

”Vi är ingen ö”

– vardagen i kommunal hälso- och sjukvård ur ett medarbetarperspektiv

Rebecka Arman
Oktober 2019





Göteborgsregionen (GR) består av 13 kommuner som har valt att jobba tillsammans. Vi driver utvecklingsprojekt, har myndighetsuppdrag, forskar, ordnar utbildningar och är storstadsregionens röst i Västsverige, bland mycket annat. I våra nätverk träffas politiker och tjänstepersoner för att utbyta erfarenheter, bolla idéer och besluta om gemensamma satsningar. Allt för att regionens en miljon invånare ska få ett så bra liv som möjligt.

Göteborgsregionen 2019
FoU i Väst, Arbetsmarknad och social välfärd
Box 5073, 402 22 Göteborg
gr@goteborgsregionen.se
www.goteborgsregionen.se

Innehåll

Termer och begrepp	4
Inledning.....	6
Vad är kommunal hälso- och sjukvård?	7
Vilka är förutsättningarna för kommunal hälso- och sjukvård?	10
Vad är delegering och vem genomför ordinationer inom KHSV?	11
Tidigare beskrivningar av KHSV	12
Syfte och frågeställningar	14
Metod – vilket underlag har använts för studien?.....	15
Fallstudiedesign.....	15
Intervjuer och analyser	15
Referensgrupp och forskningsetik.....	17
Resultat	18
Målgruppen – vilka behov och situationer möter KHSV?	18
Vilka är arbetsuppgifterna och hur möter KHSV behoven?	21
Samverkan med primärvårdens läkare, hemtjänst och omsorgspersonal på boenden	23
Gränsdragningar – vem skrivs in i KHSV?	27
Hur är det att ge vård i någons hem?	29
Kvalitet och uppföljning.....	32
Slutsatser	34
Fortsatta studier	35
Referenser.....	36
Bilaga: Intervjuguide.....	38

Termer och begrepp

Anhörig/närstående: Dessa begrepp används i vardagstal synonymt men enligt Socialstyrelsens definition är anhörig någon inom familjen eller släkten, medan närstående kan vara någon obesläktad ”person som den enskilde anser sig ha en nära relation till”. (termbank.socialstyrelsen.se)

Arbetsterapeut: Den som på grund av skada, sjukdom eller funktionsnedsättning, inte kan sköta exempelvis personlig hygien, boende, skola, arbete, eller kan ha en utvecklande fritid, kan få stöd av en arbetsterapeut. Arbetsterapi syftar till att den enskilde ska kunna bli så självständig som möjligt i vardagen utifrån hens egna behov och önskemål. En del av arbetsterapeutens arbete handlar om att anpassa vardagsmiljön, prova ut, justera och förskriva olika typer av hjälpmedel samt bedöma behov av och skriva intyg vid ansökan om bostadsanpassning. (www.1177.se)

Avancerad sjukvård: Vård vid allvarlig kronisk sjukdom och behov av specialiserade medicinska och omvårdnadsmissiga insatser som kräver specifik reell kompetens eller hög tillgänglighet. Begreppet används framförallt för att beskriva team som arbetar med specialiserad sjukvård för svårt sjuka i hemmet (ASIH). (Nordenhielm, 2017)

Avvikelse: En avvikelse rapport är ett sätt att anmäla något som inte har fungerat som det ska inom en organisation, så att berörda personer får denna information. Till avvikelser räknas till exempel om någon skadar sig, en rutin som inte fungerar och om vården inte utförs som den ska (se vardhandboken.se).

Bistandsbedömning: Kommunens socialtjänst/socialnämnd handlägger ärenden gällande olika former av bistånd (hjälpinsatser). Biståndshandläggarna utreder och bedömer utifrån både rådande lagstiftning, såsom SOL och LSS, och även rådande riktlinjer i den aktuella kommunen. (se termbank.socialstyrelsen.se och t.ex. <https://www.lerum.se/Omsorg-och-stod/Aldre/Bistandsansokan/>)

Fysioterapeut: Yrkestiteln var tidigare sjukgymnast, men är från och med den 1 januari 2014 fysioterapeut. Fysioterapi syftar till att främja hälsa, minska lidande och till att behålla eller återvinna optimal rörelseförmåga och rörelsebeteende (www.fysioterapeuterna.se).

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL): Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är den centrala lagen för hälso- och sjukvården. HSL är en målinriktad ramlag, vilket betyder att den innehåller övergripande mål och riktlinjer för hälso- och sjukvården. Den ska inte detaljstyra verksamheten eftersom huvudmännen utifrån det kommunala självstyret ska ha viss frihet att utforma insatserna efter lokala och regionala behov. I HSL definieras hälso- och sjukvård som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. (www.patientsakerhet.socialstyrelsen.se ”Centrala lagar och föreskrifter”)

Hälso- och sjukvårdsavtalet: Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen. Hälso- och sjukvårdsavtalet är det huvudavtal som samtliga huvudmän har ställt sig bakom och ska tillämpa. Övriga överenskommelser och riktlinjer mellan huvudmännen inom hälso- och

sjukvårdsområdet är underställda regleringen i Hälso- och sjukvårdsavtalet.
(<https://www.vardsamverkan.se/dokument/hosavtal/>)

Korttidsboende: En form av äldreboende (särskilt boende/vård- och omsorgsboende) där man bor en begränsad tid. Korttidsboende har personal dygnet runt. Att få en korttidsplats kräver biståndsbeslut och ansökan om plats hos kommunen. (seniorval.se)

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS): Den som har en omfattande funktionsnedsättning har rätt att ansöka om stöd för att kunna leva ett så gott och självständigt liv som möjligt. Detta berör den som har stora varaktiga fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar som uppenbart inte beror på normalt åldrande. Det är huvudsakligen kommunen som har ansvar för att Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade följs.
(<https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/sa-fungerar-varden/>)

Mobil närvård och närsjukvård i VGR: Målsättningen är att öka tillgången till hembesök av läkare för att de mest sjuka äldre ska få en personcentrerad, trygg och samordnad primär- och specialistvård som präglas av en helhetssyn - en god sammanhållen nära vård utan onödiga sjukhusvistelser. Det bygger på att kommunen står för basverksamheten och dygnet runt-funktionen samt arbetar tätt tillsammans med specialistteam och hemsjukvårdsläkare.
(<https://www.vardsamverkan.se/samverkanteman/aldre/mobilnarvard/>)

Närstående: Se "anhörig" ovan.

Omsorgs- och omvårdnadspersonal: Används som paraplybegrepp i denna rapport och avser den grupp av personal som ger omsorg och grundläggande omvårdnad till patienter/brukare som ansvaras för av en myndighet. Gruppen består av personal som saknar legitimation, det vill säga undersköterskor, vårdbiträden och medicinskt utbildad personal. (se <https://www.framtid.se/yrke/vardbitrade>)

Ordinärt boende: Den egna privata bostaden, till exempel en lägenhet eller ett hus (dvs. i kontrast till särskilt boende). (termbanken.socialstyrelsen.se)

Primärvård: En del av den öppna hälso- och sjukvården. Enligt HSL ska primärvården "utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper ... svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens" (2 kap. 6 §). Denna vård bedrivs framförallt vid vårdcentraler men även genom hemsjukvård.

SIP – Samordnad individuell plan: Enligt 16 kap 4 § HSL och 2 kap 7 § SoL gäller att när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska landstinget och kommunen tillsammans upprätta en samordnad individuell plan (SIP). Av planen ska det framgå: (1) vilka insatser som behövs, (2) vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, (3) vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och (4) vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. (Socialstyrelsen, 2019)

Socialtjänstlagen (SOL): Utgör grunden för socialtjänstens verksamhet i Sverige. Lagen är en så kallad ramlag som ger varje kommun stora möjligheter att utforma sin verksamhet efter

skiftande behov. Lagens första paragraf, portalparagrafen, anger de övergripande mål och värderingar som styr verksamheten. (<https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar>)

Specialiserad vård: "Hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård" (termbank.socialstyrelsen.se). "Specialistkliniker skiljer sig från allmänna vårdkliniker och allmänläkare genom att deras tjänster begränsas till behandling av särskilda tillstånd, sjukdomar, medicinska behandlingar eller patientkategorier."

(<https://inspire-regadmin.jrc.ec.europa.eu/codelist/ServiceTypeValue>)

Särskilt boende: Det övergripande namnet för flera boendeformer, som anpassats för exempelvis äldre eller funktionshindrade med stort behov av omsorg. Boendeformerna ser olika ut i olika kommuner. Det krävs en biståndsbedömning och myndighetsbeslut för att få flytta till särskilt boende. (se termbank.socialstyrelsen.se och skl.se)



Inledning

Denna rapport har tillkommit för att synliggöra och beskriva kommunal hälso- och sjukvård (KHSV), som är under förändringstryck (Socialstyrelsen, 2019; SOU 2019:29). Sedan flera år har Västra Götalandsregionen (VGR) bidragit till studier genomförda av FoU i Väst vid Göteborgsregionen (GR). Medlen ska användas till studier som rör kvalitets- och kapacitetsförbättringar för patienter/brukare och vårdgivare samt har en betydelse för samverkan mellan VGR och de kommuner som ingår i GR, med grund i hälso- och sjukvårdsavtalet. FoU i Väst föreslog 2018 en beskrivande studie av KHSV, eftersom denna verksamhet samverkar mycket över huvudmannagränsen. VGR beviljade medfinansiering av studien. Studien består av kvalitativa intervjuer med anställda i alla verksamheter som ingår i KHSV (se figur 1), från tre olika kommuner i Göteborgsregionen (GR).

Vad är kommunal hälso- och sjukvård?

Korta fakta om kommunal hälso- och sjukvård

- 55 000 personer inom Västra Götalandsregionen och 28 000 inom Göteborgsregionen fick minst en insats i den kommunala hälso- och sjukvården under 2018 (Socialstyrelsen 2019). Drygt tre fjärdedelar är 65 år eller äldre och drygt hälften är 80 år eller äldre (Socialstyrelsen, 2019).
- Cirka 45 procent av den svenska befolkningen som är 80 år eller äldre fick vård inom den kommunala hälso- och sjukvården.
(Källa: Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2018)
- Den kommunala hälso- och sjukvården står för cirka 25–30 procent av sjukvårdskostnaderna inom Västra Götalandsregionen 2017.
(Källa: Beräkning gjord av Fröjd, baserad på Socialstyrelsens statistikdatabas för äldreomsorg och uppgifter om vårdplatser från VGR)

Kommunerna ansvarar för en växande del av den svenska hälso- och sjukvården. Kommunalt hälso- och sjukvård (KHSV) omfattade år 2018 drygt 400 000 invånare. En majoritet av dem som tar emot vården är 65 år eller äldre, vilket är en växande andel av befolkningen. Det är en liten andel barn som vårdas inom KHSV. År 2016 var 2 200 av patienterna under 20 år (Socialstyrelsen 2019, s. 20–21). Behoven inom kommunal hälso- och sjukvård förväntas fortsätta att vara stora under överskådlig tid (Socialstyrelsen, 2019). KHSV bedrivs på flera olika typer av platser: på äldreboenden, på boenden med särskild service för vuxna enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), i så kallat biståndsbedömt trygghetsboende¹, i dagverksamheter samt hemma hos patienter i det som kallas för ”ordinärt boende”. Att kommuner har ansvar för hemsjukvård även i ordinärt boende är ett resultat av en överenskommelse om att ta över detta ansvar ifrån det berörda landstinget eller regionen (se 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]). Sådana överenskommelser och avtal har upprättats i alla landsting och regioner i Sverige med undantag av Stockholm.

¹ Biståndsbedömda trygghetsboenden är avsedda för äldre personer som har ett vårdnadsbehov som understiger heldygnsvård. Skillnaden mellan ordinärt boende och biståndsbedömt trygghetsboende är att den äldre får möjlighet att komma till ett boende som t.ex. kan erbjuda gemensamma måltider, kulturella aktiviteter och umgänge. (IVO, 2019)

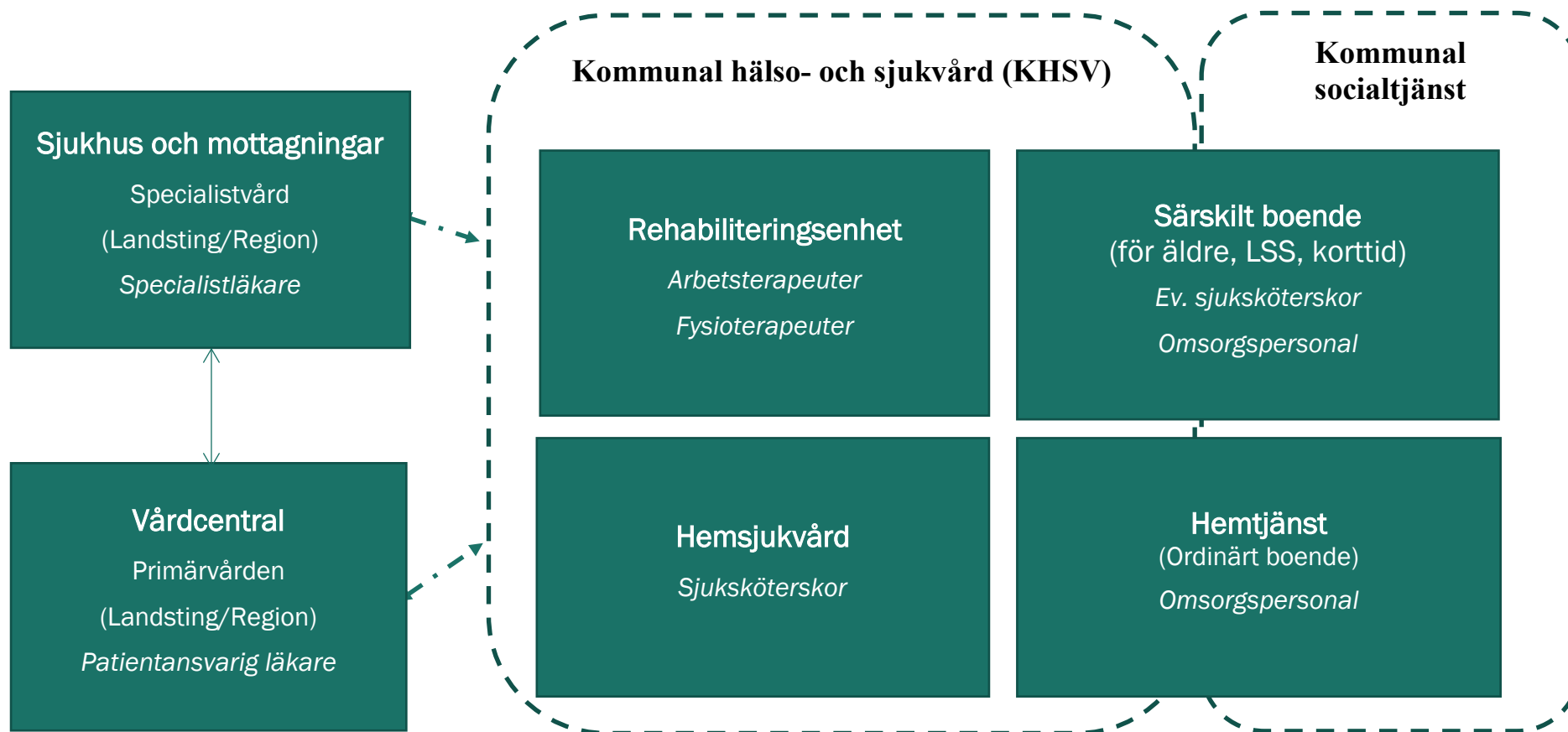
De vanligast förekommande professionerna som utför vård i ovan beskrivna verksamheter är legitimerad personal i form av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster. Att cirka 20 procent av sjuksköterskekåren arbetade inom KHSV år 2018, det vill säga cirka 16 000 sjuksköterskor, illustrerar att det är en väsentlig andel av sjukvården. År 2018 fanns också cirka 7 000 arbets- och fysioterapeuter inom KHSV (se SKL personalstatistik).

Samtidigt ansvarar kommunerna även för icke-legitimerad personal, framförallt undersköterskor, vårdbiträden och medicinskt utbildad personal som arbetar inom hemtjänsten och på särskilda boenden. I denna rapport kallas alla dessa kategorier för omsorgspersonal, för att betona att de arbetar med omsorg vid sidan av arbetsuppgifterna som de gör inom hälso- och sjukvård. För läkare finansierar och ansvarar däremot regionerna eller landstingen, enligt Hälso- och sjukvårdslagen (se Socialstyrelsen 2019 för en bra översikt och förklaring av lagar som gäller för KHSV). Därför kräver KHSV samarbete med patienternas läkare, vilket sker över huvudmanngränserna. Figur 1 visar en översiktlig schematisk bild av organiseringen av KHSV.

Ofta kan många vård- och omsorgsgivare behöva samverka kring en patient inom KHSV. Som figur 1 visar är det bara hemsjukvården och rehabiliteringsenheten som har KHSV som sin enda uppgift. Hemtjänsten och omsorgspersonalen på särskilda boenden ger också omsorg och tillsyn utifrån SOL, till exempel hjälp med dagliga aktiviteter som hygien, mat, städning och att röra sig. Att genomföra hälso- och sjukvård enligt HSL är därför en (mindre) del av arbetet för omsorgspersonalen. På liknande sätt är medverkan i KHSV en del av primärvårdsläkarnas uppdrag, där arbetet på vårdcentraler ofta är huvuddelen.



Schematisk bild över organiseringen av kommunal hälso- och sjukvård



Vilka är förutsättningarna för kommunal hälso- och sjukvård?

Kommunerna ansvarar för en stor del av hälso- och sjukvården för många av de sjukaste och sköraste patienterna². Det gäller främst äldre och multisjuka samt personer med stora funktionsnedsättningar. Inom KHSV finns en betydligt större andel äldre jämfört med vården som ges av landstingen och regionerna (Socialstyrelsen, 2019). Andelen kvinnor är också större, särskilt i den äldre gruppen (Socialstyrelsen, 2019, s. 20–21). En trolig delförklaring är att kvinnor lever längre och därmed behöver KHSV i högre utsträckning. De flesta patienter i kommunal hälso- och sjukvård i Sverige får vård i sitt ordinarie boende, cirka 67 procent år 2016 (Socialstyrelsen, 2019). Övriga patienter (ca 80 000 år 2016 i hela Sverige) inom KHSV bor på permanenta särskilda- eller korttidsboenden, vilket visar att de är för sjuka eller sköra för att bo kvar i sina egna hem, det vill säga så kallat ordinärt boende (Socialstyrelsen, 2018 a,b).

Hälsoproblemen och diagnoserna hos patienterna varierar och har stor bredd. I de yngre grupperna och bland barnen är utvecklingsstörning, cerebral pares och epilepsi vanligast. Ett mindre antal har tumörsjukdomar. Bland vuxna och äldre är stroke och andra hjärt- och kärl-sjukdomar vanligast. Diabetes, lungsjukdomen KOL, ögonsjukdomar, urinvägsbesvär och lårbensfrakturer är också vanliga – de senare diagnoserna framförallt hos personer 80 år och äldre. Av de 91 000 personer som avled i Sverige år 2016 var 62 procent inskrivna i KHSV och 44 000 av dessa avled i sitt hem (Socialstyrelsen, 2019). Vård i livets slutskede ingår alltså också i den vård som ges.

En indikation på hälsostatus för de många äldre patienterna i KHSV är riskbedömningarna som görs i kvalitetsregistret Senior Alert³. År 2016 hade 77 procent risk för fall, 60 procent hade risk för undernäring, 28 procent hade risk för trycksår, 42 procent hade risk för ohälsa i munnen och 8 procent hade risk för blåsdysfunktion, det vill säga besvär med att urinera. En annan indikation på hälsostatus kommer från den europeiska undersökningen HALT⁴. Där har data om patienternas hälsa på äldreboenden samlats in. Undersökningen 2017 visade att 64 procent av patienterna var desorienterade, 56 procent var urininkontinenta och 32 procent avföringsinkontinenta. Många hade nedsatt rörlighet, 37 procent var rullstolsburna och 2 procent sängliggande (Socialstyrelsen, 2019).

Vägarna till KHSV kan gå via egen vårdbegäran från personen själv, dennes närstående och anhöriga, personal inom hemtjänsten som ser att en person har medicinska behov, eller annan personal inom organisationer såsom primärvård eller

² Personerna som vårdas inom KHSV benämns med olika termer inom olika verksamheter och organisationer. I denna rapport väljer jag "patient" för att poängtera att fokus är på hälso- och sjukvård.
³ Täckningsgraden är 78 procent i särskilt boende enligt SoL men endast ca 15 procent av personerna med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende finns med i registret.

⁴ Healthcare associated infections and microbial use in long-term care facilities (Folkhälsomyndigheten, 2018)

sjukhus. Patientgruppens skörhet illustreras av att en vanlig utgångspunkt för avtalen med landstingen/regionerna om kommunal hemsjukvård är att det ska vara svårt för patienten att ta sig till sin vårdcentral. I Västra Götalandsregionen (VGR) och flera andra avtal finns också tillägget att vårdbehovet ska bedömas varaktigt över tid (vilket definierats som längre än två veckor i flera kommuner). Det vill säga att vårdcentralen sköter hemsjukvård där behovet bedöms vara kortvarigt (Västkom och Västra Götalandsregionen, 2017).

Bredden i insatserna och patienternas vårdbehov gör att organiseringen och arbetsfördelningen inom KHSV blir komplex. Navet i KHSV är hemsjukvården, där de legitimerade yrkeskategorierna sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter ingår. Dessa genomför en stor del av de läkarordinerade insatserna och samordnar kontakter med läkare och socialtjänst samt delegerar en del av den medicinska omvårdnaden till hemtjänsten eller omsorgspersonal på särskilda boenden. De kan också bedöma risker och åtgärda utifrån behov med insatser som inte kräver läkarordination.

Två förändringar i samhället påverkar den kommunala hälso- och sjukvården (KHSV) och särskilt vården av äldre, enligt tidigare utredningar och studier. Den första är att den äldre befolkningen ökar och därmed även behovet av vård. Den andra förändringen är att mer av hälso- och sjukvården flyttas ut i hemmet både för att avlasta specialistsjukvården på sjukhusen och för att vården i hemmet ofta bedöms innebära högre livskvalitet och säkerhet för individen (Gurner, 2012; Socialstyrelsen, 2018; SOU 2018:39). Antalet personer i Sverige som är 65 år eller äldre och som har både hemsjukvård och samtidiga socialtjänstinsatser fortsätter att öka och var 2016 drygt 221 000 (Socialstyrelsen, 2018a, s. 37).

Den kommunala hälso- och sjukvården påverkas alltså sammantaget av patienternas komplexa behov, en komplex organisering och ett ”förändringstryck” genom ökningarna av antalet patienter och även nya krav på förbättrad samordning med övriga delar av hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2019, s. 11).

Vad är delegering och vem genomför ordinationer inom KHSV?

Många personer har behov av både KHSV och hemtjänst eller särskilt boende, det vill säga omsorg som lyder under socialtjänstlagen (SOL) och inte under Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Hemsjukvården med sjuksköterskor organiseras för sig medan rehabiliteringsenheter med arbetsterapeuter och fysioterapeuter ofta utgör egna enheter med egen chef. På särskilda boenden finns ibland sjuksköterskor och undersköterskor eller omsorgspersonal i samma verksamhet, men ofta är det hemsjukvårdens personal som har ansvar delar av tiden, såsom kvällar och helger. Omsorgspersonal kan genom delegering utföra hälso- och sjukvård på ordination av sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter.

Fakta om delegering och kvalitetsstyrning inom KHSV

Delegering görs en gång för varje typ av vårdinsats, till exempel att mäta blodsocker och ge insulin eller att ge tabletter. Delegeringen är personlig från en sjuksköterska till en undersköterska eller ett vårdbiträde och processen är relativt tidskrävande: undersköterskan går en kurs, gör ett prov och gör en personlig genomgång med sjuksköterskan. Delegeringarna förnyas sedan årligen genom en liknande process.

Den som är ansvarig för dessa rutiner och att de följs är **den medicinskt ansvarige sjuksköterskan (MAS)**. I kommunen måste det finnas minst en MAS. För verksamheter som framförallt omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut ansvara för dessa uppgifter. Han eller hon brukar då kallas **medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)**.

MAS och MAR har ett särskilt ansvar för att:

- Patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.
- Patienten får den hälso- och sjukvård som en läkare ordinerat.
- Journaler förs i den omfattning som föreskrivs i patientdatalagen.
- Beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med patientsäkerheten.
- Det finns ändamålsenliga och väl fungerande rutiner för läkemedelshantering, rapportering enligt patientsäkerhetslagen och för att kontakta läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd kräver det. (Källa: Socialstyrelsen, 2019)

En studie av hemsjukvården uppskattade att sjuksköterskorna delegerade 62 procent av vården till icke-legitimerad personal i hemtjänsten eller på särskilt boende (Norell, Ziegert och Kihlgren, 2013). Sjuksköterskorna träffar patienterna framförallt när de blir tillkallade av omsorgspersonalen. Hemsjukvårdens arbete beskrivs därför ofta som "konsultativt" eftersom mycket av den kliniska vården delegeras till icke-legitimerad personal i hemtjänsten eller på särskilda boenden (Nilsson, Lundgren och Furåker, 2009; Norell m.fl. 2013).

Tidigare beskrivningar av KHSV

Vården som ges inom KHSV möter bredden och komplexiteten hos patienter som alltså ofta är sköra och svårt sjuka och har långvariga och återkommande behov. I litteratursökningar som jag gjort för denna studie fann jag endast ett fåtal beskrivningar av hur vården inom KHSV utförs, och av innehållet i de "insatser" som ges. Även litteratur och studier om KHSV som helhet är ovanliga. Olika yrkeskategoriers arbete beskrivs däremot var för sig i flera tidigare studier.

Exempelvis visar tidigare studier att sjuksköterskornas insatser i patientarbetet i huvudsak består av att göra bedömningar, genomföra ordinerade sjukvårdsinsatser och kontroller samt hantera läkemedel (Nilsson m.fl. 2009; Norell m.fl. 2013). Fysio- och arbetsterapeuternas insatser syftar till att stödja patienterna i att vara så

självständiga och rörliga som möjligt i sina dagliga aktiviteter (Randström, Wengler, Asplund och Svedlund 2014). Det kan handla om träningsprogram, att skaffa och prova ut hjälpmedel eller ansöka om bostadsanpassning. En stor del av arbetet för den legitimerade personalen är också samordnande, utbildande och rådgivande gentemot annan personal och även mot anhöriga, som har en viktig roll. Hemsjukvårdens arbete är också beroende av samordning med specialistsjukvården, framförallt kring patienter som kommer hem ifrån sjukhus. Socialtjänstens biståndsbedömare och hemsjukvårdens samordnare har en viktig roll i detta sammanhang (Norell m.fl., 2013).

Jämfört med att arbeta på sjukhus eller på vårdcentraler har legitimerad personal i hemsjukvården kontakt med fler patienter, över en längre tid och med väsentligt mer egenarbete, eftersom kollegorna finns på distans samtidigt som läkarna tillhör en annan verksamhet, organisation och huvudman (Nilsson m.fl., 2009). Forskningen visar att sjuksköterskorna i hemsjukvården prioriterar att ge läkemedel, framförallt till kvinnliga patienter, och att ge stöd till personer som bor i ordinärt boende. Detta framkom i en studie med data från 2004–2008 och gäller patienter som var 80 år och äldre. Att ge stöd och hantera de ibland flera år långa relationerna med patienterna och deras anhöriga kan innefatta många olika saker. Det handlar om att möta patienternas behov men också för att ge emotionellt stöd och information (Norell m.fl., 2013).

Den tidigare forskningen handlar alltså framförallt om enskilda personalkategoriernas arbete, särskilt sjuksköterskor i hemsjukvården, och om vissa kategorier av patienter, särskilt äldre (se t.ex. Bergdahl, 2013; Randström m.fl., 2014; Flöjt, Hir och Rosengren, 2014; Furåker, 2012; Josefsson, 2011; Karlstedt, Wadensten, Fagerberg och Pöder, 2015). I litteratursökningen hittade jag också framförallt forskning om upplevelsen av behov av kompetens för att vårda i patienters ordinära hem och om patientmötet. Samverkan med andra yrkeskategorier, verksamheter och organisationer beskrivs i mindre grad (se dock Johansson m.fl., 2014; Gurner, 2012).

Däremot har utmaningar kring samverkan beskrivits väl i många rapporter, utredningar och debattinlägg. En sammanfattande bild är att samverkanssvårigheter, framförallt över huvudmannagränsen, innebär att patienter får sämre vård än vad som är målsättningen och ibland vårdas av fel instans (på fel "nivå") och utan att själv fullt kunna överblicka och delta i besluten. Utmaningarna förklaras ofta av kommunikationssvårigheter på grund av sekretessregler och skilda dokumentationssystem, gränsdragningar där personer hamnar emellan, skilda vårdkulturer i olika verksamheter och organisationer, språkförbistring och dålig kunskap om varandras arbete mellan olika yrkeskategorier, verksamheter eller organisationer samt en bristande ledning och styrning för samverkan (se Ekstedt och Dahlgren, 2015; Rämgård, Petersson och Blomqvist, 2012; Socialstyrelsen, 2019; SOU 2018:39; Vårdanalys, 2018/2017/2016).

De olika organisationernas och verksamheternas arbete kan ändå stödja varandra. Socialtjänstens arbete (hemtjänsten och personal på särskilt boende) kan ha stor betydelse för att patienten ska klara att sköta sin egen hälsa, och omvänt kan KHSV

minska behovet av stöd från socialtjänsten (Randström m.fl., 2014; Rämgård m.fl., 2012). Omsorgens organisation och möjligheterna där att hantera personer med komplexa vårdbehov kan vara avgörande. Det beror på att omsorgens personal svarar för en stor del av tillsynen av patienterna och är de som tillkallar sjuksköterskor eller ambulans vid behov (Rämgård m.fl., 2012; Socialstyrelsen 2019).

Övergångarna mellan vård hemma och på sjukhus har visat sig vara kritiska för vårdkvaliteten, men komplexa på grund av den organisatoriska strukturen (se t.ex. SOU 2018:39; Vårdanalys, 2018/17/16). Under 2014, gjordes i Sverige sammanlagt cirka 1,1 miljoner utskrivningar där personer lämnade sjukhuset. Av dessa utskrivningar ledde 330 000 till fortsatt hälso- och sjukvård av kommuner och 220 000 fick omsorgsinsatser (Socialstyrelsen, 2019).

Nya arbetssätt har introducerats för att bidra till en mer samlad vård och omsorg. Det finns bland annat flera olika sorters ambulerande team där läkare och annan personal arbetar tillsammans i hemmet, till exempel för "avancerad vård i hemmet" (ASIH) och palliativa team för specialiserad vård i livets slutskede. Inom VGR har mobila hemsjukvårdsteam skapats i alla kommuner för att säkerställa att det finns utsedda hemsjukvårdsläkare från vårdcentralerna som samarbetar med den kommunala hemsjukvården. Det finns också närsjukvårdsteam vid alla sjukhus. De består av specialister från sjukhusen som sköter medicinskt instabila patienter kortare perioder i ordinärt boende, för att öka kvaliteten på hemsjukvården och för att minska onödiga sjukhusinläggningar (Fröjd, 2019).

Nyligen genomfördes även bestämmelser om kortare väntetider och högre grad av samordning för utskrivningsklara patienter som befinner sig på sjukhus⁵. Detta innebär högre krav både på kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. Syftet är att planering för en trygg hemgång ska påbörjas tidigt i samarbete mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Om patienten efter utskrivningen behöver stöd från flera huvudmän och instanser, ska en samordnad individuell planering (SIP) upprättas. De som ska göra planen är representanter för de berörda enheterna. Om insatser behövs från KHSV ska även den öppna primärvården medverka i den samordnade individuella planeringen, eftersom den patientansvarige läkaren finns där (Socialstyrelsen, 2019).

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att beskriva den kommunala hälso- och sjukvården ur ett medarbetarperspektiv. Forskningsfrågorna är: vad gör den kommunala hälso- och sjukvården och varför?

⁵ Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård började gälla den 1 januari 2018.

Metod – vilket underlag har använts för studien?

Fallstudiedesign

Denna studie är designad utifrån metoden fallstudie, vilket har fördelen att det ger känslighet för kontextens betydelse för det fenomen som studeras (se Flyvbjerg, 2006). Tre olika kommuner inom GR valdes ut som fall: Mölndal, Lerum och Tjörn. Kommunerna valdes för att de varierar när det gäller viktiga kontextuella faktorer: antal invånare, stadsmiljö och landsbygd, närhet till universitetssjukhus och volymer inom KHSV. Mölndals kommun är den största av de tre och har 66 000 invånare totalt i storstad och på landsbygd. Mölndal har en del av Sahlgrenska universitetssjukhuset beläget i kommunen, plus sju vårdcentraler (varav fyra är privata), åtta äldreboenden (varav ett är privat) och tio hemtjänstenheter (varav fem är privata). Lerum är den näst största med 41 500 invånare i flera mindre samhällen med pendlingsavstånd till Göteborg. Lerum har fyra vårdcentraler (varav en privat), åtta äldreboenden (varav ett privat) och två hemtjänstenheter (varav en privat). Den minsta av de tre kommunerna är Tjörn med 15 000 invånare framförallt boende i landsbygdsmiljö och skärgård. På Tjörn är det större avstånd till sjukhus, och kommunen har två vårdcentraler (varav en privat), sex äldreboenden (varav ett privat) och två drivna som intraprenader) samt två hemtjänstenheter (varav en privat).

Skillnaderna mellan kommunerna när det gäller avstånd och boendemiljöer innebär att förutsättningarna för framförallt KHSV i ordinärt boende varierar. Kommunstorlek och antal organisationer eller verksamheter varierar. Det är därför olika mängd anställda och kontaktvägarna mellan de anställda varierar beroende på avstånd och möjlighet att lära känna varandra. Olika samverkansformer som påverkar KHSV finns också representerade i de tre kommunerna. I två kommuner fanns ASIH-team, en kommun har ett AVH-team (avancerad vård i hemmet), alla tre har palliativa team, två har mobil närvård och en har ett mobilt närsjukvårdsteam (de tre kommunerna har olika konstellationer och benämningar på teamen). På så sätt har urvalet av kommuner påverkat resultaten av studien genom att göra det möjligt att beskriva en bredd av olika förutsättningar och organisering av KHSV inom Göteborgsregionen.

Intervjuer och analyser

Denna studie bygger huvudsakligen på kvalitativa intervjuer med ett strategiskt urval av personer som jobbar inom KHSV eller i verksamheter som samarbetar med KHSV. I vardera av de tre fallkommunerna intervjuades mellan sju och nio personer. Dessa personer arbetade inom den kommunala hemsjukvården, hemtjänsten eller i primärvården. Ytterligare en person var anställd i ett närsjukvårdsteam bestående av

specialister som utgick från ett sjukhus i regionen⁶. Urvalet av intervjupersoner har jag gjort utifrån studiens syfte att beskriva KHSV ur ett medarbetarperspektiv.

Tabell 1: Intervjupersoner sorterade utifrån verksamhet- och kommuntillhörighet

	Mölndal	Lerum	Tjörn	Totalt
Hemsjukvården	5	6	3	14
Hemtjänsten	1	1	2	4
Primärvården (och specialistteam)	1	1 + (1)	2	5
Totalt	7	9	7	23

Två av intervjuerna i Lerum och en intervju i Mölndal genomfördes med två intervjupersoner samtidigt, övriga var enskilda intervjuer. Intervjupersonerna kommer till övervägande del från hemsjukvården, där jag intervjuade både chefer, MAS, sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. I varje kommun intervjuade jag också minst en person som arbetade i hemtjänsten, och alla utom en var chef. Inom primärvården intervjuades en chef, två läkare som arbetade enbart i hemsjukvården (det vill säga "mobil närvård") och en sjuksköterska som arbetade med vårdcentralens hembesök hos äldre. Slutligen intervjuades en medlem i ett specialistteam som utgick ifrån ett sjukhus.

Frågorna som ställdes handlade om den kommunala hälso- och sjukvårdens mål, vårdtagarnas behov, verksamheternas innehåll, organisering, gränsdragningar mot och relationer till andra samverkande verksamheter, kvalitet och förutsättningar i form av lagar, riktlinjer, samverkansarenor, personal, teknologi samt upplevelser av utveckling av vården (se bilaga 1). Som komplement till intervjuerna har jag även tagit del av patientsäkerhetsberättelser från varje kommun. Det är ett dokument som beskriver kvalitetsmätt och utvecklingen i patientsäkerhetsarbetet under föregående år⁷.

Studien är kvalitativ, det vill säga den är en sammanställning av intervjusvaren som innebär ett urval och en tolkning av samband mellan olika svar. Först organiserade jag svaren i beskrivande teman utifrån det som återkom i intervjusvaren: vilka behov och situationer möter KHSV, att arbeta i någon annans hem, om kvalitet i KHSV, om organiseringen och vem som gör vad, om lagar, riktlinjer och avtal, om arenor för samverkan, om personalarbetet, om teknologi och fysiska resurser, samt om utvecklingen. Efter denna första tematiska analys följde en jämförelse av likheter och olikheter i olika typer av svar inom dessa teman (se Silverman, 2013). Det är denna

⁶ Detta team arbetade med att underlätta vid hemgång från sjukhuset, för äldre personer med behov av samverkan med specialistvård under en period efter hemgången.

⁷ "Idén med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt för alla redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten. /.../ Patientsäkerhetsberättelsen innehåller även en beskrivning av hur vårdpersonalen bidragit, men även hur patienters och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats." (se www.SKL.se)

analys som är utgångspunkten för texten i rapporten, där de första temana kondenserades till: Målgruppen, arbetsuppgifterna, samverkan, gränsdragningar, att vårda i någons hem samt kvalitet och uppföljning. Det är alltså intervjupersonernas egna erfarenheter och perspektiv, åsikter och upplevelser som de ombads att berätta om och som jag återger, efter en sammanställande analys och tolkning. Mina egna sammanfattande beskrivningar varvas med citat för att visa exempel på intervjupersonernas egna ord, och därmed göra tolkningen av berättelserna så transparent som möjligt.

Referensgrupp och forskningsetik

Tre verksamhetschefer från Nätverket för äldreomsorg samt hälso- och sjukvårdschefer från Göteborgsregionen har verkat som kontaktpersoner för studien: Lotta Jonzén från Lerums kommun, Christina Wadell från Mölndals stad och Ann-Charlotte Nyrén från Tjörns kommun. Kontaktpersonerna förmedlade förslag på intervjupersoner inom sina egna verksamheter. Kommunrepresentanterna ingick även i en referensgrupp för studien. Gruppen diskuterade resultaten och gav synpunkter på ett tidigt utkast till rapporten.

I referensgruppen ingick också:

- Elisabeth Beijer och Maria Ljung, båda planeringsledare på Göteborgsregionen
- Theresa Larsen, analytiker på Göteborgsregionen, FoU i Väst
- Karin Fröjd, medicinsk rådgivare vid avdelningen Data och analys, VGR
- Maria Terins, områdeschef för äldreboende samt hälso- och sjukvård, SDF Lundby, Göteborgs stad
- Annette Johannesson, avdelningschef för hälso- och sjukvård vid Stadsledningskontoret, Göteborgs stad.

Studien har genomförts enligt de etiska riktlinjer som gäller för forskning (se www.codex.vr.se). Intervjupersonerna har deltagit frivilligt och informerades muntligt i samband med varje intervju om sin rätt att ångra sitt deltagande. Intervjumaterialet för studien har hanterats utifrån konfidentialitetsprincipen, så att enskilda personers identitet inte ska gå att känna igen, vilket intervjupersonerna också informerades om. I studien har inte några känsliga frågor ställts, exempelvis sådant som rör en enskild persons hälsa eller politiska åsikter. Därför bedömdes utvärderingen inte behöva prövas av den regionala etikprövningsnämnden.

Eventuella beroendeförhållanden kan påverka resultatet av studien. Studien har finansierats av VGR och FoU i Väst/GR. För intervjupersonerna förklarade jag att jag arbetade på uppdrag av FoU i Väst/GR och att en offentlig rapport skulle bli ett resultat av studien. Referensgruppen, med representanter ifrån de berörda kommunerna och VGR, har haft möjlighet att läsa och kommentera tidigare manusutkast till denna rapport. I granskningsprocessen har inga krav ställts på att rapporten ska innehålla specifika slutsatser. Referensgruppen har varit mån om att rapporten ska ge en så allsidig bild av KHSV som möjligt.

Resultat

Målgruppen – vilka behov och situationer möter KHSV?

De patienter som den kommunala hälso- och sjukvården oftast möter är 65 år och äldre, många är över 80 år (se faktarutan i inledningen). KHSV sker i det ordinära boendet (patientens egna hem) och på särskilda äldreboenden, samt även på LSS-boenden där en del av de yngre KHSV-patienterna bor. Patienterna kan drabbas av plötsliga försämringar eller tillfälliga sjukdomstillstånd som kräver vård, eller ha långvarig ohälsa som är stabil eller försämras gradvis, även i livets slutskede. KHSV möter framförallt sjukdomstillstånd som påverkar den fysiska hälsan, men även psykisk ohälsa förekommer.

Intervjupersonerna i studien berättade om vilka sjukdomar och funktionsnedsättningar som patienterna ofta har och hur mycket dessa varierar. Nästan alla sjukdomar och ohälsotillstånd kan förekomma. Endast de mest akuta tillstånden kräver annan vård än den som kan ges i hemmet, menade intervjupersonerna. KHSV möter samma målgrupper som annars tillhör både specialistvård och allmänvård, och som tas om hand inom öppenvård, primärvård och ibland även slutenvård (se SOU 2019:29, s. 91–103 och 117). Begreppen som annars beskriver vårdnivå (öppenvård eller slutenvård och primärvård) och vilken typ av vård som utförs (specialist eller allmänvård) är därför svåra att använda i KHSV. Kompetensen hos personalen måste vara bred, enligt en medicinskt ansvarig sjuksköterska:

Jag tänkte man pratar mycket om specialistsjukvård och öppenvård, men specialistsjukvård är det nog ingen som riktigt vet egentligen vad vi menar med. Vi utför specialistsjukvård i kommunen också, vi har väldigt svårt sjuka patienter ibland, med mycket vård. /.../ Hemsjukvården har ett väldigt brett område, alla patienter hamnar här. Det kräver en specialistkompetens på bredden, generalister pratar vi om ibland. (MAS 4, Hemsjukvård)

Exempel på diagnoser och tillstånd som angavs som vanliga är: multisyka äldre, hjärtsvikt, trycksår, bensår eller sår efter operationer, patienter som inte kan svälja eller är för svaga för att få i sig tillräckligt med näring via maten, samt behandling av smärta vid till exempel cancer. Behandlingarna kräver ibland tillgång till relativt avancerad medicinsk-teknisk utrustning där patienten bor, till exempel för att ge nutrition genom intravenöst dropp (så kallat TPN) eller sondmatning. Behandling av njursvikt med dialys i hemmet förekommer också.

Flera beskriver att patienterna som de möter ofta nyligen har råkat ut för en försämring av sin hälsa och därför behöver hjälp, ibland för att återställa eller för att bibehålla mesta möjliga hälsa trots sjukdomar och funktionsnedsättningar. Exempel

på relativt snabba försämringar av hälsan som gavs var stroke, cancer, opererade höftleder och fallolyckor. Ett konkret exempel på en vanlig målgrupp i KHSV är en person som drabbats av urinvägsinfektion och på grund av detta även fått yrsel och ramlat och skadat sig. Detta innebär ofta att patienten legat på sjukhus en kortare period för behandling. När patienten kommer hem till sin bostad eller korttidsboende kan hen behöva hjälp att komma ihåg att ta sina mediciner en period och eventuellt att sköta en urinkateter som satts in. När patienten mår bättre och klarar att ta sina mediciner och sköta sin egenvård så skrivs hen ut ur hemsjukvården och KHSV.

Vård inom KHSV som ges efter till exempel en sjukhusvistelse kan alltså behövas under en kortare period för att patienten ska hinna ställa om från att ha fått mycket hjälp, till att vara självständig hemma igen. En intervjuperson beskrev det som ett stort steg att återgå till självständighet efter en tids sjukdom och vård dygnet runt:

Alltså gapet mellan att du ligger på sjukhus och vårdas, till att du kommer till ditt hem. Många gånger har jag suttit i rollen och varit med och vårdplanerat på sjukhuset, så ser patienten oftast bilden av sig själv i sitt hem som den friska personen man var innan man blev sjuk. Den ligger ibland ganska långt ifrån där du är om du har vårdats för någon åkomma du ändå ibland får. Då kan du varit väldigt dålig, men fortfarande har du den bilden. Och vi lyssnar på patienten hur man vill ha det, så kommer man hem så blir det ett väldigt stort steg i sitt hem att vara själv och klara de här bitarna, som man såg sig som sitt friska jag, men man är inte där. (Sjuksköterska 3, sjukhus)

Andra patienter har pågående långvariga sjukdomar där det behövs återkommande uppföljningar i hemmet, exempelvis genomgångar av läkemedel för patienter som har svårt att ta sig till vårdcentralen. Det kan också ha skett en försämring eller krävas en längre tids uppföljning, som exempelvis vid trycksår. Ett specifikt exempel är patienter som har svårt att andas när de rör sig och därför har svårt att lämna sin bostad, eller som är infektionskänsliga och därför behöver undvika offentliga platser såsom vårdcentralen.

Många av patienterna i KHSV, oavsett diagnos, behöver hjälp med sina läkemedel. Det kan vara efter en stroke eller att ha brutit handen. Oftast ligger minnesstörningar och kognitiv svikt bakom att patienten har svårt att ta rätt mediciner och vid rätt tillfälle, vilket kan vara helt avgörande för patientens hälsa och överlevnad. Många har också behov av hjälp att kunna röra sig, det vill säga "göra förflyttningar" i sitt hem och/eller utomhus och sköta sina dagliga aktiviteter och egen hygien:

Aktivitet är patientens mål, ofta. Att kunna göra någonting. Förflyttning är en sådan stor del, att kunna resa sig, att kunna gå, kunna gå på toaletten. (Fysioterapeut 2, Hemsjukvården)

En intervjuperson beskrev hur en mindre andel av patienterna har ett mycket stort behov av hjälp. De är helt beroende av andra och vårdas mestadels sängliggande, även i ordinärt boende. Flera beskrev denna grupp som växande och att KHSV vårdar fler svårt sjuka patienter idag jämfört med tidigare. En enhet hade gjort egna beräkningar som visade att de svårast sjuka ökat i antal med cirka två till tre procent per år, och deras uppskattning var att cirka 20 procent av patienterna kunde räknas till den kategorin. En del av de svårast sjuka patienterna visar tecken på att hälsan avtar stadigt på ett sådant sätt att det klassas som "vård i livets slutskede", så kallad palliativ vård⁸.

Nästan hälften av alla KHSV-patienter har flyttat ifrån sitt eget privata boende till ett äldreboende eller vistas tillfälligt på ett korttidsboende, ibland i väntan på en permanent flytt till särskilt boende. Detta kan ske i situationer där grundläggande behov av hygien, näring och säkerhet hotas av personens hälsotillstånd, eller för att avlasta anhöriga. Det handlar ofta om sjukdomstillstånd som till exempel Alzheimers sjukdom, som gör att patienten har svårt att äta, kanske är förvirrad eller har hallucinationer. Särskilt boende blir ibland också aktuellt i situationer när hjälp från anhöriga saknas eller med patienter som tackar nej till hemtjänst. Patienterna på särskilt boende är ofta svårt sjuka och lever där tills de dör, enligt en sjuksköterska:

De som är på SÄBO skrivs nästan aldrig ut, jag har bara varit med om det en gång under alla år som jag jobbat. (Sjuksköterska 9, Hemsjukvården)

Slutligen var psykisk ohälsa hos yngre en specifik situation som flera nämnde. Det är en mindre grupp patienter, men ökande och svår att möta på grund av brist på psykiatrisk kompetens. En del av dessa patienter har självdestruktivt eller utåtagerande beteende, på grund av till exempel missbruk, ångest eller psykossjukdomar. En chef berättade att personalen ofta går två tillsammans till sådana patienter, och att de upplever besöken som svårare än hos andra patienter: *"De är inte jättemånga, men de tar mycket kraft."* (Chef 1, Hemsjukvården)

Sammanfattning

Behoven och situationerna som den kommunala hälso- och sjukvården möter handlar alltså till stor del om patienter som är 80 år eller äldre och som har en eller flera kroniska eller svåra sjukdomstillstånd. Många har nyligen råkat ut för en försämring, och ibland befinner de sig i livets slutskede. Patienterna har ibland svårigheter att minnas eller fysiska hinder att sköta sin egen hälsa, som att äta, ta sina läkemedel och att röra sig både inomhus och utomhus. En del behöver bara hjälp en period, till exempel efter en sjukhusvistelse. På särskilt boende vårdas de sjukaste och de som saknar hjälp från anhöriga, ofta under den sista tiden av livet och där KHSV är långsiktig.

⁸ Lindring och stöd är då i fokus, istället för bot.

Vilka är arbetsuppgifterna och hur möter KHSV behoven?

Insatserna och arbetsuppgifterna som personalen i KHSV utför består av att själva ge praktisk omvårdnad i hemmet, ge läkemedel, skaffa och ställa in rätt hjälpmedel, planera och genomföra rehabiliterande träningsprogram, ta fram intyg för ansökan om bostadsanpassning, eller av att vårda "via andra" genom delegering, instruktion och undervisning. Samordning, uppföljning och administrativa uppgifter ingår också. En återkommande kommentar från intervjupersonerna om arbetsuppgifterna i KHSV var att de innehöll all slags hälso- och sjukvård, eftersom den är till för alla som bor hemma eller på SÄBO och som inte kan ta sig till vårdcentralen. Att få KHSV beskrivs som fortsättningen på en resa för patienterna, som börjat med vård hos andra instanser som till exempel sjukhus eller primärvård:

Allt landar i kommunen, vi har ingen att lämna vidare till. Vi är ofta ändstationen. (Chef 7, Hemsjukvården)

Olika personalkategorier möter olika behov hos patienterna. Behoven som sjuksköterskorna möter handlar enligt intervjupersonerna ofta om situationer där patienten behöver hjälp med sina läkemedel. Om ingen anhörig kan hjälpa patienter som har svårt att ta sina mediciner, kan KHSV ta över ansvaret, så kallat "läkemedelsövertag." I flera kommuner installeras då ett låst skåp hos patienten, där läkemedlen förvaras. De flesta patienter har Apodos, det vill säga tabletter som apoteket paketerat i färdiga påsar för varje patient med namn, datum och tid då de ska tas. Om patienten har ett låst skåp kan bara sjuksköterskorna komma in i det och de lägger då fram läkemedel för dagen. I de fall (i vissa kommuner) som skåpet är "nyckelfritt" går det via ett digitalt låssystem att se alla som loggat in i skåpet och tidpunkt.

Många läkemedel ges i form av tabletter, men det kan också röra sig om injektioner såsom blodförtunnande läkemedel och insulin, eller intravenösa dropp, smärtlindrande plåster och pumpar som ger kontinuerlig tillförsel av flytande läkemedel in i kroppen. Den medicinska omvårdnaden kan också innebära sårvård, förebyggande av trycksår och att ta blodprover. När det gäller sårvård är det viktigt att det är så få personer som möjligt som sköter ett sår, för att minska infektionsrisken, vilket ställer särskilda krav. Att få nutrition via intravenöst dropp eller sond direkt in i magen kräver också återkommande medicinsk omvårdnad. Det kan också handla om vård inriktad på "eliminationen", såsom att sköta urinkateter, stomi och hjälpmedel för inkontinens. Den kanske mest tekniskt avancerade vården som intervjupersonerna beskrev var dialys i hemmet och att sköta tracheostomier, det vill säga andning som sköts via en pump och som går in genom ett hål i strupen.

Förutom medicinsk omvårdnad ingår som tidigare nämnts även rehabilitering med fysio- och arbetsterapi. Fysio- och arbetsterapeuterna arbetar mestadels konsultativt med att instruera omsorgspersonalen som träffar patienten dagligen, men gör även hembesök för att göra bedömningar, ställa in hjälpmedel eller hjälpa patienten att

träna. Hjälpen med förflyttningar och bostadsanpassningar⁹ underlättar även för omvårdnadspersonalen att kunna hjälpa personen med till exempel hygien och mat, som en del av deras omsorgsuppgifter.

Intervjuerna visade att det var normalt att en hemsjukvårdssjuksköterska hade ansvar för mellan 20–30 patienter, och fysioterapeuter och arbetsterapeuter angav liknande antal pågående patienter åt gången. Olika patienter kräver olika mängd besök, för alla yrkeskategorier, och därför är arbetsintensiteten svår att förutsäga. Inom KHSV är tillgängligheten hög jämfört med på vårdmottagningar och vårdcentraler, eftersom vården sker dygnet runt. En hörnsten i arbetsuppgifterna är att göra hembesök där patienten bor. En intervjuperson kommenterade att en ökning av de svårast sjuka leder till ett ökande behov av fler och längre hembesök:

Det är så komplext, patienterna är hemma längre. Det tar mycket längre tid, de behöver mer besök. /.../ Tio inskrivna förut genererade 20 besök, nu genererar samma antal 40 besök. (Chef 1, Hemsjukvården)

Den vård som ges i livets slutskede innebär också ofta många besök med omvårdnad av både medicinsk och stödjande karaktär.

I arbetet ingår slutligen också att samordna och administrera vid vårdplanering, ronder med läkare, samordnad individuell vårdplan (SIP) och kvalitetsuppföljning. Många av arbetsuppgifterna innebär dokumentation och kommunikation i olika system och register. Den administrativa och samverkande delen av arbetet, det vill säga arbetet utöver den direkta patient eller anhörigkontakten, upplevdes som stor av intervjupersonerna:

Vi ska göra åtgärdsplaner, förmedla till hemtjänsten och följa upp hela konkarongen. Dokumentationen tar jättemycket tid och den tenderar att öka. (Chef 1, Hemsjukvården)

Sammanfattning

Arbetsuppgifterna och behoven som KHSV möter är mycket varierade och motsvarar nästan all den typ av vård som även ges inom slut-, öppen- och primärvård, utom den mest akuta vården såsom kirurgi eller vård som kräver mycket avancerad medicinskteknisk utrustning och kontinuerlig övervakning av patienten. Skillnaden är att vården ges där personen bor och ofta genom hembesök. Sjuksköterskorna arbetar till stor del med läkemedelshantering, och fysio- och arbetsterapeuterna med hjälpmedel och träningsprogram. Alla yrkeskategorier samordnar och delegerar enklare uppgifter till omsorgspersonalen. Det administrativa arbetet med planering, samordning och uppföljning upplevdes som betydande.

⁹ Modifieringar av bostaden som möjliggör högre grad av självständighet och aktivitet för patienten, exempelvis borttagande av trösklar, ramp till dörren, installation av automatisk dörröppnare, förråd för elrullstol eller rollator eller höj- och sänkbar diskbank.

Samverkan med primärvårdens läkare, hemtjänst och omsorgspersonal på boenden

Som tidigare nämnts är samverkan med andra verksamheter och över huvudmannagränserna en förutsättning för all KHSV. På en traditionell sjukvårdsavdelning eller på en vårdcentral finns olika personalkategorier och medicinska eller vårdande inriktningar sida vid sida. Organisationen är uppbyggd runt samordning med dagliga ronder med läkare och jourläkare som kommer vid behov, kollegor att rådgöra med direkt när en fråga uppstår och undersköterskor och sjuksköterskor som arbetar i team. Fysioterapeuter, arbetsterapeuter och andra yrkeskategorier såsom dietister och kuratorer finns tillgängliga i närheten och inom samma organisation, vid behov. Detta är sinnebilden för klassisk hälso- och sjukvård och det är denna bild som KHSV avviker ifrån. KHSV kan aldrig skötas på egen hand av någon av organisationerna eller personalgrupperna utan stöd och samverkan med andra. ”Vi är ingen egen ö”, som en chef i hemsjukvården uttryckte det.

KHSV liknar mer byggandet av en större byggnad, där flera olika yrkeskategorier och företag kommer till byggplatsen och gör delar av arbetet utifrån en sammanhållande plan. En skillnad i denna liknelse är att byggprojekt har en gemensam ledning som alla entreprenörer och yrkeskategorier lyder under och ansvarar inför. Som kontrast har alla enheter som verkar inom KHSV olika ledningsstrukturer. Därför krävs mycket aktiv samverkan, både i det dagliga arbetet, ibland samtidigt hemma hos patienten eller via annan kontakt som telefon eller möten. Samverkan sker även mellan ansvariga chefer för att lösa generella återkommande svårigheter med beslut om rutiner.

Att samverkan är av avgörande betydelse framkom i alla intervjuer. En intervjuperson beskrev att den bästa delen av KHSV är samverkan, som exempelvis resulterar i väl förberedda och genomförda hemgångar från sjukhuset och tvärprofessionella möten:

Det bästa är när det är väl förberett, organiserat och flyter på. /.../ Som bäst är när man har bra teammöten och teamträffar med de olika professionerna, pratar med varandra på ett bra sätt, jobbar personcentrerat allihopa och har stöd ifrån ledningen när det behövs. (Sjuksköterskor 9, Hemsjukvården och särskilt boende)

En annan intervjuperson beskrev att det sämsta som kan hända inom KHSV är när samverkan fallerar för att överenskommelser mellan de olika vårdgivarna bryts och det uppstår luckor i ansvarstagandet för personer som behöver vård:

Det sämsta är sjuksköterskor som blir uppgivna, de ser behov som de möter men ingen som kan ta hand om de behoven. Vi kan ta hand om det medicinska, men inte helheten. Det är det tråkigaste och jobbigaste

att ta hand om, när vi kommit överens i samverkansgruppen och ändå tummar på det. Det är väldigt slitsamt. (Chef 7, Hemsjukvården)

Samverkan med läkare i primärvården (dvs. från vårdcentralen) är en av sjuksköterskornas viktigaste uppgifter, eftersom det är avgörande för att KHSV ska fungera. Läkarna som är ansvariga för patienterna som får hemsjukvård och KHSV är nästan alltid anställda i primärvården. Undantagen är de mer ovanliga fall där personen får sin vård direkt ifrån en specialistenhet på ett sjukhus, till exempel palliativ vård eller mobila närsjukvårdsteam såsom Avancerad vård i hemmet (AVH). Läkarkontakten är nödvändig eftersom det behövs ordinationer för läkemedel och en planering av den medicinska vården, samt journaler där detta är dokumenterat. Det är utifrån denna plan och ordinationerna som sjuksköterskorna och i viss mån även fysio- och arbetsterapeuter arbetar. Kontakterna handlar också om att planera hembesök både för mer akuta läkarbedömningar och för uppföljningar, såsom läkemedelsgenomgångar, eller när sjuksköterskorna ber läkarna om en konsultation kring patientens vård.

Det är även läkarna som beslutar om huruvida en övergång till palliativ vård är lämplig, tillsammans med patienten själv eller anhöriga. En av läkarna i studien uppskattade att cirka tio procent av alla personer som får hemsjukvård har svårt att själva kommunicera och därför tas beslutet tillsammans med anhöriga, vilket också kräver samverkan. Samverkan mellan sjuksköterskorna och läkarna sker på huvudsakligen två olika sätt. Det ena är genom en utsedd hemsjukvårdsläkare från primärvården som kommer till sjuksköterskegruppen i hemsjukvården eller på boendet och rondar¹⁰, gör hembesök samt finns tillgänglig via telefon resten av tiden. Dessa läkare jobbar enbart med hemsjukvård, istället för mottagningsarbete på en vårdcentral. En läkare beskrev fördelen med att ha en särskild tjänst som är avsatt enbart för vårdcentralernas arbete med personer i ordinärt boende, eftersom det annars är svårt att hinna med dessa arbetsuppgifter:

Det svåra har varit tidigare att man sagt att detta är vårdcentralernas ansvar, men de har inte hunnit med. Den här tjänsten har kommit till av den anledningen. För att inte ätas upp av annat. (Hemsjukvårdsläkare 19, primärvården)

Det andra sättet att samverka är genom att läkarna på vårdcentralerna har tider avsatta då sjuksköterskorna från hemsjukvården kommer dit för rondning. I dessa fall kan en sjuksköterskegrupp ha flera olika läkare som ansvarar för deras patienter och rondningen krävde mer resor till vårdcentralen eller vårdcentralerna i området. Sjuksköterskorna föredrog möjligheten till direktkontakt eller att ha en läkare att samverka med:

¹⁰ En gemensam muntlig genomgång och planering av insatser för olika patienter där uppföljning eller förändring av vården krävs. Sjuksköterskor och läkare deltar tillsammans. Sjuksköterskorna rapporterar den senaste utvecklingen och läkarna beslutar om den fortsatta behandlingen, prover, eller om hembesök behövs för ny bedömning.

Läkarna på vårdcentralen kan inte släppa ett väntrum fullt med patienter. Det bästa är när vårdcentralen har ett hemligt nummer som vi kommer fram på, eller det bästa är att ha en egen hemsjukvårdsläkare. Det är lättare för sjuksköterskorna att jobba med en, än med flera. (Planeringsansvarig sjuksköterska 16, Hemsjukvården)

Vårdcentralerna är ibland fler än hemsjukvårdsorganisationerna i ett visst område, och en del är privata, precis som inom hemtjänsten. Detta bidrar till flera kontaktytor. Flera intervjupersoner i KHSV beskrev att det ibland är svårt att nå fram till rätt person på vårdcentralen, men samarbetet beskrevs ändå oftast som bra.

I några fall fanns patienternas läkare i ett närsjukvårdsteam eller specialistteam som utgick ifrån sjukhuset, med specialistläkare och egna sjuksköterskor som skötte vården på vardagar och dagtid. Hemsjukvårdens sjuksköterskor hade då ansvar för dessa patienter den övriga tiden, vilket krävde samverkan. Inom hemsjukvården samarbetar också sjuksköterskorna med arbetsterapeuter och fysioterapeuter kring patienternas rehabilitering. Patienter som är inskrivna i hemsjukvården och på särskilda boenden har tillgång till hemrehabilitering, även om det är organiserat som en egen enhet. I en av de mindre kommunerna i studien beskrev intervjupersonerna detta samarbete som nära och såg fördelar med gemensamma hembesök:

Vi ser lite olika saker, de kan skriva intygen för ansökan om bostadsanpassning och sådana saker. Vi har ett bra samarbete med rehab. (Sjuksköterskor, Hemsjukvården och SÄBO)

I en annan kommun gjordes sällan gemensamma hembesök. Kontakterna sköttes istället via telefon eller vid team-möten. Betydelsen av att ha kontakt betonades ändå eftersom den medicinska och rehabiliterande behandlingen kompletterar varandra. Samverkan med omsorgspersonalen inom KHSV är också avgörande för genomförandet av vården. Omsorgspersonalen är ibland de första som ser en persons behov av KHSV och kan motivera personen att söka hjälp. Inom hemtjänsten och bland omsorgspersonalen på SÄBO kallas de medicinska omvårdnads- och rehabiliterande uppgifterna för ”uppdrag”. Uppdragen kommer ifrån sjuksköterskorna som tillhör hemsjukvården eller från en egen grupp som ansvarar för SÄBO, efter beslut vid biståndsplaneringen. Omsorgspersonalen arbetar alltså aldrig på direkt uppdrag av primärvården och vårdcentralen, även om personens patientansvariga läkare oftast finns där¹¹.

Samarbetet mellan sjuksköterskorna och omsorgspersonalen är tätt, särskilt när det gäller läkemedel. För att kunna ge vid-behovs-läkemedel måste omsorgspersonalen

¹¹ Ett undantag från detta var på Tjörn där en liten grupp inom hemtjänsten är specialiserad för att möta personer som nyss kommit hem från sjukhus med ökade vårdbehov. Detta team, kallat ”Trygg hemma”, kan vid behov ha direktkontakt med hemsjukvårdsläkaren på vårdcentralen.

först ringa eller träffa sjuksköterskan som har hand om patienten. Omsorgspersonalen dokumenterar när läkemedel ges till patienten eller när andra medicinska eller rehabiliterande sjukvårdsinsatser genomförts enligt uppdragen. Ibland behövs mer och ömsesidig kommunikation för att uppdraget ska kunna genomföras:

Det är ju ömsesidig samverkan, [omsorgs]personalen kanske behöver ha stöttning och klargörande och sjuksköterskorna behöver ha information ifrån undersköterskorna för att det ska bli så god omvårdnad som möjligt. (Chef 18, Hemtjänsten)

Behovet av kommunikation kan uppstå dygnet runt. På kvällar och helger när personaltätheten i hemsjukvården minskar är detta en utmaning, enligt flera intervjupersoner i hemtjänsten. Omvänt upplevde hemsjukvården att kommunikationen med hemtjänsten och personal på särskilda boenden ibland försvårades av stor personalomsättning. Det är en särskild utmaning att samverka med någon som du aldrig har träffat eller som du haft väldigt liten kontakt med. Fysio- och arbetsterapeuterna i studien upplevde också att vid tidsbrist prioriterades den medicinska omvårdnaden på bekostnad av fysisk aktivitet och träning.

När det gällde samverkan med omsorgspersonalen kommenterade några intervjupersoner att sjuksköterskorna numera gör mer av det medicinska arbetet själva, jämfört med tidigare då undersköterskorna gjorde mer. Enligt intervjupersonerna i hemtjänsten tycker de flesta om att arbeta med hälso- och sjukvård, och skulle vilja göra det mer:

Det är inte så komplicerade saker som delegeras ut. Till exempel att ge insulin. Personalen har kompetens och de skulle vilja ha mer uppgifter inom HSL, de tycker det är intressant. (Chef 20, Hemtjänsten)

En utmaning med delegeringar till personal i hemtjänsten och på särskilda boenden är att verksamheterna ibland är uppdelade i flera mindre organisationer, bland annat genom "Lagen om valfrihet" som gör att det finns privata utförare. Det leder till att hemsjukvårdens sjuksköterskor har flera olika kontaktytor och chefer att kommunicera med angående delegeringarna. Intervjupersonerna i hemsjukvården betonade vikten av att den som ska delegera känner sig trygg med omsorgspersonalens kompetens. Ofta krävs en relativt lång process av utbildning, uppföljning och kontinuerlig uppdatering av delegeringar (se faktarutan i inledningen). Det finns slutligen även andra utmaningar med att skapa kontinuitet med samma person som genomför denna del av KHSV. Det handlar bland annat om att arbetsmängden varierar mycket, nästan dagligen, eftersom personer som får KHSV ibland snabbt försämras och behöver mer vård eller befinner sig på sjukhus.

Sammanfattning

Samverkan var det som de flesta intervjupersoner angav både när jag bad dem beskriva hur det är när KHSV är som bäst och som sämst. Behovet av samverkan är inbyggt i KHSV eftersom genomförandet sker med hjälp av personalkategorier som tillhör olika organisationer och yrken med olika specialiseringar. Alla verksamheter är beroende av varandra och det är svårt att ställa krav på andra utan att kunna styra över dem. Därför organiseras även flera formella samverkansarenor, det vill säga regelbundna möten med representanter för olika grupper eller organisationer, och det finns även informella eller mer akuta samverkansformer. Olika tolkningar av överenskommelser eller konflikterande intressen blir synliga i dessa möten. Samverkan var en betydande del av arbetet för intervjupersonerna från alla organisationer som ingår i och berörs av KHSV. Särskilt när cheferna redogjorde för alla forum för samverkan som de deltog i så blev listan lång. Att samverka tar alltså tid och kräver kommunikation, vilket ibland är svårt men är givande när det fungerar.

Gränsdragningar – vem skrivs in i KHSV?

Beräkning av sjukvårdskostnader inom Västra Götaland 2017

- Knappt 30 procent av vårdkontaktarna (inkl. slutenvårdstillfällen) sker i specialistsjukvården.
- Specialistsjukvården står för 78 procent av kostnaderna.
- Specialistsjukvården har 84 procent av alla medarbetare.
- Patienter i den kommunala hälso- och sjukvården har tillgång till en till två procent av läkarna.

(Källa: Fröjd, med statistik ifrån Socialstyrelsen och VGR:s externa hemsida)

Många av de nya patienter som skrivs in i KHSV kommer dit efter en sjukhusvistelse. Patienterna kan också vara personer som sedan tidigare varit inskrivna men som återkommer med förändrade behov. Hemsjukvården har därför medarbetare som enbart sköter samordningen med sjukhus och förbereder den egna organisationen för personens hemkomst, bland annat genom att delta vid träffar för samordnad vårdplanering och att möta upp vid hemkomst eller göra ett första hembesök med inskrivningssamtal. Ibland har sedan hemsjukvården och specialistsjukvården fortsatt direktkontakt, men oftast sker kontakten direkt med den patientansvarige läkaren i primärvården.

Hemsjukvården säger enligt intervjupersonerna i den verksamheten aldrig nej till patienter som uppfyller kriterierna och där det finns ett uppdrag och ordinationer ifrån en läkare: "Vi kan egentligen aldrig säga nej, om vi ser att det är ett behov där vi behövs." (MAS 14, Hemsjukvården) När det gäller behov av fortsatt rehabilitering, till exempel efter en vistelse på korttidsboende, behövs ingen läkarordination, utan det är behovet som avgör.

Den höga tillgängligheten med dygnet runt-vård, och faktumet att antalet platser för patienter som uppfyller kriterierna aldrig går att begränsa, leder till ett högt och ibland ojämnt arbetstryck i KHSV. Detta var något som personal och chefer i alla intervjuade organisationer beskrev – en återkommande fras var *"vi kan aldrig säga nej."* Ändå beskrivs också gränsdragningar och tillfällen när patienter hör hemma hos andra vårdinstanser som utmaningar. En person berättade om betydelsen av att det är rätt patienter i hemsjukvården för att få rätt förutsättningar för arbetet, och att gränserna måste upprätthållas för patientens egen skull. Hemsjukvården har inga öppna mottagningar utan ges bara när en korrekt inskrivning med information och journaler är tillgängliga:

Vi försöker hålla ifrån oss. Vi vill ha rätt patienter. Man ska klara sig så länge man kan, det är lite rehab-tänk. Är de inte inskrivna så har vi ju dessutom inga journaler. (Chef och MAS 4, Hemsjukvården)

Trots betydelsen av att gränserna följs finns det också tillfällen när undantag görs eller då den individuella patienten och hans situation passar dåligt med en generell gränsregel. Ibland är gränsen mellan vårdcentral och hemsjukvård därför flexibel, beroende på hur stor ansträngning som krävs för patienten att ta sig till vårdcentralen:

Vi tar inte emot patienter som kan ta sig till vårdcentralen, men det är lätt att säga. Sedan får man ibland vara någorlunda mänsklig. Om det är ett sår som ska läggas om en gång i veckan så är det vårdcentralen, men om dottern måste följa med varje dag eller det är på vintern, då tänker vi lite med hjärtat. (Chef 1, Hemsjukvården)

När det gäller gränsdragningen mellan hemsjukvård och vårdcentral bekräftar vårdcentralerna att det ibland kan vara svårt att avgöra var gränsen går. Det beror delvis på personens situation i övrigt och motivation att trots besvär komma till vårdcentralen. Som en sjuksköterska uttryckte det: *"Alla skulle kunna ta sig till vårdcentralen om det är med liggande sjuktransport."* (Sjuksköterska 12, primärvården) Ibland kan en överenskommelse göras med vårdcentralen för personer med stora behov. En intervjuperson inom primärvården uttryckte en förståelse för att hemsjukvården ibland behöver säga nej för att de exempelvis behöver tid för att förbereda sig för en ny patient. Vårdcentralerna upplever att det är viktigt att gränsen mot hemsjukvården är tydlig. En chef beskrev hur personalen därför ofta ringer och dubbelkollar så att ingen person blir utan hjälp ifrån varken primärvården eller KHSV:

Jag har aldrig varit med om att kommunen protesterat, det är rätt patient som skrivs in. Jag hör aldrig någon diskussion om det, vi är alla mer rädda att folk ska ramla mellan stolarna. Alla är otroligt måna, de ringer och kollar, för säkerhets skull. (Chef 13, primärvården)

På liknande sätt beskrev en annan intervjuperson att kvalitet i KHSV skapas genom samverkan och att alla gör lite utöver det som är deras ansvar, för att se till helheten. Eller ser till att det som behövs blir gjort av rätt person:

Det fungerar som bäst när man gör lite mer än sin tjänst. Att inte ha sina områden som man håller sig till, utan går in lite i varandras. Det är en förutsättning. /.../ Att veta vart man ska vända sig när det inte fungerar. Inte bara stannar där. /.../ Se helheten, se till att någon gör sitt. (Chef och MAR 2, Hemsjukvården rehab)

För omsorgspersonalen har gränsdragningen mellan vårdcentral och hemsjukvård stor betydelse, eftersom de har patienter i sin omsorg som är för sköra för att ta sig till vårdcentralen. Flera intervjupersoner i hemtjänsten nämnde att det är svårt att möta personer som är i behov av KHSV men som saknar det. Dessa personer behöver då motiveras att söka hjälp själva eller via anhöriga eller god man.

Sammanfattningsvis är det viktigt med en tydlig gräns mellan ansvaret för patienter som ska gå till sin vårdcentral respektive skrivas in i KHSV, men ibland är gränsen svår att dra och behöver därför vara flexibel. Personal på båda sidor av gränsen beskriver hur de ibland går utanför gränsen eller dubbelkollar för att ingen ska hamna emellan.

Hur är det att ge vård i någons hem?

Oavsett om patienterna som får KHSV befinner sig i ordinärt eller särskilt boende så befinner de sig i sina egna hem. Att arbeta med hälso- och sjukvård i denna miljö skiljer sig från arbetet på en vårdcentral, mottagning eller på ett sjukhus. Intervjupersoner pekar på att fördelen med att kunna erbjuda vård hemma är att det ger en större förståelse för patienten och dennes önskan. Utmaningarna som beskrivs handlar om ensamarbete, distans till kollegor, brist på utrustning och risken att kränka patientens integritet.

En fördel med att arbeta i någons hem är att vården kan genomföras utan att patienten behöver åka iväg. En annan fördel är att det ger mer information om patientens hälsostatus och situation, vilket gör det lättare att ge vård av hög kvalitet:

Det ger jättemycket att träffa dem i deras egen miljö. Man får mycket mer förståelse för deras aktivitetsnivå i dagliga livet, hur många trappor de har, hur det sociala nätverket ser ut, lever de i ett parförhållande och behöver de hjälpmedel? (Hemsjukvårdsläkare 21, Primärvården)

Intervjupersonerna jämförde vården hemma med vård på sjukhus och andra instanser på flera sätt. Att vårdas på sjukhus beskrev flera intervjupersoner som en risk – vården i hemmet som överlägsen i de flesta fall. En anledning är att patienter

ofta har lättare att vara självständiga i sitt eget hem, där de är vana att vistas. Rehabilitering efter sjukdomar och skador går ofta mycket fortare än på sjukhuset tack vare att patienten blir mer aktiv i sin vardag. Några intervjupersoner upplevde det också som ett misslyckande när svårt sjuka patienter skickades in för ofta till sjukhus, och detsamma gällde de som tvärtom skickades hem från sjukhus mot sin vilja. En anledning kan ibland vara en föreställning hos patienten eller anhöriga om att kvalificerad vård bara går att få på sjukhus och av läkare, och därför vill denne till sjukhus:

Vi vet att vi kan göra bra vård hemma, om vi får chansen. 'Riktig vård och en riktig doktor är på sjukhuset', det är en föreställning som finns.
(Chef och MAS 4, Hemsjukvården)

Betydelsen av patientens egna önskningar om var vården ska ske lyftes också fram, att det är patienternas önskan att vårdas hemma. Hemsjukvård beskrevs därför som en fördel både för patienterna och för samhället. Några patienter är tydliga med att de vill slippa bli skickade till sjukhus, oavsett hur sjuka de blir. Samtidigt är patienternas och samhällets önskan om mer hemsjukvård en utmaning för KHSV på grund av kraven på avancerad vård:

Många vill dö hemma, vill bli behandlade hemma. Det är en stor vinst att kunna möta det behovet, men också svårt och jättemycket arbete. Man måste se vad som verkligen bedrivs i kommunerna. Det är minst lika avancerat som på sjukhuset, utan samma resurser, vilket gör det svårare.
(MAS 8, Hemsjukvården)

KHSV beskrevs ibland som mer avancerad än annan vård, just på grund av de begränsningar som hemmet ger när det gäller till exempel tillgången till utrustning och teknologi. Material och läkemedel som krävs för vården förvaras i patientens hem. När det uppstår en brist på utrustning eller material är det en utmaning, eftersom resorna till närmaste förråd eller apotek tar tid.

För alla yrkeskategorierna kan arbetet i hemmet vara en utmaning när det uppstår akuta situationer. Personalen kommer ofta ensam till bostaden och andra som kan rådfrågas finns på distans, ibland i en annan organisation:

Du är väldigt ensam som sjuksköterska i hemmet. Man kan alltid ringa någon och fråga, rådfråga. Men du får ändå göra den bedömningen att du ska ringa och fråga. Ska jag försöka få tag på vårdcentralsdoktorn? Eller få ut någon doktor för bedömning? (Planeringsansvarig sjuksköterska 16, Hemsjukvården)

Omsorgspersonal som besöker en person i hemmet saknar någon att snabbt rådgöra med och har ingen som kan hjälpa till att göra bedömningar med all information som finns på platsen. Den blir då ensam ansvarig, som en chef förklarade:

"Omsorgspersonalen är vana att ta beslut, lösa situationen, de är vana att inte ha någon att hålla i handen." (Chef 20, Hemtjänsten)

En annan viktig utmaning med att vårda i hemmet är att respektera patientens integritet. Vården kan lätt bli ett intrång i den privata sfären. Ett exempel är att det finns risk att patienten upplever sig pressad att flytta ur sitt sovrum, mot sin vilja, för att det är för trångt för personalen att arbeta där. Ändå påminner sig personalen att arbetet sker i någon annans hem, vilket kräver anpassning. Ordet "respekt" återkom i intervjuerna. En intervjuperson beskrev hur hen anstränger sig att se personen bortom vårdobjektet:

Det är känsligare när man kommer hem till dem. De kan inte vara för sig själva. Vi kan inte bara klafsa in, göra en massa insatser, vara en massa olika personer som besöker dem. Det är viktigt att de känner att de är personer, inte vårdobjekt. (Hemsjukvårdsläkare 19, Primärvården)

Patientens hem i ordinärt boende är också en del av arbetsmiljön och ibland kan den upplevas som svår för att kunna ge god KHSV, enligt intervjupersonerna. Det kan röra sig om låga sängar, att det är smutsigt eller om konflikter med anhöriga. Ommöblering och hjälpmedel i bostaden är ofta en fråga om arbetsmiljö för personalen, men patient och anhöriga kan vara emot det. Ett annat exempel där personens integritet behöver tas i beaktande är när KHSV tar över ansvaret för personens läkemedel. En intervjuperson beskrev detta som ett ingrepp i den enskildes liv och tyckte att det sker för ofta. Många patienter har lättare att klara att sköta sina läkemedel hemma, där de har sina vanor och trygghet, jämfört med den ovana miljön på sjukhus. Det fanns också kritik och oro för att KHSV får ta för stort ansvar och att vården i hemmet ibland innebär för stora begränsningar i personens livskvalitet. Det kunde vara på grund av bostadens utformning som gjorde det omöjligt för personen att vistas i viktiga delar av den:

Är det skäligt att ha sängen i köket, för att du inte kan gå uppför trappan? Och ha en mobil toalettstol vid sängen? /.../ Visst kan man vårdas hemma, men vad är skäligt? Är det *inte farligt*, men är det ändå tråkigt och ovärdigt? (Chef 1, Hemsjukvården)

Sammanfattning

Berättelserna om hur det är att ge KHSV i någon annans hem visar med andra ord på fördelar som att patienten slipper lämna sin trygghet och vanor, riskera infektioner, får en bättre rehabilitering och att det är lättare att se den enskildes behov. Nackdelarna som intervjupersonerna beskrev handlade om risken att kränka personens integritet, att ta hänsyn till patienten när rörelseförmågan inom hemmet

begränsas och att arbetsmiljön kan vara dålig. En särskild utmaning för personalen är ensamheten när beslut behöver fattas, till exempel när patienten plötsligt försämras eller när någon hellre vill få vård på annan plats och nivå.

Kvalitet och uppföljning

Upplevelsen bland intervjupersonerna om kvaliteten inom KHSV varierar. Alla beskrev att en viktig del i arbetet är att ta fram mål och följa upp och utvärdera kvaliteten, både på den enskilda arbetsplatsen och genom rapportering i nationella kvalitetsregister. Avvikelsehanteringen¹² är ett återkommande exempel som gavs. Det är viktigt att avvikelser rapporteras och följs upp, så att orsakerna identifieras. Ett exempel är patienter som råkar ut för upprepade fallolyckor, ett annat är att mediciner eller träning som delegerats glöms eller prioriteras bort. Flera betonade vikten av att alla vågar rapportera avvikelser, utan att känna sig uthängda:

Vi pratar ju mycket om avvikelser på arbetsplatsträffarna. Det är ju inte att hänga ut någon människa utan det är ju 'vad kan vi göra för att det inte ska hända igen.' Vi vill ju inte lasta någon, det finns ju alltid en mänsklig faktor. (Chef 20, Hemtjänsten)

Personalbrist eller brist på information uppgav intervjupersonerna som en vanlig orsak till avvikelser. Tidsbristen gjorde också att vissa upplevde det svårt att hinna rapportera avvikelser. Istället föredrog personal att prata direkt med varandra, också för att skapa och upprätthålla bra relationer. Specifika svåra situationer som nämndes av flera var när ägandeformen skiftar mellan offentlig och privat i verksamheter som kommunen ansvarar för, när chefer byts ut flera gånger på kort tid och att chefspositioner är vakanta länge. Brist på tydliga rutiner, information och kontaktvägar uppstår ofta i sådana situationer. Förebyggande arbete och regelbundna uppföljningar (som i sig förebygger akuta behov) var något som också fick prioriteras ner när akuta insatser tog mycket tid. Uppföljningar var därför en kvalitetsbrist enligt några:

Jag gör bara uppföljningar när det kommer en signal att det inte fungerar. Från personal, anhöriga eller av en slump. Jag har alltid dåligt samvete över att inte hinna. (Planeringsansvarig fysioterapeut 5, Hemsjukvården)

Arbetet med att mäta kvalitet är något som upptar mycket tid, beskrev flera intervjupersoner. Exempel som gavs var att det ingår i arbetet att göra riskbedömningar en gång om året eller vid en förändring i hälsostatus, att göra

¹² När situationer uppstått där det skett eller funnits risk för patientskada eller brister i hälso- och sjukvården rapporteras detta som en "avvikelse" som systematiskt ska utredas och följas upp, för att kunna förebygga liknande situationer.

munhälsobedömningar, mäta malnutrition, göra åtgärdsplaner samt dokumentera i det egna systemet och i kvalitetsregister såsom Palliativregistret och Senior Alert. Sådant arbete kunde vara svårt att hinna med i vardagen. Ett konkret exempel var i en kommun där hemtjänsten tilldelades tre minuter för att ge mediciner till patienterna. För att kunna ge ett gott bemötande lades denna tid därför ofta samtidigt som andra sysslor skulle genomföras, men marginalerna är små för att hjälpa till att göra bedömningar och uppföljningar.

Brukar- och patientenkäter beskrevs i intervjuerna ge en signal på om målen uppfyllts, men en person påpekade att det kan vara svårt för patienterna att kritisera eller framföra sin egen upplevelse av kvaliteten eftersom många är för svårt sjuka. Ofta framförde personen själv eller deras anhöriga sin kritik mot en organisation till personalen i en annan organisation, till exempel kritik mot hemtjänsten som gavs till hemsjukvården, eller vice versa. Budskapet framfördes med andra ord indirekt. Ett annat mått på kvalitet som används är "genomsnittliga väntetider". Intervjupersoner beskrev att när en enhet drabbas av mycket sjukfrånvaro bland personalen blir överenskomna väntetider svåra att hålla. Tidsbrist var alltså ibland ett hinder för att kunna genomföra KHSV med god kvalitet.

Möjligheten att ställa frågor till någon med mer kompetens och att bolla med varandra sågs som en kvalitetssäkring, liksom kontinuiteten i personalgrupperna:

Det är tunga beslut, ska jag skicka in patienten nästa gång eller får det vara bra nu? Vad är värdigast? Det sista man vill är att hen dör i ambulansen eller på akuten. (Hemsjukvårdsläkare 21, Primärvården)

Sammanfattning

Flera av de intervjuade upplevde att personal- och tidsbrist är faktorer som ibland gör det svårt att uppnå kvalitetsmålen. Även brist på kontinuitet och brister i att följa rutiner kan få sådana effekter. Ibland föredrog personal att prata direkt med berörda istället för att formellt rapportera avvikelser, eftersom detta stärker relationer och går snabbare. Själva arbetet med att mäta, rapportera och följa upp kvalitet tar också mycket tid, vilket ibland gör det svårt att hinna med.

Slutsatser

Studien bidrar till litteraturen och tidigare studier om KHSV genom att utifrån ett medarbetarperspektiv beskriva de huvudsakliga verksamheter och yrkeskategorier som genomför arbetet. Tidigare studier och rapporter har dels haft fokus på enskilda yrkeskategorier eller patientgrupper och dels problematiserat samverkan, styrning och behovet av kompetensutveckling och kvalitetsarbete inom KHSV.

Denna rapport handlar om målgruppen och vilka behov som verksamheterna möter, om arbetsuppgifterna som utförs i vardagen, om samverkan med primärvården och mellan legitimerad och icke-legitimerad personal inom kommunen, om gränsdragningar och om vilka patienter som skrivs in, om att arbeta i patientens hem samt slutligen om personalens upplevelse av arbetet med kvalitet och uppföljning inom KHSV.

Studien visar att *målgruppen* för KHSV är alla kommuninvånare som av någon anledning behöver vård i mer än två veckor och som vistas i sitt hem (ordinärt eller särskilt boende) men har svårt att ta sig till vårdcentralen. En stor majoritet är 65 år och äldre, varav många är 80 år och äldre. Många har komplexa behov på grund av att de är multisjuka eller svårt sjuka och sköra. *Arbetsuppgifterna* varierar därför kraftigt utifrån patienternas behov, och personalen upplever att den motsvarar både primär- och specialistvård. Hörnstenen är hembesök, att göra bedömningar av patientens behov och att genomföra medicinska eller rehabiliterande behandlingar. Ofta handlar behandlingen om hantering av läkemedel, urinkateter, sårvård, att bistå med hjälpmedel och att stötta med träning och dagliga aktiviteter. Vissa patienter vårdas i livets slutskede och har även medicinsktekniskt avancerade behov såsom kontinuerlig smärtlindring, intravenösa dropp, dialys och andning genom hål i luftstrupen (tracheostomi).

För att kunna genomföra KHSV krävs *samverkan* mellan:

- läkare som är anställda i primärvården och som ofta arbetar samtidigt på en vårdcentral,
- sjuksköterskor,
- arbetsterapeuter och fysioterapeuter i hemsjukvården eller på särskilda boenden och
- omsorgspersonal i hemtjänsten eller på särskilda boenden.

Samverkan kräver kommunikation och ansvarstagande över organisationsgränser, vilket tar tid och underlättas av relationsskapande. Läkarna ordinerar behandling och den legitimerade personalen samordnar, genomför, konsulterar och instruerar eller delegerar till omsorgspersonalen som ofta har den mest återkommande kontakten med patienten.

Gränsdragningar för rätt målgrupp och arbetsuppgifter som tillhör olika yrkeskategorier är en del av vardagen i KHSV. Det är en del av samverkansarbetet att avgöra vem som ska göra vad och huruvida patienten ska få sin vård ifrån

vårdcentralen eller i hemmet där hen bor. När gränsdragandet fungerar bra sker det i dialog och genom kommunikation, med syftet att undvika att någon patient blir utan den vård som behövs. Att ge *vård i någons hem*, istället för på en vårdinstitution och arbetsplats dit patienten kommit, innebär både fördelar och utmaningar.

KHSV innebär en fördel för de patienter som föredrar att vistas hemma och som känner sig tryggare hemma. Det är också lättare för vårdpersonalen att göra en rättvisande bedömning av patientens vårdbehov när denne befinner sig i sitt sammanhang. Utmaningarna handlar om risken att göra intrång i patientens integritet, att upprätthålla en "skälig levnadsnivå" och att hemmet kan innebära en dålig arbetsmiljö för personalen. Det är också en utmaning att ha rätt resurser och möjligheter att ge god vård, såsom snabb tillgång till medicinsk-teknisk utrustning, hjälpmedel och läkemedel. En särskild utmaning för personalen inom KHSV är utsattheten i att ofta vara ensamma i att göra bedömningar och att behöva rådgöra med kollegor och andra medlemmar av "teamet" på distans. *Kvalitets- och uppföljningsarbetet* är slutligen en viktig och betydande del i KHSV eftersom nästan all slags vård kan förekomma och uppföljningar tar mycket tid. Vid personal- och tidsbrist är det kvalitetsuppföljande (förebyggande) arbetet det som prioriteras bort, vilket sågs som en utmaning i studien.

Fortsatta studier

Materialet i denna studie kommer att användas för vidare forskning med godkännande av intervjupersonerna. Den fortsatta studien ingår i AGECAP-centret vid Göteborgs universitet som samlar olika slags forskning om äldre. Studien jämför hembaserad vård av äldre i Sverige och Indien och "Value Integrated Eldercare" (VICE). Frågeställningarna rör integrering av värderingar som i den svenska kontexten finns uttryckta i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. En frågeställning är: hur adresseras kulturella och kontextuella levnadsvillkor och äldres behov i dagens modeller för hembaserad vård? Studien leds av professor Lotta Dellve vid Institutionen för Sociologi och Arbetsvetenskap.

Referenser

- Bergdahl, E. (2013). *Att samskapa en god vård genom goda vårdrelationer för patienter i specialiserad palliativ hemsjukvård*. Socialmedicinsk tidskrift, 90(1), 108–116.
- Björkman (2018). *Promemoria från Täby kommunledning, utredningsenheten till Socialdepartementet*. Dnr KS 2018/43–77.
- Ekstedt, M., och Dahlgren, A. (2015). *Säker vård även i hemmet en framtida utmaning*. Läkartidningen, 112(22), 1-2.
- Flöjt, J., Hir, U., & Rosengren, K. (2014). *Need for Preparedness: Nurses' Experiences of Competence in Home Health Care*. Home Health Care Management & Practice, 26(4), 223–229.
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Svenska HALT i korthet*. Se <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/svenska-halt-i-korthet-2017/>
- Fröjd, K. (2019) *Slutrapport: breddinförande av mobil närvård*. Koncernstab/Koncernavdelning Västra Götalandsregionen. Diarienummer: HS 2019–00305
- Furåker, C. (2012) *Registered Nurses' Views on Competencies in Home Care*. Home Health Care Management & Practice, 24(5) 221–227.
- Gurner, U. (2012). *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende*. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting.
- Josefsson, K. (2011). *To lead and to be led in municipal care for older people in Sweden as perceived by registered nurses*. Journal of Nursing Management, 19(4), 498–506.
- Johansson m.fl. (2014) *Den enes arbetsplats den andres hem*. ISSN 1650–9773 Publikation 57, Ergonomi och Aerosolteknologi 2016 [Intern rapport].
- Karlstedt, M., Wadensten, B., Fagerberg, I., & Pöder, U. (2015). *Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education?* Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29(2), 307-316.
- Nilsson, K., Lundgren, S. och Furåker, C. (2009). *Registered nurses' everyday activities in municipal health care: A study of diaries*. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01777.x>
- Norell, M., Ziegert, K., & Kihlgren, A. (2013). *Care priorities-Registered Nurses' clinical daily work in municipal elderly care settings*. Scandinavian journal of caring sciences, 27(2), 388-395.

Randström, K. B., Wengler, Y., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). *Working with 'hands-off' support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people*. *International journal of older people nursing*, 9(1), 25-33.

Rämgård, M., Petersson, P., & Blomqvist, K. (2012). *Att vårda i blindo - en forskningsrapport om professioners samverkan i närsjukvården*. Kommunförbundet Skåne.

Silverman, D. (2013) *A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about Qualitative Research* (2nd ed.). Sage.

Socialstyrelsen (2019) *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård - förstudie*. Artikelnummer 2019-2-17.

Socialstyrelsen (2018a) *Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2018*.

Socialstyrelsen (2018b) *Öppna jämförelser - enhetsundersökningen om kommunal hälso- och sjukvård*.

SOU 2019:29. *God och nära vård – vård i samverkan*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2018:39. *God och nära vård – en primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

Vårdanalys (2018). *På väg*. Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.

Vårdanalys (2017) *Att styra mot samordnad vård*.

Vårdanalys (2016) *Samordnad vård och omsorg*. En analys av samordningsutmaningar.

Västkom och Västra Götalandsregionen (2017) *Hälso- och sjukvårdsavtalet*, hämtat via <https://www.vardsamverkan.se/dokument/hosavtal/>.

Bilaga: Intervjuguide

Bakgrund

Berätta om din bakgrund:

Om din utbildning och hur du kom till denna roll?

Berätta om ditt arbete:

Vad ingår i dina arbetsuppgifter och ditt ansvar?

KHSV i din kommun

Innehållet i kommunal hälso- och sjukvård:

Hur kommer patienter till er?

Vad ingår i KHSV hos er? (inkl. typer av vård, volymer, etc) Vilka grupper av patienter/brukare ingår?

Vad/vilka ingår *inte*? Hur dras gränserna?

Förutsättningarna

Vem gör vad?

Hur är det organiserat och samordnat? Hur är relationerna? När och hur möts och kommunicerar olika aktörer?

Vad är målen för vården, som vägleder er?

Ekonomi och ersättning? Finns det något som du önskar?

Styrkorna och utmaningarna

Tendenser, t.ex. öknings- eller minskningar?

Utveckling av kompetens och metoder?

Teknologi?

Hur vet ni om målen uppnås, att det fungerar och är bra?

Exempel på när det fungerar som bäst och sämst?

Framtiden

Vad tror du är på gång, eventuella förändringar? På kort och lång sikt?