att ge medicin ur en dosett eller ur en av Apoteket AB dosförpackade läkemedel s.k. APO-dosett.

För att hantera minskat antal delegeringar användes vid en av husläkarmottagningarna så kallade egenvårdsintyg (SOSFS 2009:6). Det innebär att läkaren gör en bedömning av patientens egen förmåga att klara medicineringen. Om läkaren bedömer att så är fallet utfärdas ett intyg. Om den äldre fått ett intyg ansvarar den äldre själv för sina mediciner men hemtjänsten kan hämta ut mediciner från Apoteket. Om den äldre inte bedöms lämplig för egenvårdsintyg faller hela ansvaret för medicinhanteringen på distriktssköterskorna. Oftast gäller det personer med kognitiv svikt.

Distriktssköterskorna tycker att det går bra att delegera arbetsuppgifter och att hemtjänstens personal är duktiga, men att det även finns kunskapsbrister. Det händer att distriktssköterskorna nekar en hemtjänstpersonal att få en delegering. Omvänt säger enhetscheferna inom hemtjänsten att distriktssköterskorna sköter delegeringarna bra och att deras personal får tillräckligt med instruktioner för att kunna ta emot en delegering.

Enhetscheferna är ändå tveksamma till delegeringar eftersom de tycker att det är fel att kommunens hemtjänst gör ”*gratisjobb*” åt landstinget.

## **KOORDINATORSROLLEN**

Koordinatorrollen regleras från och med 2010 i Regelboken och innebär att distriktssköterskan ska samverka, planera och ansvara för en kontinuerlig bedömning av hemsjukvårdspatienterna. I regelboken för 2010 lyfts distriktssköterskornas koordinatorroll fram. HSN-f hade från flera olika håll fått in önskemål om att distriktssköterskans arbete och yrkesprofession bättre borde synliggöras. Samtliga auktoriserade vårdgivare fick information om förändringarna i regelboken i ett ändringsmeddelande hösten 2009.

Distriktssköterskorna tycker att det kan vara svårt att klara rollen som koordinator, men att de försöker uppfylla sitt uppdrag så långt det går. Flera av de intervjuade säger att det är svårt att hinna med uppdraget och att det inte alltid beror på distriktssköterskan om de lyckas eller ej. Flera yttre faktorer spelar roll, ett exempel är att vårdtyngden ökat då fler äldre bor kvar hemma längre än tidigare.

Distriktssköterskorna säger att de kände sig mer som koordinatörer tidigare. De tycker att arbetet blivit mer stressigt och att det inte finns någon luft i systemet längre. Patienterna kommer hem snabbt från slutenvårdsvistelserna och det är ”*bara att gilla läget*”.

Några säger att just koordinatorrollen är det som utmärker en distriktssköterskas funktion och att den är mycket viktig att bevara, men att uppdraget måste prioriteras och att tillräckligt med tid ges.

## Läkarnas arbete

De läkare som vi intervjuat och där hemsjukvården inte sköts i team bekräftar att de har svårt att hinna med hembesöken. En läkare säger att det ändå blivit bättre sedan vårdvalet infördes eftersom de avsatt särskild tid för hemsjukvårdspatienterna en timme varannan vecka.

Flera distriktssköterskor säger att läkarna inte har tid att göra hembesök i den utsträckning som behövs, eftersom de måste fylla sin kvot med mottagningsbesök. En av distriktssköterskorna säger *”läkarna har på grund av vårdvalet blivit mer frånvarande, de måste fylla sina kalendrar med snabba besök. De har inte tid att i tillräcklig utsträckning göra hembesök eftersom det tar för lång tid.”*

Vid en av husläkarmottagningarna säger läkaren att medicininställningarna tar mycket tid men att det i övrigt är mer sociala än medicinska problem med hemsjukvårdspatienterna. Samma läkare tycker att kommunerna borde ta över hemsjukvården och att kommunerna då också borde anställa egna geriatriker.

Vid de tre husläkarmottagningar där hemsjukvården arbetar i team gör läkarna i stor utsträckning hembesök hos hemsjukvårdspatienterna. Vid dessa husläkarmottagningar säger personalen att det är viktigt att få en helhetsbild av patientens situation. Inom andra husläkarmottagningar uttrycker läkarna att de skulle önska att de kunde göra fler hembesök men att de inte hinner eftersom de måste ta emot så många patienter på mottagningen. Variationen är stor när det gäller läkarnas hembesöksstatistik hos hemsjukvårdspatienterna, allt ifrån nästan inga hembesök eller möjligtvis en gång om året till regelbundet flera gånger per år.

Fyra av de undersökta husläkarmottagningarna hade inte en speciellt avdelad läkare för hemsjukvårdspatienterna. Vid två av dessa husläkarmottagningar framförde läkarna önskemål om en särskilt avdelad läkare för hemsjukvården, gärna en geriatriker. Vid de två andra husläkarmottagningarna har läkarna medvetet valt att fortsätta följa ”sina” patienter eftersom de tycker att det ger ett mer värde att ha kunskap om patientens historik.

## Hur möts kraven i regelboken?

De flesta av husläkarmottagningarnas medarbetare var insatta i regelboken och kände till vad vårdgivaren skall säkerställa inom den basala hemsjukvården. De intervjuade tycker att regelboken ger vägledning i arbetet. Nedan redovisas svar kopplade till regelbokens kravspecifikation.

### **PATIENTEN FÅ SITT BEHOV BEDÖMT SNARAST**

Samtliga tillfrågade inom hemsjukvården säger att patienterna får sina behov bedömda samma dag alternativt dagen efter om de bedömer att patienten kan vänta. Distriktssköterskorna framhåller att det kan vara svårt att hinna med att

göra hembesök samma dag men att de försöker prioritera bedömningarna. Särskilt viktigt är det om patienten behöver hjälp med sina läkemedel.

## **INSATSER AV OLIKA YRKESGRUPPER I PATIENTENS HEM**

De intervjuade säger att patienterna främst får besök i sitt hem av distriktsköterskor och/eller undersköterskor på de husläkarmottagningar där den yrkesgruppen finns kvar inom hemsjukvården.

Tre av husläkarmottagningarnas distriktssköterskor tycker inte att läkarna gör hembesök i tillräcklig utsträckning. Vid en av husläkarmottagningarna berättar distriktssköterskorna att alla patienter inte får besök av läkaren en gång om året som husläkarmottagningen har som mål. Vid en annan husläkarmottagning tycker distriktssköterskorna att läkarna är för ointresserade av hemsjukvårdspatienterna och att de därför inte gör hembesök.

Läkarna säger att de inte alltid hinner göra hembesök eftersom mottagningsbesöken tar all deras tid i anspråk. Flera läkare säger också att de har högt förtroende för distriktssköterskornas bedömningar och att det är den yrkesgruppen som är viktigast för patienten. Vid tre av husläkarmottagningarna ingår läkaren i hemsjukvårdsteamet och där gör läkaren i stor utsträckning hembesök hos hemsjukvårdspatienterna.

## **ÖVERENSKOMMELSER**

De flesta husläkarmottagningar hade enligt de intervjuade upprättade överenskommelser om ansvarsfördelning där samarbete förekommer med ASIH. De flesta intervjuade tycker också att samarbetet med ASIH fungerar mycket bra. Några framhåller ändå att det för patienten, ibland kan bli rörigt, när både den basala hemsjukvården och ASIH är inkopplade. De tycker att ASIH borde ta över helheten om en patient behöver avancerad hemsjukvård för att undvika onödigt många ansikten för patienten.

När det gäller andra överenskommelser som vid exempelvis tillfällig vistelse inom annat närområde tycker de flesta att det inte är något stort problem men att det mellan vissa husläkarmottagningar förekommit diskussioner och oenighet. Vid dessa tillfällen säger de intervjuade att det kan bli jobbigt och att diskussionerna kan ta onödig tid i anspråk.

Det är ett större problem om patienten önskar lista sig på en annan husläkarmottagning än inom det närområde där patienten bor. I stort sett säger samtliga intervjuade att de uppmanar patienten att byta läkare om de behöver hemsjukvård. Orsak är att det blir en säkrare och snabbare vård om läkaren och distriktsköterskan finns inom samma husläkarmottagning. De flesta patienter följer rådet att byta läkare. I de fall där patienten önskar behålla sin läkare inom annat område görs oftast en överenskommelse mellan husläkarmottagningarna. Om ingen överenskommelse görs kan det innebära långa resvägar och svårigheter i kontakterna mellan den ansvariga läkaren och hemsjukvårdens distriktssköter-

skor. Vid en av husläkarmottagningarna ställer man krav på att patienten måste byta läkare annars kan inte patienten få hemsjukvård där hon/han bor. Patienten hänvisas då till husläkarmottagningen där hon/han är listad och som då är skyldiga enligt regelboken att ta ansvaret för patientens hemsjukvård. Kravet om att patienten skall lista om sig stöds dock inte av regelboken.

## **BEDÖMNINGAR OAVSETT NÄR PÅ DYGNET BEHOVET SKA TILLFREDSSTÄLLAS**

Personalen på husläkarmottagningarna uppger att de klarar av att ansvara för bedömningar av patientens totala behov av hemsjukvård oavsett när på dygnet behovet skall tillgodoses. Det ingår inte i husläkarmottagningarnas uppdrag att ge patienterna hemsjukvård kvällar och nätter. Tre upphandlade företag ansvarar för hemsjukvårdsinsatser under kvällar och nätter. Ett av dessa tre företag ansvarar för hemsjukvårdsinsatserna vid sex av de åtta undersökta husläkarmottagningarna. Två av husläkarmottagningarna riktar viss kritik till den upphandling som Stockholms läns landsting gjort av hemsjukvårdens insatser på kvällar och nätter. De tycker inte att kvaliteten på hemsjukvården upprätthålls då företaget har så få sjuksköterskor anställda. Flertalet är undersköterskor.

Vid en av husläkarmottagningarna berättade distriktssköterskorna att de tycker att läkarna lägger för stort ansvar på dem då det i princip nästan alltid är distriktssköterskorna som gör alla bedömningar. En distriktssköterska säger att *”Läkarna skickar hellre in patienten än kommer på ett hembesök och bistår vid en svår bedömning”*.

## **LÄKARNAS ANSVAR VID UTSKRIVNING FRÅN SLUTENVÅRDEN**

Vid utskrivning från slutenvården är husläkarmottagningen skyldiga att justera den samordnade vårdplaneringen för de patienter som är inskrivna i WebCare. Vid intervjuerna framkommer det att det är distriktssköterskorna som justerar vårdplanen i WebCare. Genom denna justering övertar husläkarmottagningen ansvaret för patienten. När det gäller läkarens ansvar vid utskrivning från slutenvården framhåller flera av de intervjuade, både läkare och distriktssköterskor, att de upplever att de helt och hållet är i händerna på biståndshandläggarna. Flera av de intervjuade tycker att det är ett problem att biståndshandläggarna har denna makt eftersom de tror att de flesta inte har någon medicinsk utbildning. Det kan ställa till stora problem för hemsjukvården menar man.

I de flesta fall ser hemsjukvården till att det fungerar för patienten men många gånger kommer patienterna hem för snabbt och då skickas den äldre in igen av läkarna. De säger att det inte kan vara meningen att patienten ska behöva åka in och ut från sjukhuset på grund av att de inblandade inte gjort en riktig bedömning.

Flera av distriktssköterskorna framhåller särskilt problemet med dålig information från slutenvården där medicinlistor inte är uppdaterade eller att de skickar



hem patienten sent på fredag eftermiddag med ett recept i handen. Ett annat problem är bostadsanpassning och nya hjälpmedel. Efter en slutenvårdsvistelse är det sjukhusets rehabiliteringspersonal som ansvarar för att bostadsanpassning initieras och att hjälpmedel är utprovade och beställda inför hemgången. Rehabiliteringspersonalen inom öppenvården berättar att det inte alltid fungerar, vilket medför problem för patienten. Primärvårdsrehab ansvar inträder från och med andra vardagen efter hemgången från slutenvården. En distriktssköterska säger att det kan vara förödande om en patient med trycksår inte snabbt får en madrass till sin säng.

## NAMNGIVNA LÄKARE OCH DISTRIKTSSKÖTERS KOR

Samtliga intervjuade vid husläkarmottagningarna uppgav att de hade särskilda pärmar eller mappar som hemsjukvårdspatienten får vid inskrivningen. I dessa framgår vem som är hemsjukvårdspatientens ansvariga läkare och distriktssköterska.

## Ekonomiska incitament

Nästan alla vi intervjuat tycker att kraven på vårdgivaren i regelboken rimmar illa mot ersättningssystemet. De tycker att ersättningen för hemsjukvårdspatienterna är för låg och inte väger upp för vårdtyngden på många av patienterna. Dagens hemsjukvårdspatienter är betydligt mer tidskrävande och sjukare än vad de var för några år sedan säger de. De bor hemma längre och hemtjänsten fungerar inte alltid tillfredställande. Några föreslår att ersättningen borde kopplas ihop med vårdtyngd, diagnoser och socioekonomiska förhållanden. En av läkarna säger *”vi borde få ersättning för det vi gör och ger patienten, inte bara efter antalet skallar”*.

Hemsjukvårdspatienterna har olika behov och hemsjukvårdens personal säger att det är mycket runt omkring patienten som spelar in, hur effektivt ett hemsjukvårdsbesök kan vara. Flera distriktssköterskor berättar att de ofta får ta hand om sådant som hemtjänsten ska sköta. Patienten passar på när distriktssköterskan kommer och det är svårt att säga nej. Det kan handla om att den äldre ber om hjälp till toaletten, vill ha något att äta eller har frågor som rör ekonomin eller boendet. En av distriktssköterskorna säger *”Förr hade vi tid för detta men numera måste vi värja oss, vi uppfattas nog som väldigt stressade av patienterna”*.

Distriktssköterskorna tycker att deras ersättning är alldeles för låg motsvarande de viktiga arbetsuppgifter som en distriktssköterska har och borde ersättas lika högt som läkarnas hembesök.

För att helheten ska gå ihop lägger distriktssköterskorna ner mycket tid för planering och genomgång med läkarna samt för samverkan med biståndshandläggare och hemtjänsten. Ersättningen borde enligt distriktssköterskorna omfatta även dessa arbetsuppgifter. Distriktssköterskorna säger också att de får lägga en

hel del tid på att handleda hemtjänstens personal och de anser att det är tid som inte ersätts.

Personalen inom fyra av de undersökta husläkarmottagningarna uttrycker att de har tunga upptagningsområden eftersom det där bor många ensamma personer med psykiska funktionsnedsättningar eller missbruk. De tycker också att hänsyn måste tas till invandrartäta områden. De menar att det tar tid att bygga upp relationer med dessa patienter och att ett sådant besök oftast tar mycket längre tid än ett vanligt hembesök.

En av distriktssköterskorna säger att om de skulle sköta hemsjukvården efter den ersättning de får, skulle kvaliteten vara mycket sämre. Hon berättar att de tar sitt ansvar och låter den andra verksamheten betala underskottet. *”Det vi inte drar in på karusellen får vi helt enkelt ta in på gungorna. Men vad gör vi om gungorna också skulle gå back?”*

## Beställarnas Uppföljning av hemsjukvården

I regelboken anges att beställaren avser att följa upp att vårdgivaren uppfyller sina åtaganden enligt avtal. Uppföljningen anges syfta till att skapa en grund för en gemensam utveckling av vården och vårdgivarens uppdrag. Ett annat syfte som framhålls är att ge patienterna underlag för att göra kunskapsbaserade val av vårdgivare. En del av uppföljningen sker därför enligt Stockholms läns landstings leverantörsuppföljningsmodell där de olika vårdgivarna kan jämföras med varandra. Hårda och mjuka data samlas in som underlag. Vissa data tas direkt från datasystemen medan andra hämtas in från husläkarmottagningarna. När vi intervjuar representanter från beställarsidan beskrivs att svaren från husläkarmottagningarna varierar i kvalitet, ibland måste uppföljningsfrågor ställas och det händer även att beställaren bokar in ett möte för att skapa klarhet i om utföraren har uppfyllt sin grundnivå i avtalet.

Förutom leverantörsuppföljningsmodellen bjuder HSN-f in vårdgivarna till obligatoriska regelbundna möten för informationsutbyte. Andra typer av uppföljningar som anges i regelboken och kan komma att genomföras är patientenkäter och revisioner. En revision kan omfatta granskning av kvalitetssystem, rutinbeskrivningar samt patientjournaler och övriga dokument som anses angelägna att granska.

En av avtalshandläggarna vid HSN-f säger att om anhöriga eller kommunen har larmat om oegentligheter eller om klagomål på utföraren kommit in tar beställaren alltid kontakt med husläkarmottagningen för att få en förklaring till det inträffade.

Handläggaren säger också att det idag inte finns så mycket kvalitetsdata att följa upp inom hemsjukvården utan att det mest handlar om statistik. Beställaren säger att de egentligen ingenting vet om kvaliteten i hemsjukvården. Det som skulle gå att följa upp ur kvalitetshänseende är frekvens av trycksår, fallskador m.m. men att det inte görs idag. Beställaren har också produktstatistik och kart-

läggningar om läkemedelsgenomgångar som också kan ses som kvalitetsmått. Även indirekta mått som tillgänglighet och samverkansavtal skulle kunna ses som kvalitetsmått men är det inte idag.

Det som beställaren också uppger saknas är att man borde vidareutveckla i en kravspecifikation vad som ska ingå i distriktssköterskans koordinatorsroll, och även vad en vårdplan ska innehålla. Från beställarsidan skulle checklistor kunna tas fram som skulle kunna vara kravställande inom vissa delar av hemsjukvården. Exempelvis krav på att läkarna ska erbjuda hemsjukvårdspatienterna minst ett läkarbesök i hemmet/år. Annat som skulle kunna utvecklas är fler fallförebyggande bedömningar men beställaren säger att det är tveksamt om det skulle behöva gälla alla patienter inom hemsjukvården.

Beställaren tycker att det är svårt att besvara frågan, om kraven på vårdgivaren i regelboken rimmar mot ersättningssystemet och om ersättningssystemet är ett incitament för att uppfylla kraven. Det är alltid en avvägning hur ett ersättningssystem ska se ut. Beställaren påpekar att ersättningen ska ses som en helhet till husläkarmottagningen, där hemsjukvården ingår.

## Samverkan kring hemsjukvårdspatienten

Nedan följer en redovisning av vilka aktörer husläkarmottagningarna samarbetar med. Vi har valt att beskriva de samverkanspartners som husläkarmottagningarna i störst utsträckning samarbetar med. Husläkarmottagningarna samarbetar med flera andra aktörer såsom dietister, audiologer, specialister samt andra vårdgivare inom hälso- och sjukvården, detta samarbete redovisas inte i denna studie.

### SAMVERKAN HEMSJUKVÅRD & BISTÅNDSHANDLÄGGARE

Hemtjänst beviljas av kommunernas biståndshandläggare som är organiserade under kommunernas eller stadsdelsförvaltningarnas beställaravdelningar. Biståndshandläggningen är en myndighetsutövning och handläggarna fattar beslut på delegation från den ansvariga politiska nämnden.

Samverkan mellan de olika enheterna inom hemsjukvård och biståndshandläggning såg olika ut vid tiden för studien. Biståndshandläggarna och distriktssköterskorna har inom samtliga undersökta områden främst kontakt per telefon. Inom vissa områden fanns en strukturerad mötesordning där parterna träffas två gånger/år.

Flera av de intervjuade säger att kontakterna är personbundna och att det är viktigt att parterna visar respekt för varandras ansvarsområden. Några säger att det skulle vara bra om distriktssköterskor och biståndshandläggare lärde sig lite mer om varandras uppdrag och ansvar. De menar att det skulle underlätta förståelsen för varandras arbete. De säger att de tror att det mesta handlar om olika synsätt på individen och dennes behov som i sin tur bottnar i de olika lagstiftningarna, hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Biståndshandläggarna tycker att distriktssköterskorna inte förstår socialtjänstlagen. De säger att distriktssköterskorna tycker att handläggarna ska fatta beslut även om den äldre inte vill ha någon hjälp eller vill flytta till ett äldreboende. De förstår inte att den äldre måste ansöka om insatser. Det är inte ovanligt att parterna har olika åsikter om vad patienterna/de äldre behöver.

Inom ett av områdena säger parterna att de har ett mycket bra samarbete. De säger att de tror att det handlar om att de känner till hur man jobbar inom respektive huvudmans uppdrag. Parterna tycker det är lätt att nå varandra och de gör emellanåt gemensamma hembesök.

I en annan kommun tycker biståndshandläggaren att samtliga personer med demenssjukdom borde vara inskrivna i hemsjukvården. En annan handläggare tycker att hemsjukvården ska ha en och samma huvudman för att underlätta samarbetet.

## **HEMTJÄNSTENS ORGANISATION**

Samtliga kommuner som de undersökta husläkarmottagningarna samarbetar med har infört kundval i hemtjänsten. Kundvalet innebär att politikerna överlåter valet av utförare till brukarna. Om brukarna inte är nöjda med kvaliteten kan de, inom ramen för kundvalet, välja en annan utförare.

Kommunen har alltid det yttersta ansvaret för att kommuninvånarna får det stöd och den hjälp som de behöver. Insatser i socialtjänsten ska, enligt 3 kap. 3§ socialtjänstlagen (2001:453), vara av god kvalitet. Det är kommunernas ansvar att tillförsäkra sig om att kvaliteten i omsorgen är god, i såväl egen som privat regi.

I kommunerna som har samarbete med de undersökta husläkarmottagningarna har de äldre flera olika utförare att välja mellan. Antalet utförare i de undersökta kommunerna varierar från fem stycken upp till 120 inom vissa stadsdelar i Stockholm. De privata hemtjänstföretagen kan vara allt ifrån fåmansbolag till stora koncerner.

## **SAMARBETET MELLAN HEMSJUKVÅRD & HEMTJÄNST**

Personalen som jobbar inom hemsjukvård och hemtjänst tycker att samverkan är viktigt. Några säger att bra samverkan ger patienten/den äldre en större trygghet. Både hemsjukvården och hemtjänsten är beroende av varandra för att skapa en vård- och omsorg som ger en helhetssyn.

Många inom både hemtjänsten och hemsjukvården framhöll att samverkan är personbundet. Inom en och samma enhet kunde samverkan upplevas fungera både bra och dåligt beroende på vem som var motpart. Flera av de intervjuade menar att det handlar om var och ens synsätt och inställning till sitt uppdrag. En enhetschef inom hemtjänsten säger *”Det finns en fantastisk distriktssköterska på mottagningen som vi bara kan ringa, hon lyssnar och instruerar så bra och lugnt.*

*Men jag har också exempel på motsatsen på distriktssköterska från samma husläkarmottagning.”*

Några av de intervjuade beskriver hur viktigt det är med den personliga kontakten som skapas i det gemensamma mötet i vården av patienten/den äldre. Personalen inom hemtjänsten tycker att distriktssköterskan är en av deras viktigaste samarbetsparter men uttrycker också att de tycker att distriktssköterskorna blivit väldigt stressade. De har sällan tid att träffa hemtjänstens personal. Det finns dock undantag, en av enhetscheferna säger *”En av distriktssköterskorna kommer till hemtjänstlokalen varje dag och fikar, det tycker vi är väldigt bra, då kan vi ta upp saker som vi undrar över, det gör att vi har en bra relation till varandra.”*

Både hemsjukvårdens och hemtjänstens personal säger att det är viktigt att patienten/den äldre sätts i fokus. Någon uttrycker *”vi är väl till för dem vi ska hjälpa och då måste vi självlklart samarbeta.”* Hur och hur ofta hemsjukvården och hemtjänsten samverkar ser olika ut. Allt ifrån att parterna inte har någon strukturerad samverkan till att man har regelbundna möten. De strukturerade mötena som hålls någon eller några gånger/år har en agenda där övergripande frågor diskuteras. Det kan handla om att ge varandra information om förändringar inom respektive organisation eller att diskutera rutiner.

Inom ett hemtjänstområde beskriver enhetschefen vikten av att dokumentera om brukaren är inskriven i hemsjukvården och i så fall vem som är ansvarig distriktssköterska samt att hålla dessa uppgifter uppdaterade.

Några av de intervjuade inom hemtjänstenheter skulle önska att det fanns någon form av sittande ronder där insatser för hemsjukvårdspatienter /hemtjänst-ärenden kunde planeras och diskuteras. Inom en av kommunerna fanns det denna typ av samverkansmöten tidigare berättar en av cheferna inom hemtjänsten. Dessa möten har nu tagits bort på grund av sekretesskäl.

Inom all vård- och omsorg finns regler om sekretess angående brukarnas/patienternas hälsa och personliga förhållanden. Enligt 7 kap 1 § sekretesslagen (SFS 1980:100) gäller sekretess inom hälso- och sjukvården. Motsvarande regel för socialtjänsten finns i 7 kapitlet 4 §. Inom enskilt bedriven hälso- och sjukvård gäller sekretess enligt 2 kap 8 – 10 §§ lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531). Bestämmelserna innebär att uppgifter kan lämnas mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten om enskilda personer har lämnat sitt medgivande.

Den vanligaste löpande kontakten sker på telefon där parterna ger varandra information. Några av distriktssköterskorna tycker att det för det mesta räcker med telefonkontakt. Vissa hemtjänstgrupper berättade att de nästan aldrig träffade distriktssköterskorna medan andra berättade att de regelbundet stöter ihop med dem hemma hos den äldre. Den vanligaste orsaken till samarbetsproblemet tyckte husläkarmottagningens medarbetare var införandet av kundvals-systemet inom hemtjänsten. De menar att det stora antalet utförare ställer till

problem. Några av de intervjuade distriktssköterskorna framför även tidsbrist och trängd ekonomi som orsaker.

De kommuner som har ett fåtal utförare inom hemtjänsten framför också svårigheter i samarbetet. Problemen som beskrivs är att kontakterna med kommunen varit svårt att få till. Möten har bokats in och bokats av och det är allmänt svårt att få ett fungerande samarbete.

Hemtjänsten har svårt att se effekterna av vårdvalet. De tycker däremot att samarbetet blivit sämre den senare tiden, de tror att det handlar om besparingar inom husläkarmottagningarna och att distriktssköterskorna har fått mer att göra.

Flera av hemsjukvårdspersonalen säger att samarbetet fungerar bäst där det finns en etablerad kontakt sedan tidigare och att det därför är enklast att samarbeta med den kommunala hemtjänsten.

Två av husläkarmottagningarnas hemsjukvårdspersonal hade motsatt uppfattning, de sa att de privata utförarna av hemtjänst tar mer ansvar och tar sitt uppdrag på större allvar. De tyckte även att de privata gav sin personal bättre kompetensutveckling än vad kommunen gjorde.

En distriktssköterska tycker att kompetensen måste öka inom hemtjänsten. Hon säger *”en bra hemtjänst larmar oss när något inte funkar, när patienten inte klarar sin vardag. T.ex. om patienten inte klarar sin egenvård. En dålig hemtjänst tar inte hand om människan på ett värdigt sätt.”*

## REHABILITERINGSORGANISATIONER

Utförarna av rehabilitering har separata avtal med uppdragsbeskrivningar slutna med Stockholms läns landsting och ingår ännu inte i vårdvalet. Hemrehabilitering ingår i uppdraget. Av de åtta husläkarmottagningar som ingått i studien hade en husläkarmottagning också uppdraget med rehabilitering. I de övriga områdena låg ansvaret för rehabilitering på annan utförare som HSN-f hade upphandlat i området.

Vilka patienter som har möjlighet att få hemrehabilitering varierar på grund av de olika kriterier som vårdgivaren satt upp för sin hemrehabilitering. Från en vårdgivare krävs det att patienten inte kan klara av att komma till mottagningen samt att de har behov av insatser från både arbetsterapeut och sjukgymnast. Från en annan gäller att patienten ska ha kommit hem från en slutenvårdsvistelse och därmed behöver rehabilitering i hemmet. Från en tredje gäller att patienterna ska vara i behov av långvariga och stora rehabiliteringsinsatser eller om det krävs insatser gemensamt både från sjukgymnast och arbetsterapeut.

Följande enheter bistår husläkarmottagningarna med rehabilitering;

- Bollmora vårdcentral som är landstingsdriven har egen hemrehabiliteringspersonal.

- Primärvårdsrehab är verksamma inom olika områden med flera mottagningar inom respektive område storleken på mottagningarna varierar efter geografiskt område och patienternas behov.
- Sollentuna Rehabgrupp är en privat mottagning inom Praktikertjänst AB.
- Hallonbergens sjukgymnastik är ett lokalt företag med säte i Sundbyberg.
- Reagera klinikerna är ett Stockholmsbaserat rehabiliterings- och friskvårdsföretag med sex kliniker och runt hundra medarbetare i sydvästra Stockholm.

Vi har inte fått indikationer på att hembesöksfrekvensen varierar beroende på vem som är vårdgivare av rehabilitering. Enligt intervjuerna gör arbetsterapeuterna i snitt tre till sex hembesök/dag och sjukgymnasterna sex till åtta hembesök/vecka.

## SAMARBETET MELLAN HEMSIJKVÅRD & REHAB

Samarbetet mellan husläkarmottagningar och rehabiliteringsorganisationer beskrivs på olika sätt beroende på vilken husläkarmottagning och rehabiliteringsorganisation samarbetet gäller. Vissa arbetsterapeuter och sjukgymnaster tyckte att de hade tillräckligt med samarbete även om det mesta skedde över telefon medan andra uttrycker en stor brist i att de inte har några möten varken med husläkarmottagningens distriktssköterskor eller läkare. En av de intervjuade sjukgymnasterna sa *”jag tycker distriktssköterskorna gör för lite hembesök, de skulle verkligen behöva vara ute mer hos patienterna då kanske vi skulle träffa på dem lite oftare”*.

Uppfattningarna kan också gå isär. Vid en av husläkarmottagningarna berättade distriktssköterskorna att det inte finns någon samverkan och att uppdragen till rehabiliteringspersonalen kommer från slutenvården. Den intervjuade rehabiliteringspersonalen bekräftade att det inte fanns någon strukturerad samverkan med husläkarmottagningen men att de fick uppdrag både från läkare och distriktssköterskor. Några andra tyckte att de hade ett bra samarbete.

Vid en husläkarmottagning sa distriktssköterskorna att de inte riktigt vet vad rehabiliteringspersonalen kan göra förutom att skriva ut hjälpmedel. De tyckte inte att de kunde se någon direkt effekt av insatserna eftersom de inte gavs tillräckligt länge. De ansåg också att äldre människor borde få mer tid än vad rehabiliteringen har möjlighet att ge.

Flera av de intervjuade inom rehabiliteringen framhöll att det är viktigare med samarbetet med hemtjänsten, än med hemsjukvården, men att det blivit svårare sedan kommunerna infört kundval.

På den husläkarmottagning där rehabiliteringen fanns inom organisationen berättade parterna att de kommunicerar regelbundet kring hemsjukvårdspatienterna. Om distriktssköterskan ser ett behov av insatser från exempelvis arbetsterapeuten så kontaktar hon denne direkt. Ibland följer distriktssköterskan med på första hembesöket för att presentera rehabiliteringspersonalen, de tycker att

det ger en trygghet både för patienten och i samarbetet runt patienten då distriktsköterskan ofta har en upparbetad kommunikation med patienten sedan tidigare.

Rehabiliteringspersonalen har sällan kontakt med läkarna vid hembesöken, arbetsterapeuterna i princip aldrig, sjukgymnasterna någon gång ibland. Det beror på att de tror att läkarna har så mycket att göra med sina mottagningsbesök. Det är distriktssköterskorna som de kommunicerar och planerar insatserna tillsammans med.

## KVÄLLS- OCH NATTPATRULL

Inom ramen för studien valde vi att intervjua det företag som hade ansvaret för hemsjukvården på sex av de åtta undersökta husläkarmottagningarna. Företaget tillträdde sitt uppdrag maj 2010, att ansvara för hemsjukvården på kvällar och nätter, måndag – söndag 17.00 -08.00 i stora delar av Stockholms län. Företaget är upphandlat av Stockholms läns landsting.

Ansvaret gäller insatser som utförs av distriktssköterskor och undersköterskor, men ej läkarinsatser. Om patienten behöver komma i kontakt med läkare hänvisas patienten till jourläkare.

Fördelningen mellan yrkeskategorierna är 20 % sjuksköterskor och 80 % undersköterskor. Personalen arbetar i flera team och det finns alltid en ansvarig sjuksköterska i varje team.

Företaget har ansvar att ta emot alla uppdrag som kommer in, de kan inte säga nej till något uppdrag. Enligt avtalet med Landstinget ska de endast ta emot uppdrag från husläkarmottagningarna under kontorstid och via Vårdguiden mellan klockan 17.00 – 08.00. Företaget får inte ta emot uppdrag direkt från hemtjänsten. Detta leder enligt de intervjuade till att kontakten med hemtjänsten endast sker om de råkar stöta på varandra hemma hos patienten. Det är därför viktigt att husläkarmottagningarnas hemsjukvård har aktuella uppgifter på vem som är hemtjänstutförare. Ett annat problem som tas upp av företaget är kommunernas kundval, de säger *”Vi kan inte träffa alla olika utförare inom hemtjänsten på samverkansmöten, det är omöjligt. Vi tar frågor kring samarbetet när vi stöter på hemtjänsten hemma hos patienterna”*.

Om företaget inte har uppgift om vem som ansvarar för hemtjänsten kan det leda till svårigheter om en patient har larmat och inte kan öppna dörren själv. Det har till och med hänt att de fått kontakta låsmed för att komma in till patienten.

Sjuksköterskornas uppgifter är att göra bedömningar, inskrivningar, åka på larm, och ansvara för den mer avancerade men fortfarande basala hemsjukvården. Undersköterskorna gör rutinuppdragen men enligt ansvarig chefssjuksköterska alltid i nära samarbete med ansvarig sjuksköterska. Arbetsuppgifterna består i huvudsak av läkemedelshantering och insulingivning, dessa uppgifter står för 90 % av arbetsuppgifterna. I stort sett är alla besök planerade. Teamen gör 650 besök per dygn, lite olika hur de är fördelade men i snitt gör varje team ca 15 planerade besök och 2-3 akuta besök efter larm via vårdguiden.



Det händer att teamen måste skicka in patienten akut men då är det enligt chefs-sjuksköterskan alltid befogat.

Företaget har ingen särskild organisation för att möta specifika behov utan jobbar i team med samtliga patienter, oavsett ålder. Vissa team har fler äldre än andra och blir då lite av specialister på de äldres problem och situation. De säger vidare att det är svårt att hinna med de äldre som har stora omvårdnadsbehov, det är inte ovanligt att hemsjukvården får rycka in och göra hemtjänstens insatser när de kommer till patienten. De menar att det är svårt för patienten att hålla reda på om det är hemsjukvården eller hemtjänsten som kommer. *”Vi kan inte neka en patient att få hjälp till toaletten eller få en smörgås och ett glas mjölk, många vill också att vi ska stanna en stund och prata.”*

Företaget tycker att de borde kunna få ersättning för dessa patienter som tar längre tid än ett *”normalbesök”*. En lösning som framförs är att det skulle vara en sammanhållen hemsjukvård och hemtjänst, särskilt under kvällar och nätter. De menar att det skulle ge en ökad trygghet, säkerhet och kontinuitet för patienten men även en högre effektivitet för både kommun och landsting.

I delegeringsförordningen anges att det är den yrkesutövare som är ålagd arbetsuppgiften som också ansvarar för att bedöma behovet och lämplighet av delegering. Det innebär att företagets sjuksköterskor ansvarar för delegeringar som ges till hemtjänstens personal under kvällar och nätter 17.00 - 08.00. Den intervjuade chefssjuksköterskan uppger att det är svårt för deras sjuksköterskor att hinna med att uppdatera samtliga delegeringar som hemtjänstens personal behöver ha på kvällar och nätter.

Chefssjuksköterskan uppger att de hinner med sitt uppdrag, men att tiden är knapp för de äldsta och de sjukaste. Ett besök kan ta väldigt lång tid beroende på hur den äldre mår. Teamen träffar många ensamma, vissa med psykiska besvär men även personer med demenssjukdomar. Flera av patienterna har stora sociala problem.

Inom vissa områden finns det samverkansmöten på en övergripande nivå mellan de som ansvarar för vården på kvällar och nätter och kommunerna, s.k. vårdkedjemöten. Företaget tycker att kommunerna ställer omfattande och tydliga krav på dem trots att det egentligen är Stockholms läns landsting som är uppdragsgivare.

## **SAMVERKAN HEMSJUKVÅRDEN & KVÄLLS- OCH NATTPATRULL**

Personalen vid de undersökta husläkarmottagningarna uppger att de är osäkra på vilket uppdrag vårdgivaren för kvällar och nätter har, vilken tid de ansvarar för hemsjukvården samt om de har läkare anställda eller ej. Vid intervjun med beställarenheten framkom att när upphandlingen med företaget var klar skickades information via e-post till samtliga verksamhetschefer. Information fanns dessutom att läsa i HSN-nytt.

Personal som intervjuades vid kvälls- och nattpatrullen framförde att det är svårt med informationsöverföringen. De anser att det är viktigt att de får fullständig information från husläkarmottagningarna, om patienten, både vad som avser hemsjukvårdsbehov och om patienten har hemtjänst och i så fall vem som tillhandahåller hemtjänsten. Vid tiden för intervjun höll företaget på att se över rutinerna för informationsöverföring mellan dem och husläkarmottagningarna.

Några av husläkarmottagningarnas hemsjukvårdspersonal uttrycker oro att det inte kan bli en säker och trygg hemsjukvård med så lite sjukskötersketjänster som företaget har. Husläkarmottagningarnas personal framförde även synpunkter på brister i informationsöverföringen då det varit mycket svårt att nå företagets personal. Vårdgivaren på kvällar och nätter vill att all information ska gå via fax, vilket hemsjukvårdens personal inte tycker är tillräckligt. Likaså framförs synpunkter på problem med olika journalsystem.

När det gäller samverkan med husläkarmottagningarna så fanns strukturerade möten för ärendedragning med flera av husläkarmottagningarna men att de ännu inte har hunnit med att bygga upp det med samtliga. Vårdgivaren på kvällar och nätter säger att de också skulle behöva ha särskilda övergripande samverkansmöten med husläkarmottagningarna men att det är ett omfattande arbete då de arbetar mot totalt 109 husläkarmottagningar.

Det bör också tilläggas att när intervjuerna genomfördes hade företaget bara haft kvälls- och nattuppdraget i ungefär tre kvarts år.

## Samarbetsparters syn på vårdvalet

Biståndshandläggarna säger att de inte tror att vårdvalet medfört någon större förändring för de äldre. De framhåller att äldre människor inte bryr sig så mycket om valet av läkare utan är mer angelägna om att få den hjälp de behöver. Handläggarna säger också att de märkt att alla äldre inte känner till vad vårdvalet innebär.

Ett par biståndshandläggare framför att de hört att det kan vara problematiskt om den äldre väljer en läkare på en annan husläkarmottagning än den där hemsjukvården utgår ifrån. De säger att de vet att distriktssköterskorna uppmanar de äldre som får hemsjukvård att byta läkare till den husläkarmottagning som distriktssköterskorna arbetar på.

När det gäller tillgängligheten framför en av handläggarna att hon tycker sig märka att det görs färre fullständiga demensutredningar, *”Den äldre får en diagnos utan att steg två genomförs i utredningen”*. En annan tycker det blivit svårare att få läkartider för de äldre.

De flesta tillfrågade inom hemtjänsten säger att de inte märker någon större förändring för de äldre sedan vårdvalet infördes.

När det gäller samarbetsparters egna organisationer svarar samtliga att de inte behövt göra någon förändring i sin organisation på grund av vårdvalet.

# Vårdplanering

## GEMENSAM INDIVIDUELL VÅRDPLANERING

Kommuner och landsting har enligt lagstiftning skyldighet att samverka. Genom lagstiftningsändringar, likalydande i både SoL och HSL, som trädde i kraft vid 1 januari 2010 har kravet på samverkan ytterligare förtydligats;

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde.

Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

- vilka insatser som behövs,
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (HSL § 3f, SoL 2 kap § 7).

Vid intervjuerna framkommer att de flesta inte känner till den nyskrivna lagtexten. Vid intervjuerna framgår det också att gemensam individuell vårdplanering nästan aldrig genomförs.

Distriktssköterskorna vid en av husläkarmottagningarna berättar att de under det senaste året haft två gemensamma planeringar i hemmet. Vid dessa möten var det biståndshandläggaren som var sammankallande. Orsak till mötena var genomgång av de båda huvudmännens insatser vid två komplicerade fall. De säger att de träffades och pratade men att det inte utformades och dokumenterades någon gemensam individuell vårdplan.

Vid en av de undersökta husläkarmottagningarna svarade hemsjukvårdens personal att de har regelbundna planeringsmöten med hemtjänsten men att dessa inte var individuella vårdplaneringsmöten.

Alla de som intervjuats inom hemsjukvården och hemtjänsten framhåller vikten av samverkan och samplanering och säger att de saknar former för ett bra samarbete.

En av de intervjuade föreslår att en gemensam individuell vårdplanering alltid borde göras om en patient skrivs in i hemsjukvården och samtidigt har hemtjänst. Det är särskilt viktigt för äldre som har demenssjukdomar tycker en annan.

## **SAMORDNAD VÅRDPLANERING**

Enligt lagstiftningen har huvudmännen (landsting och kommun) skyldighet att erbjuda en trygg och säker vård efter utskrivning från en slutenvårdsvistelse. De flesta samverkanskontakter mellan personal inom landsting och kommuner sker med stöd av den så kallade betalningsansvarslagen som reglerar hur samverkan ska gå till vid utskrivningen av äldre från sjukhus. Efter en omarbetning av lagen (SFS 2002/03:193) skärptes och tydliggjordes reglerna för samarbetet och ansvaret för de utskrivningsklara. Den gemensamma vårdplaneringen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och klargöra det samlade behovet av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Kommunens betalningsansvar inträder fem dagar efter att en läkare har förklarat en person över 65 år utskrivningsklar och en vårdplan är justerad av samtliga enheter. Genom justering av vårdplanen tar respektive vårdgivare över ansvaret för patienten/brukaren. Vid intervjuerna med personalen på husläkarmottagningarna framkommer att oavsett om de justerar vårdplanen eller ej så skrivs patienten ut från slutenvården, om patienten är utskrivningsklar och vårdplanen är upprättad. Det leder till att distriktssköterskor och läkare upplever att de är i händerna på biståndshandläggarna.

## **WEBCARE**

Vårdplaneringarna ska ha föregåtts av olika kontakter och förutsätter att den berörda brukaren/patienten har lämnat sitt godkännande. Som stöd för detta finns i Stockholms län det IT-baserade vårdplaneringsprogrammet WebCare. Genom planeringsprogrammet kan biståndshandläggare och distriktssköterskor följa vårdprocessen för de brukare/patienter som vårdas inom slutenvården. WebCare ger inte bara de berörda vårdaktörerna information om brukarna /patienterna, utan kan också användas att kommunicera med. WebCare har skapat förut-sättningar för förbättrade kontakter och informationsflöde i samband med att äldre skrivs ut från slutenvården. Patientansvarig sjuksköterska inom slutenvården ansvarar för att alla patienter som har ett behov eller som bedöms kommer att behöva insatser från kommunen eller primärvården, skrivs in i WebCare.

För att säkerställa vård- och omsorg har vårdgivaren stöd i lagstiftning samt föreskrifter om vårdplanering.

Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård 10 a § När en patient skrivs in i landstingets slutna hälso- och sjukvård eller så snart det därefter bedöms finnas ett behov av det, skall den behandlande läkaren vid den enhet där patienten vistas genom ett inskrivningsmeddelande underrätta berörda enheter i den öppna vården eller omsorgen om att patienten efter att ha skrivits ut kan komma att behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller - landstingets primärvård, öppna psykiatrisk vård eller annan öppenvård. Lag (2003:193).

10 b § En vårdplan skall upprättas för en patient som efter att ha skrivits ut från en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård av den behandlande läkaren bedöms behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller - landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård. Lag (2003:193).

10 c § Skall en vårdplan upprättas enligt [10 b §](#) skall den behandlande läkaren kalla till en vårdplanering. Vårdplaneringen skall påbörjas senast dagen efter det att kallelsen mottagits.

En vårdplan skall utformas i samarbete mellan företrädare för berörda enheter vid kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller – landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.

Patienten eller hans eller hennes närstående bör delta i vårdplaneringen. Lag (2003:193).

10 d § En vårdplan skall innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser enligt [10 b §](#) samt uppgifter om vilken enhet som är ansvarig för respektive insats.

En vårdplan är upprättad när den har justerats av företrädare för de ansvariga enheterna. Lag (2003:193).

Vid intervjuerna som vi genomfört med husläkarmottagningarnas hemsjukvårdspersonal och deras samarbetspartners har vi ställt frågor om hur vårdplaneringen går till vid utskrivning efter en slutenvårdsvistelse.

Distriktssköterskorna berättar att de inte hinner delta i slutenvårdens vårdplaneringar. Orsak är att det löpande arbetet omöjliggör deltagandet då det oftast är mycket kort varsel för en vårdplanering. Flera av de tillfrågade distriktssköterskorna berättar att de brukar få kallelse två dagar innan vårdplaneringen skall hållas. De säger att de försöker hålla sig uppdaterade via Web Care men att patienterna inte alltid anmäls via Web Care.

Två av distriktssköterskorna berättar att det hänt att de deltagit vid några enstaka vårdplaneringar på sjukhuset men då har det endast varit för att patientens behov har varit så omfattande. Några distriktssköterskor säger att de försöker hålla kontakt med slutenvården när det gäller vissa hemsjukvårdspatienter genom att ringa och avrapportera hur det går att sköta den äldre i hemmet. Distriktssköterskorna upplever att personalen på sjukhuset oftast lyssnar till dem och att de hoppas att dessa samtal ändå kan ha en viss påverkan vid vårdplaneringen.

Hemsjukvårdens personal upplever att slutenvården skickar hem de äldre alldeles för snabbt och att de inte förstår hur biståndshandläggarna kan godkänna det. De

säger att den snabba utskrivningen leder till att de äldre inte får den vård de skulle behöva och att det ibland leder till återinskrivning efter en kortare tid hemma. En hemsjukvårdsgrupp säger *"biståndshandläggarna har för stor makt, de fattar en massa beslut som drabbar oss."*

Biståndshandläggarna är den kommunala yrkeskategori som medverkar vid slutenvårdens vårdplaneringar. Några av de intervjuade biståndshandläggarna säger *"biståndshandläggarna deltar alltid på vårdplaneringarna och distriktssköterskorna deltar aldrig"*. En annan biståndshandläggare tror att distriktssköterskorna endast kommer om hemsjukvården inte vill ha hem patienten. Flera handläggare uttrycker irritation över att distriktssköterskorna lägger sig i de beslut som handläggarna fattar.

Både biståndshandläggare och distriktssköterskor säger att det är pengarna som styr när patienten/den äldre ska skrivas ut. Några av handläggarna säger att de inte alltid skulle vilja ta hem den äldre men att de är tvungna eftersom kommunerna inte har råd med ett betalningsansvar.

## Reflektioner kring vårdvalet

Nedan följer ett antal uttalanden från den intervjuade hemsjukvårdspersonalen. Uttalandena är gjorda av läkare och distriktssköterskor och illustrerar de intervjuades syn på vårdvalets påverkan på arbetet kring den äldre hemsjukvårdspatienten.

*"Det är ingen skillnad, vårdvalet är inget problem men däremot samarbetet med kommunen"*.

*"Förut fanns mer tid per patient, nu har tiden blivit en bristvara, vi hinner inte med jobbet längre, det känns destruktivt"*.

*"Tidigare kunde patienterna ringa sin doktor direkt, det kan de inte längre. Det har blivit mindre kvalitetstänk till förmån för mer kvantitetstänk"*.

*"Det finns en risk för att äldre och kroniskt sjuka får stå tillbaka till förmån för patienter med enklare diagnoser och behandlingar"*.

*"Det är slöseri med skattemedel att rikta ersättningen så att de som inte är så sjuka prioriteras. Vi styrs helt och hållet av antalet besök, vilka också har ökat. Ur vår synvinkel är det fler onödiga besök som görs nu. Vi vill jobba för de som verkligen behöver oss. Beställaren måste se över ersättningssystemet"*.

*"Det har blivit stressigare inom hemsjukvården sedan vårdvalet infördes, vi har tappat fler duktiga medarbetare som sökt sig till andra delar inom eller utom sjukvården"*.

*"Fler snabba besök på mottagningen numera. Vi kan inte ta hand om hela patientens behov utan vi delar upp patienten i olika diagnoser och så får patienten komma ett antal gånger till läkaren istället"*.

*Ersättningssystemet gör så att vi stressar mer nuförtiden, tidigare fanns mer tid/patient”.*

*”Den största ändringen är att patienten kan välja sin doktor. Det innebär i sin tur att om man väljer en doktor från en annan husläkarmottagning får man inga hembesök”.*

*”Skillnaderna är inte så stora förutom att läkarna kanske gör fler hembesök numera eftersom ersättningen för hembesöken ökat. Det innebär i sin tur en förbättring för den äldre som slipper åka till husläkarmottagningen”.*

*”Skillnaden är möjligheten att välja läkare men det gör det komplicerat för oss distriktssköterskor eftersom det är en del byten”.*

Den kritik som framförs från hemsjukvårdens personal handlar inte om möjligheten för den äldre att välja läkare eller husläkarmottagning utan om ersättningssystemets konstruktion som är kopplat till vårdvalet.

# DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Intentionerna med Vårdval Stockholm är att förbättra tillgängligheten för patienten och ge patienten möjlighet att välja den vårdgivare som passar honom /henne bäst. En annan målsättning är att underlätta för nya vårdaktörer att etablera sig på marknaden för att få en större mångfald och konkurrens.

Av vår studie kan vi dra följande slutsatser;

- Organiseringen av vården kring hemsjukvårdspatienten skiljer sig mellan de studerade husläkarmottagningarna.
- Hemsjukvårdens personal anser inte att vårdvalet påverkat vården för den äldre hemsjukvårdspatienten.
- Hemsjukvårdspersonalens uppfattning är att ersättningssystemet inte stöder kraven i regelboken avseende hemsjukvården för de mest sjuka äldre.
- Läkaren gör fler hembesök efter införandet av vårdval.
- Förskjutning av vem som gör hembesöken, från undersköterska till distriktssköterska.
- Primärvården närvarar inte vid samordnad vårdplanering på sjukhus.
- Primärvården utnyttjar inte möjligheten till gemensam individuell vårdplanering i hemmet.
- Det är många aktörer involverade i vården runt de mest sjuka äldre, vilket försvårar samarbetet.
- Distriktssköterskans roll som koordinator försvåras av vårdval och kundval.
- Hemsjukvården styr valet av husläkare genom att den som valt husläkare långt från sin bostad ombeds välja husläkare hos den mottagning som svarar för hemsjukvården.

## Har vårdvalet påverkat vården för patienterna i hemsjukvården?

I vår studie säger hemsjukvårdens personal att vårdvalet inte i någon större utsträckning har påverkat vården för den äldre hemsjukvårdspatienten. Vid våra intervjuer ger personalen ändå flera exempel på förändringar i organisation och arbetsätt efter vårdvalets införande. Förändringarna tror de beror på att ersättningssystemet ändrats snarare än införandet av vårdvalet. Personalen på husläkarmottagningarna verkar alltså skilja på vårdvalet och dess ersättningssystem. Personalen har i stort sett en samfällad syn på att ersättningen för hemsjukvården



måste utvecklas, så att hänsyn också tas till vårdtyngd, diagnoser och socioekonomiska förhållanden.

Vid intervjuerna med hemsjukvårdens personal framkommer det att patienternas hälsa och status i stor utsträckning skiljer sig åt inom länet och mellan mottagningarna. Personalen vid några av husläkarmottagningarna uppger att de har många ensamma äldre med sociala, missbruks och/eller psykiska funktionsnedsättningar. Vården och omsorgen för dessa patienter tar i snitt längre tid än för en "vanlig" hemsjukvårdspatient.

Ersättningen har även en positivt styrande funktion enligt intervjuerna, läkarna gör fler hembesök nu än tidigare tack vare den höjda ersättningen för hembesöken.

Hemsjukvården har fått en egen plats i verksamheten. Vårdvalet har medfört att några av de undersökta husläkarmottagningarna har sett över sina organisationer för att möta hemsjukvårdspatienternas behov. Förändringen märks tydligast vid de husläkarmottagningar som har organiserat sin hemsjukvård utifrån teammodellen där läkare, distriktssköterskor och undersköterskor jobbar tillsammans med samtliga hemsjukvårdspatienter.

Då samsynen är så uttalad, att ersättningssystemet inte ger rättvisa efter patienternas behov, föreslår vi att beställaravdelningen i sin översyn av ersättningssystemet beaktar husläkarmottagningarnas synpunkter rörande ersättningssystemets utformning.

## Har vårdvalet påverkat organiseringen av hemsjukvården?

I samband med vårdvalets införande genomförde flera av husläkarmottagningarna en översyn om hur de skulle organisera sig för att möta hemsjukvårdens behov. Tre av de undersökta mottagningarna har valt en teammodell som innebär att de har särskilt avdelade läkare, distriktssköterskor och undersköterskor som arbetar och ansvarar för hemsjukvårdspatienterna. Personalen vid dessa husläkarmottagningar tycker att det är en bra modell och att den möjliggör ett nära samarbete med läkarna som också får tid för fler hembesök. Vad patienterna tycker har vi inte undersökt i denna studie. Äldrecentrum har i en annan studie som genomfördes hösten 2010 om Äldreteamet i Huddinge fått bekräftat från äldre och deras anhöriga att teamarbete med olika kompetenser hos personalen är en uppskattad och trygg lösning för gruppen äldre med stora och omfattande vård- och omsorgsbehov (Hjalmarson, 2011).

Ett par av de andra husläkarmottagningarna uppger att de medvetet valt att inte avdela en särskild läkare för hemsjukvården. De anser att det ger ett större värde att som behandlande läkare ha patientens sjukdomshistorik och möjlighet att följa patientens behandling framåt i tiden. Vid dessa husläkarmottagningar arbetar distriktssköterskorna och undersköterskorna i team men i nära samarbete med

respektive patients läkare. Personalen tycker att organisationen fungerar bra men uppger att läkarna har svårt att hinna göra hembesök i tillräcklig utsträckning.

Vi föreslår att beställaren följer de husläkarmottagningar som byggt upp hemsjukvårdsteam för att se om teammodellen kan vara ett alternativ för vården av de mest sjuka äldre.

## **Hemsjukvården styr valet av husläkare**

Hemsjukvårdens patienter har liksom andra patienter rätt att välja läkare. Husläkarmottagningen där patienten är listad är skyldig att tillgodose behovet av hemsjukvård oavsett avstånd till patientens bostad. Oftast kontaktas dock den husläkarmottagning som ligger i patientens närområde för att mottagningarna ska göra en överenskommelse om övertagande av hemsjukvård. Om en patient behöver hemsjukvård kan det medföra svårigheter att behålla en läkare som inte arbetar på den husläkarmottagning som utför hemsjukvården. En hemsjukvårdspatient som valt en läkare på en mottagning som inte ligger i patientens närområde uppmanas oftast av hemsjukvårdens personal att byta läkare till den mottagning som utför hemsjukvården, vilket i stort sett också alla gör. En av orsakerna till att personalen uppmanar patienten att byta läkare är att de anser att det är otryggt om hemsjukvårdens distriktssköterskor befinner sig på en annan mottagning än där patientens läkare arbetar. Det kan innebära svårigheter och brister i informationsöverföringen. Ytterligare orsaker är att det blir ineffektivt och besvärligt att ha för långa avstånd till patientens bostad, avståndet innebär också att läkarna inte heller gör några hembesök.

## **Vad tycker personalen om regelboken?**

Regelboken uppfattas som tydlig och personalen tycker att den ger stöd och hjälp i arbetet. Husläkarmottagningarnas personal säger att de klarar av att säkerställa angivna krav i regelboken. De klarar av att utföra samtliga behandlingar och bedömningar som inte kräver sjukhusansluten hemsjukvård (ASIH) eller slutenvård. Vid intervjuerna med husläkarmottagningarnas samverkanspartners finns det ingenting som motsäger detta, de flesta tycker att hemsjukvården gör ett bra jobb men att de ofta uppfattar distriktssköterskorna mer stressade nu än tidigare. Vår bedömning är att de intervjuade inom husläkarmottagningarna väl känner till Regelboken och det som anges i uppdragsbeskrivningen för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård.

## **Ansvar för att bedöma behov för hela dygnet**

Distriktssköterskan har enligt regelboken ett omfattande ansvar inom hemsjukvården. I regelboken anges att läkaren eller distriktssköterskan ansvarar för att bedöma patientens totala behov av hemsjukvård oavsett tid på dygnet som insatsen ska utföras. Husläkarmottagningen har också ansvar för att den vårdgivare som ansvarar för hemsjukvården på andra tider informeras. Det är i

stort sett uteslutande distriktssköterskorna som ansvarar för bedömningarna. Ett uppdrag som distriktssköterskorna beskriver som ett omfattande och ansvarsfullt arbete. Flera distriktssköterskor skulle vilja att läkarna oftare deltog i bedömningssituationerna.

Personalen vid flera av de intervjuade husläkarmottagningarna har dålig kännedom om det företag som utför hemsjukvården mellan klockan 17.00 – 8.00. Osäkerhet råder t.ex. om vårdgivaren kvällar och nätter har läkare anställda eller ej, hur deras uppdrag ser ut eller vilka tider som deras uppdrag omfattar.

Både husläkarmottagningarnas personal och personal hos vårdgivaren på kvällar och nätter tycker att de har problem med informationsöverföringen dem emellan. Från båda håll beskrivs incidenter som kunnat undvikas om informationen dem emellan fungerat bättre. Vid undersökningen uppgav de intervjuade att de för närvarande arbetar med att få en bättre och mer välfungerande informationsöverföring.

Vår bedömning är att det är svårt för distriktssköterskorna att ta ansvar för bedömningen av patienterna över hela dygnet eftersom det finns osäkerhet om vilket ansvar eller vilken kompetens vårdgivaren på kvällar och nätter har i sin organisation. För att säkerställa vården måste husläkarmottagningarna skaffa sig kunskap om de vårdgivare som ansvarar för hemsjukvården under kvällar och nätter. Hemsjukvårdspersonalen måste också förbättra informationsutbytet och samarbetet mellan de olika vårdgivarna som ansvarar för vården runt hemsjukvårdspatienten.

## Distriktssköterskornas arbetsvillkor

I regelboken anges att distriktssköterskorna har en koordinatorsroll. Rollen innebär ansvaret att, i samverkan med andra yrkeskategorier, samordna insatser för att tillgodose patientens totala vårdbehov. Distriktssköterskorna uppger att de inte hinner samverka i den utsträckning som de skulle behöva. De känner sig mer stressade nu än tidigare. De uppger att ledningen för mottagningen har räknat ut att de behöver hinna med 10-12 hembesök per dag för att ekonomin ska gå ihop. För hemsjukvårdspatienterna innebär det kortare besök och mindre möjlighet att i lugn och ro få samtala med distriktssköterskan.

På flera av de undersökta husläkarmottagningarna har underskötersketjänster minskats ned eller helt tagits bort till förmån för fler distriktsskötersketjänster. Den förändringen ger en ökad kompetens inom mottagningen men oftast en minskning av det totala antalet hemsjukvårdspersonal eftersom distriktsskötersketjänster är dyrare än underskötersketjänster. En av mottagningarna framhåller att de klarar sin ekonomi bättre på grund av att de behållit yrkesgruppen undersköterska medan andra husläkarmottagningar säger sig varit tvingade att byta ut undersköterskorna efter vårdvalets införande. Några av husläkarmottagningarna uppger att antalet hemsjukvårdspatienter har ökat men att de inte kunnat utöka antalet distriktssköterskor i tillräcklig utsträckning för att klara samtliga patienter.

ters behov. Sammantaget innebär dessa förändringar att patienterna, efter vårdvalet, i stort sett får samma antal besök från hemsjukvården som tidigare men att kortare tid ges per patient. Flera patienter får efter vårdvalet sin hemsjukvård utförd av distriktssköterskor än tidigare.

Det minskade antalet undersköterskor medför en ökad belastning på distriktssköterskorna i form av allt rutinarbete som tidigare sköttes av undersköterskorna nu också sköts av distriktssköterskorna. Distriktssköterskorna utför allt arbete själva, från avancerade bedömningar och behandlingar till att hämta medicin på apoteket.

Flera av distriktssköterskorna önskar sig också en geriatriker att samarbeta med, anställd eller som konsult. Det indikerar att det finns ett behov av större kompetens om geriatriska sjukdomar än vad som finns hos vissa allmänläkare.

Vår bedömning är att HSN-f bör utveckla en kravspecifikation över distriktssköterskans koordinatorsroll samt följa upp hur rollen efterlevs. För att distriktssköterskorna ska kunna ta sitt ansvar som koordinator, måste respektive arbetsgivare också se över deras arbetssituation.

## Vårdplaneringar och samverkan

Förutom koordinatorsrollen har distriktssköterskan också i uppdrag att ansvara för planering och kontinuerlig bedömning. Planeringen ska genomföras i samråd med andra berörda vård- och omsorgsgivare och beskriva vårdens planering, genomförande, uppföljning och resultat. Patient och närstående ska bjudas in att delta i planeringen av vården samt också informeras.

I studien framkommer det att distriktssköterskorna inte har tillräckligt med tid att samverka med andra vårdgivare, dels på grund av deras egen arbetssituation men också beroende på att distriktssköterskorna har så många olika aktörer att samverka med och då främst inom hemtjänsten. De tycker att det blivit besvärligt att samarbeta med kommunerna på grund av deras kundval. För närvarande finns det 120 olika hemtjänstutförare inom Stockholm stad.

Landsting och kommun har skyldighet att genomföra vårdplaneringar om det bedöms nödvändigt och efter det att en patient givit sitt samtycke. Det är två vårdplaneringar som främst kan tillämpas. Den ena är samordnad vårdplanering inför utskrivning efter en slutenvårdsvistelse. Den andra är gemensam individuell vårdplanering som sker i den äldres hem om någon av parterna ser ett behov av samordnade insatser.

### SAMORDNAD VÅRDPLANERING

Flera av de intervjuade läkarna och distriktssköterskorna tycker att de har för lite att säga till om vid utskrivning av patienter från slutenvården, de känner sig överkörda och maktlösa gentemot kommunernas biståndshandläggare. Vid intervjuerna framkommer det att distriktssköterskorna nästan aldrig deltar vid de

samordnade vårdplaneringarna. En av orsakerna är att de blir kallade med kort varsel (1-2 dagar). Det finns inget utrymme för oplanerade arbetsuppgifter så som distriktssköterskornas arbete är organiserat idag. Vid de samordnade vårdplaneringarna deltar alltid kommunernas biståndshandläggare. Vår bedömning är att om primärvården har ett behov av att delta vid den samordnade vårdplaneringen måste de se över sin organisation och eventuellt göra omprioriteringar i distriktssköterskans arbetsuppgifter. Ett alternativt sätt att delta vid samordnad vårdplanering kan vara att utnyttja möjligheten med telemedicin<sup>9</sup>, på så sätt behöver distriktssköterskan inte närvara på sjukhuset, men kan ändå delta vid vårdplaneringen.

## **GEMENSAM INDIVIDUELL VÅRDPLANERING**

Den gemensamma individuella vårdplaneringen regleras både i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen sedan 1 januari 2010. Regelverket kan tillämpas om den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten och om den enskilde ger sitt godkännande till upprättande av en individuell plan. Vid intervjuerna framgår det att kännedomen om den nya lagtexten är bristfällig. Ingen av hemsjukvårdens eller hemtjänstens personal har utnyttjat möjligheterna till gemensam individuell vårdplanering, där en gemensam vårdplan fastställs, tillämpas i det praktiska arbetet och följs upp.

Vår bedömning är att om parterna tillämpade gemensam individuell vårdplanering skulle samarbetet mellan olika vårdgivare underlättas. Om samverkan utgår från patienten blir antalet aktörer underordnat. För att stimulera tillämpningen av individuell vårdplanering i enlighet med lagstiftningen föreslår vi att HSN-f ersätter vårdgivaren för genomförd och dokumenterad vårdplanering.

---

<sup>9</sup> Telemedicin innebär att ge medicinsk konsultation på distans.

# REFERENSER

- Burström B, (2008). Vårdval – evidens och effekter för vård på lika villkor? Läkartidningen nr 43, 2008.
- Landstingsrevisorerna, (2010). *Problem kring vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov*. Projektrapport Nr 5/2010. Stockholms läns landsting.
- Landstingsrevisorerna, (2009). *Landstingets samverkan med kommunerna inom vård och omsorg*. Projektrapport Nr 5/2009. Stockholms läns landsting.
- Modin S, (2009). *The medical treatment of patient with home care by district nurses from the family physician's perspective*. Akademisk avhandling Karolinska institutet.
- Hjalmarsen I, (2011). ”Jag bara lyfter på luren så kommer dom”. Äldrecentrum rapport 2011:4. Stockholm.
- Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, (2009). Basal hemsjukvård, varför varierar produktionen mellan olika vårdgivare avseende hemsjukvårdsbesök. En registerstudie och enkätundersökning. Stockholms läns landsting.
- Sherman H, Karp A, Wånell SE, Lagerin A, Rydeman IB, Söderhielm Blid S, Törnkvist L, (2010). *Förebyggande hembesök. Hälsosamtal med 75-åringar i Stockholms läns landsting*. Äldrecentrumrapport 2010:11. Stockholm.
- Sveriges kommuner och landsting, (2009). Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen – En analys utifrån kommunernas resultat. Stockholm.
- Socialstyrelsen, (2008). Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. Stockholm.
- Törnkvist I & Wånell SE, (2008). *Basal hemsjukvård för äldre med långvariga vårdbehov – hur kan våden förbättras?* Fokusrapport Landstingets Medicinskt programarbete 2008. Stockholm.
- Weurlander I, Wånell SE, (2011). Vårdkedjan som brast. En studie om gränssytor i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre på uppdrag av revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad och Täby kommun. Äldrecentrumrapport 2011:2. Stockholm.
- Ågren G, (2009). Vem vinner på Vårdval? Ojämlig hälsa och vård i Stockholms län. Stockholm

# BILAGA 1

Tabell 4. Antalet listade patienter 80 år eller äldre per kommun i Stockholms län samt antalet och andelen hemsjukvårdspatienter 80 år eller äldre, i november 2009 (källa, ListOn).

Kommun	Totalt antal 80+ listade	Antal 80+ med hemsjukvård	Andel 80+ med hemsjukvård av alla listade 80+
Botkyrka	1744	298	0,17
Bromma	2673	532	0,20
Danderyd	1599	119	0,07
Ekerö	626	112	0,18
Enskede-Årsta-Vantör	4874	738	0,15
Farsta	2611	503	0,19
Haninge	1699	367	0,22
Huddinge	2249	317	0,14
Hägersten-Liljeholmen	1603	329	0,21
Hässelby-Vällingby	3259	602	0,18
Järfälla	2202	272	0,12
Lidingö	2422	301	0,12
Nacka	2549	351	0,14
Nykvarn	152	37	0,24
Nynäshamn	1067	102	0,10
Rinkeby-Kista	672	82	0,12
Salem	370	33	0,09
Sigtuna	1031	136	0,13
Skarpnäck	811	140	0,17
Skärholmen	1223	168	0,14
Sollentuna	2041	237	0,12
Solna	3148	488	0,16
Spånga-Tensta	1075	151	0,14
Sundbyberg	1334	189	0,14
Stockholm innerstad	13946	2608	0,19
Södertälje	2972	545	0,18
Tyresö	1092	191	0,17
Täby	2592	389	0,15
Upplands-Bro	500	31	0,06
Upplands-Väsby	1088	169	0,16
Vallentuna	731	96	0,13
Vaxholm	372	35	0,09
Värmdö	854	193	0,23
Älvsjö	1019	150	0,15
Nacka	183	32	0,17
Österåker	1018	62	0,06
<b>Hela länet</b>	<b>69401</b>	<b>11105</b>	<b>0,16</b>

## BILAGA 2.

Tabell 5. Kapiteringsersättning, ersättning per inskriven patient i hemsjukvården samt grund och extraersättning för besök av resp. yrkesgrupp som vårdgivaren erhåller från beställaren.

Ersättning för insatser inom primärvården	kr/år	kr/besök
Ersättning per listad <sup>10</sup> 65-w år (kr/år)	1 588	
Ersättning per inskriven hemsjukvårdspatient (kr/år)	3 000	
Grundersättning läkare		479
extra ersättning per besök i hemmet		500
extra ersättning per besök för utfärdande av dödsbevis		1 500
extra ersättning per besök för utfärdande/utredning av vårdintyg		1 000
extra ersättning per besök om tolk närvarar		600
Grundersättning sjuksköterskor		200
extra ersättning för besök i hemmet		50
extra ersättning för ett hälsosamtal per år för 75 -ringar		500
extra ersättning per besök när tolk närvarar		300
extra ersättning för spirometriundersökning		200
extra ersättning - "motiverande samtal" eller annan evidensbaserad metod om livsstilsförändring utförd av distriktssköterska		50
Utfärdande av telefonrecept, oavsett yrkeskategori, för patient med frikort		80
Grundersättning undersköterska		100
extra ersättning för besök i hemmet		50
extra ersättning per besök om tolk närvarar		150
Grundersättning psykosociala insatser med särskild kompetens		600
extra ersättning per besök om tolk närvarar	900	
gruppbesök psykosociala insatser med särskild kompetens, minst tre individer	400/patient	

(Källa: Regelboken för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2010)

<sup>10</sup> Med listad avses person som genom eget val aktivt listat sig hos vårdgivaren och som är registrerad som sådan i Stockholms läns landstings listningssystem ListOn.



## BILAGA 3.

### *Akuta besök inom slutenvården*

Antalet akuta besök inom slutenvården kan vara ett resultat av brister i den planerade vården utanför sjukhuset för patienter som bor i det egna hemmet.

Tabell 6. Beskrivning av antal akuta besök inom slutenvården, summerat antal vård dagar och vårdtillfälle, genomsnittligt antal vård dagar per tillfälle samt genomsnittligt antal vård dagar och vårdtillfällen, för personer 80 år eller äldre som bodde i ordinärt boende i Stockholms län, 2007-2009.

	2007	2008	2009
Antal individer 80+ som hade akutbesök	25 147	26 082	26 448
Summerat antal vård dagar (80+ akutbesök)	456 586	543 274	561 491
Summerat antal vårdtillfällen resp år (80+ akutbesök)	43 242	45 211	46 958
Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle	10,56	12,02	11,96
Genomsnittligt antal dagar per individ	18,16	20,83	21,23
Genomsnittligt antal vårdtillfällen per individ	1,72	1,73	1,78

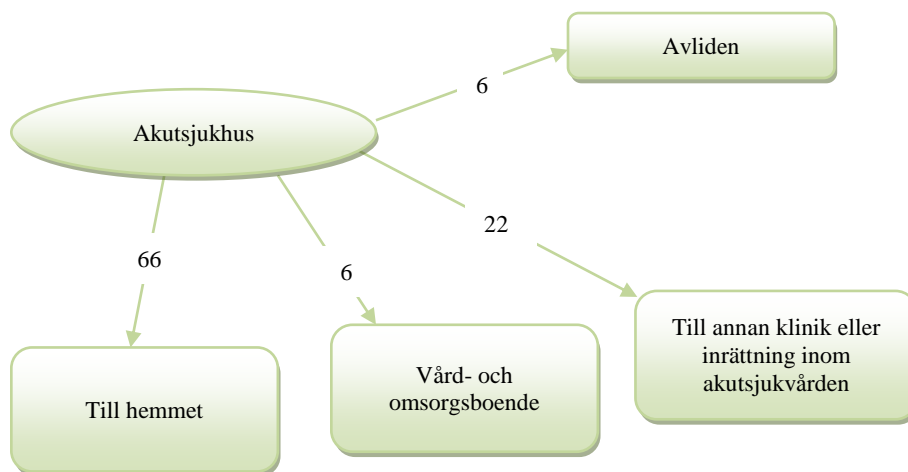
Källa: Stockholms läns landstings VAL-databas

Antalet personer som var 80 år eller äldre och som hade en akut vistelse inom slutenvården hade ökat något mer än vad antalet 80 år och äldre hade ökat i befolkningen mellan 2007-2009. Ökningen i antalet akutbesök var dock marginell 3,7 procent mellan 2007 och 2008 och endast 1,4 procent mellan 2008 och 2009. Det genomsnittliga antalet dagar per vårdtillfälle hade ökat med en dag, från i genomsnitt elva dagar till tolv. Per individ hade antalet dagar ökat från drygt 18, 2007 till ca 21 dagar, 2009. De vanligaste förekommande diagnoserna<sup>11</sup> var för samtliga år hjärtinsufficiens, pneumoni, cerebral infarkt och kollumfraktur, för personer 80 år eller äldre som hade en akut slutenvårds vistelse. För samtliga tre år var sjukdomar relaterad till cirkulationsorganen<sup>12</sup> överrepresenterade bland äldre som hade akuta besök inom slutenvården, ca 27-28 procent.

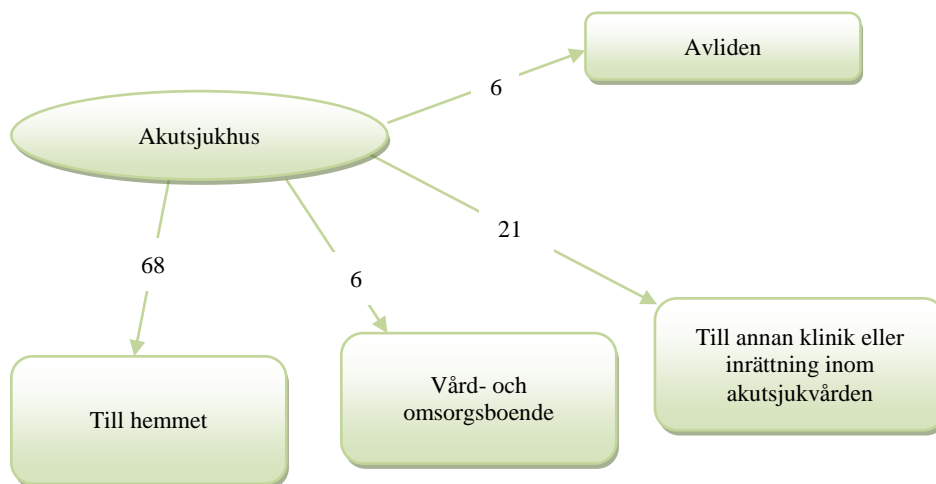
<sup>11</sup> Första diagnosen.

<sup>12</sup> Indelning enligt ICD-10.

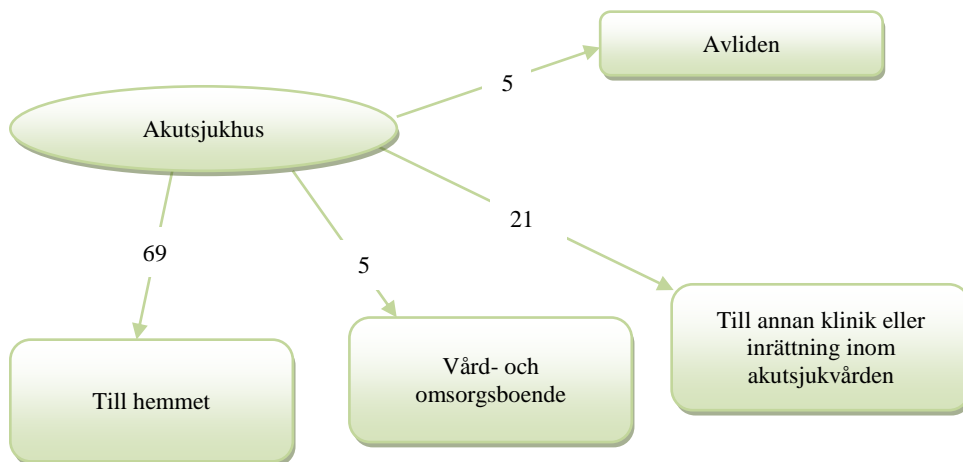
## Flöde ut från slutenvård 2007-2009



Figur 1. Vårdflöde, en beskrivning av var personer 80 år eller äldre i ordinärt boende tar vägen efter ett akut besök inom slutenvården, 2007, i Stockholms län.



Figur 2. Vårdflöde, en beskrivning av var personer 80 år eller äldre i ordinärt boende tar vägen efter ett akut besök inom slutenvården, 2008, i Stockholms län.



Figur 3. Vårdflöde, en beskrivning av var personer 80 år eller äldre i ordinärt boende tar vägen efter ett akut besök inom slutenvården, 2009, i Stockholms län.

Utifrån figur 1,2,3 kan vi inte se några skillnader mellan 2007-2009, i vart äldre personer som före inläggningen bodde i det egna hemmet tar vägen efter att de har vårdats akut inom sjukvården. Större andelen återvänder till sitt hem i ordinärt boende (66-69 procent), ca fem procent avlider och lika stor del flyttar till vård- och omsorgsboende. Drygt 20 procent flyttar till en annan inrättning eller annan klinik inom samma inrättning.