

# Fungerande vård för svårt sjuka äldre

En fallstudie av samverkan mellan  
hemsjukvård och primärvård  
i Göteborgs södra skärgård

*Theresa Larsen*

*Januari 2009*

**FoU**<sub>i</sub>**väst** 



© FoU i Väst/GR  
Första upplagan februari 2009  
Text: Theresa Larsen  
Layout: Infogruppen GR  
Foto: Pia Schmidtbauer och Theresa Larsen  
Omslagsbild: Theresa Larsen

*FoU i Väst*  
*Göteborgsregionens kommunalförbund*  
*Box 5073, 402 22 Göteborg*  
*e-post: [fou@grkom.se](mailto:fou@grkom.se)*

Foto omslag  
och denna sida:  
Theresa Larsen.

# Förord

Vad krävs av primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården för att sätta den gamla, multisjuka patienten och dennes anhöriga i centrum? Hur ska patienten och dess anhöriga få gehör för sin oro och sina frågor kring vård och omsorg utförd av olika huvudmän?

Svaret är samverkan och samarbete med prestigelöshet och patientfokus som mantra och mål!

Vad är det som gör att vi som hälso- och sjukvårdspersonal gräver vallgravar och bygger murar runt vår egen verksamhet? Vem hjälper vi då? Gör vi det för vårt eget eller patientens bästa? Gynnar detta agerande egentligen någon – chefer, personal eller patienterna vi är till för? När chefer och personal är lyhörda både mot patienter och anhöriga samt de verksamheter och professioner som är involverad i patientens vård går det lättare och energin kan läggas på rätt arbete.

När jag tillträdde enhetschefsuppdraget för Hemsjukvård och Rehab i Södra Skärgårdens stadsdel kom jag till en splittrad sjukvårdssituation. Hälso- och sjukvården i primärvården och kommunen hade försökt samverka men motarbetats av respektive verksamheters organisering och ekonomistyrningssystem. Detta utmynnade i vattentäta skott mellan verksamheterna. Patienten togs omhand i respektive organisation separat. Man såg inte till hela vårdkedjan och hur vi skulle kunna samverka kring de enskilda patienternas behov.

Ett skäl till störningen av samverkan kanske orsakades av att inga formella samarbetsavtal hade träffats. Det ledde till att ansvariga politiker inte var införstådda med att vinsterna av ett samarbete på utförarnivå gynnar patienterna på det sätt som ni kan läsa om i denna rapport.

Tillsammans med Gudny Sveinsdottir, (dåvarande verksamhetschef för vårdcentralen på Styrso) startade vi diskussioner med våra chefer som så småningom mynnade i ett uppdrag kring samarbete mellan kommun och primärvård i Södra Skärgården. Utifrån detta uppdrag ombads Theresa Larsen vid FoU i Väst/GR att medverka som utvärderare. Vi är idag mycket tacksamma att just FoU i Väst/GR blev inkopplade i projektet. Förutom att ha utvärderat ambitionerna i projektet och genomfört den patientstudie som redovisas i föreliggande rapport, har FoU i Väst/GR bidragit med kunskap som varit utvecklande för vår samverkan.

Från ett snötäckt Styrso den 8 januari 2009

*Anna-Karin Dahl*, enhetschef för Hemsjukvård  
och Rehab i SDF Södra Skärgården

# Innehåll

|  |    |
|--|----|
| Sammanfattning .....   | 5  |
| 1. Organisering av hälso- och sjukvård i glesbygd .....  | 8  |
| 2. Hemsjukvården i Sverige . .....   | 12 |
| 3. Studiens genomförande .....   | 15 |
| 4. Hälso- och sjukvården i Göteborgs södra skärgård .....  | 18 |
| 5. Den studerade patientgruppen .....  | 30 |
| 6. Nöjda patienter och anhöriga .....  | 35 |
| 7. Nödvärdigt med samarbete mellan personalgrupper .....   | 40 |
| 8. Tillgänglighet, närhet och helhetssyn ger trygghet .....  | 48 |
| Referenser .....   | 56 |
| <b>Bilagor</b>   |    |
| Bilaga 1: Forskningsinformation riktad till forskningspersoner (patienter) ....  | 57 |
| Bilaga 2: Information om studien riktad till professionella (medarbetare) .....  | 59 |
| Bilaga 3: Medgivandeblankett .....   | 60 |
| Bilaga 4: Förteckning över dokument från SDF Södra Skärgården och<br>primärvården väster/Styrsö som FoU i Väst/GR tagit del av ..... | 61 |

# Sammanfattning

Flera studier och utredningar har visat att hälso- och sjukvården i Sverige inte är anpassad till de mest sjuka äldres behov. Samarbetet mellan olika vårdgivare är ofta bristfälligt. Den här rapporten belyser problem och lösningar som rör organisering av hälso- och sjukvård för denna patientgrupp. En fallstudie av sex äldre hemsjukvårdspatienter bosatta i Göteborgs södra skärgård samt intervjuer med deras anhöriga och involverad hälso- och sjukvårdspersonal ligger till grund för rapportens analys och slutsatser.

För att hantera de speciella utmaningar som hälso- och sjukvården kan ställas inför i ett skärgårdsområde, pågick under perioden februari 2006 till februari 2009 ett samarbetsprojekt mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården i Göteborgs södra skärgård. Samtliga sjuksköterskor anställda i SDF Södra Skärgården respektive på Styrso vårdcentral ingick i en gemensam personalgrupp. Sjuksköterskorna hade kvar sina anställningar hos respektive huvudman. De hade en basplacering antingen på vårdcentralen, de särskilda boendena eller i hemsjukvården, men kunde ha arbetsuppgifter inom projektets hela uppdragsområde oavsett var deras grundanställning fanns. Syftet med projektet var bland annat att utnyttja befintliga resurser så effektivt och flexibelt som möjligt, bland annat för att minska på restider mellan patienter vid hembesök. Patienterna skulle inte heller behöva känna av organisationsgränser mellan olika vårdgivare.

FoU i Väst/GR har haft i uppdrag att utvärdera samarbetsprojektet. Inom ramarna för utvärderingen har en särskild studie kring hemsjukvårdspatienters i Södra Skärgården genomförts. Studien avrapporteras i denna rapport. Följande frågeställningar låg till grund för studien:

- Hur fungerar samarbetet mellan primärvården och kommunens hälso- och sjukvård samt omsorg?
- Hur anser patienter och anhöriga att en bra och trygg hälso- och sjukvård för svårt sjuka patienter bosatta i Göteborgs södra skärgård bör fungera och vara utformad?
- Vilka åtgärder skulle behöva vidtas för att förbättra vården för denna patientgrupp?

Stadsdelen Södra Skärgården i Göteborgs Stad består av flera öar, varav sex är bebodda året runt. År 2007 var antalet bofasta invånare 4 449 stycken. Till Södra Skärgården tar man sig med båt. De befolkningstätaste öarna, Styrso och Donsö, är förbundna med en bro. Hemsjukvårdens sjuksköterskor har tillgång till en bil samt en flakmoped som används vid hembesök på Styrso och Donsö. Då bilen eller mopeden inte är tillgänglig går eller cyklar personalen till patienterna. För att ta sig till patienter bosatta på öar utan broförbindelse med Styrso tar personalen båt enligt ordinarie tidtabell. På grund av de långa restiderna kan ett enda hembesök ibland ta upp emot fyra timmar att genomföra. Antalet hembesök inom hemsjukvården har ökat stadigt sedan år 2005.

År 2007 var i genomsnitt knappt 60 patienter inskrivna i hemsjukvården med insats av sjuksköterska. Medelåldern för patienterna var 82 år. Bland de sex patienter som ingick i studien var medelåldern 81 år. Hälften av dem var män, hälften kvinnor. Tre hade omfattande hemtjänstinsatser, en enbart trygghetslarm. De studerade patienterna hade i genomsnitt 5,3 diagnoser enligt primärvårdens patientjournal. Vanligaste sjukdomarna och besvären var hjärtsvikt, kärlkramp, förmaksflimmer, högt blodtryck, diabetes, prostatabesvär, sviter efter stroke, tumörsjukdomar, magsår, artros och grön starr. Vid tidpunkten för studien stod patienterna på i genomsnitt 11,5 läkemedel. De vanligaste preparaten var vätskedrivande medel, medel vid magsår, laxermedel, blodförtunnande medel, sömnmedel, lugnande medel, antidepressiva, digitalispreparat<sup>1</sup>, ACE-hämmare<sup>2</sup> samt vitaminer och mineraler. De huvudsakliga hemsjukvårdsinsatserna för den studerade gruppen var kontroll av blodtryck och blodsocker, kateterbyte, omläggning av bensår, PK-prov<sup>3</sup> samt tillsyn.

Under perioden 061101–071031 hade de studerade patienterna i genomsnitt haft 72,3 kontakter med hemsjukvården och primärvården i Södra Skärgården i form av telefonsamtal, hembesök eller mottagningsbesök med exempelvis sjuksköterska, läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut eller psykolog. Variationen på antalet kontakter för patientgruppen var dock stor, mellan 16 och 145 kontakter under mätperioden.

Studien visar att patienternas vårdkonsumtion förändrades i och med inskrivningen i hemsjukvården. Månaderna före inskrivningen hade de flesta en hög vårdkonsumtion i form av upprepade episoder av slutenvård, ambulanstransporter, besök hos olika specialistläkare, flera besök på Axessakuten eller sjukhusens akutmottagningar samt täta och akuta besök och telefonsamtal med läkare

och sjuksköterska på Styrso vårdcentral. Efter inskrivningen i hemsjukvården sjönk patienternas vårdkonsumtion kraftigt hos alla vårdgivare förutom i hemsjukvården. Oftast var dock antalet kontakter med hemsjukvården färre än antalet vårdkontakter som patienten haft med andra vårdgivare innan inskrivningen, trots att patienternas hälsostillstånd sällan förbättrades. Även patienternas och anhörigas roll förändrades i och med inskrivningen i hemsjukvården. Före inskrivningen tvingades patienten och anhöriga utgöra länken mellan olika vårdgivare och samordna sina vårdkontakter själva. Efter inskrivningen övertog hemsjukvårdens sjuksköterskor denna samordnade roll. Det ledde till att patienterna och deras anhöriga kände sig mindre oroliga och stressade. De beskrev till och med att deras livskvalitet förbättrats på grund av inskrivning i hemsjukvården.

De studerade hemsjukvårdspatienterna och deras anhöriga var mycket nöjda med hälso- och sjukvården i sitt närområde. Hälso- och sjukvården i Södra Skärgården är i stort sett väl anpassad till patienternas och deras anhörigas behov och önskemål kring en god och trygg vård. Hemsjukvårdens sjuksköterska och primärvårdens läkare fungerar tillsammans som den samordnare av olika vårdinsatser som efterlyses i många studier och utredningar om svensk hälso- och sjukvård till svårt sjuka äldre. Tack vare samarbetet skapas förutsättningar för en sammanhållen sjukvård som tar hänsyn till patienternas hela sjukdomsbild och livssituation. Hemsjukvårdens och primärvårdens gemensamma insatser stärker patienternas och deras anhörigas egenvårdskapacitet och förebygger därmed onödiga och kostnadskrävande behandlingar, utredningar och sjukhusinläggningar.

Resultaten från studien indikerar att de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård sjunker för patienter som skrivs in i kommunal hem-

<sup>1</sup> Preparat som används vid bland annat hjärtsvikt

<sup>2</sup> Preparat som används vid bland annat hjärtsvikt och högt blodtryck

<sup>3</sup> Prov som tas för att kontrollera blodets levringsförmåga hos patienter som behandlas med läkemedlet Waran

sjukvård, vilket talar för att fler patienter borde ges denna möjlighet. I samarbetsprojektet bedrivs vården av två huvudmän: kommunen och primärvården. Utan gemensam organisation finns risk att huvudmännen inte kan kontrollera styrningen och uppföljningen på ett sammanhållet sätt och att de inte heller har full kontroll över sina kostnader. Det finns också en risk för försök att vältra över kostnader på den andra huvudmannen, särskilt i en tid då vi går mot en lågkonjunktur med krympande resurser.

I intervjuerna med hemsjukvårdspatienter och deras anhöriga framträdde en bild av vad som kännetecknar en god hälso- och sjukvård samt omsorg för svårt sjuka patienter bosatta i Södra Skärgården. Denna bild kan sammanfattas i ett antal nyckelord: *närhet, tillgänglighet, självbestämmande, helhetssyn, kunskap,*

*empati och förståelse.* Hemsjukvården i samarbete med primärvården förmår till stora delar ge en vård som kännetecknas av dessa egenskaper. De utvecklingsområden som kan ses handlar först och främst om ökad tillgänglighet till sjuksköterska och läkare dygnet runt på alla öar, ökat samarbete mellan hemsjukvård och hemtjänst samt gemensamt journal-system för primärvård och hemsjukvård. I vilken utsträckning som dessa förbättringar kan genomföras beror till stor del på vilka prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården på politisk nivå. Vad ska hälso- och sjukvård till svårt sjuka patienter bosatta i geografiskt svårtillgängliga områden få kosta? ■

Cykel används flitigt som transportmedel inom hemsjukvården. Här är sjuksköterska Anna Fhager på väg till en patient. Foto: Pia Schmidtbauer



# I. Organisering av hälso- och sjukvård i glesbygd

Det krävs flexibla lösningar och samarbete över verksamhetsgränser för att hälso- och sjukvården ska fungera i glesbefolkade och geografiskt svåråtkomliga områden så som skärgårdskommuner. Att upprätthålla både hög kvalitet och god tillgänglighet till hälso- och sjukvård i dessa trakter är en ständig utmaning (Mitton med flera 2007, Scott med flera 2004). Särskilt svårt är det att tillgodose kroniskt sjukas och multisjuka<sup>4</sup> äldres behov. Dessa patientgrupper har ett stort behov av både planerad och akut vård under dygnets alla timmar. På grund av långa och inte sällan komplicerade resvägar har patienterna samtidigt många gånger problem att ta sig från bostaden till en vårdinrättning. De kan därför ha större behov av vård i hemmet än om de varit bosatta i en stadsmiljö. Eftersom tidsåtgången är omfattande för resor i samband med hembesök av vårdpersonal i dessa områden, kan det dock vara svårt att tillhandahålla vård i bostaden i den utsträckning som motsvarar patientgruppernas behov till en rimlig kostnad.

Den här rapporten belyser problem och lösningar som rör organisering av hälso- och sjukvård kring svårt sjuka patienter i geografiskt svåråtkomliga områden. En fallstudie av sex äldre hemsjukvårdspatienter bosatta i Göteborgs södra skärgård ligger till grund för rapportens analys och slutsatser. Även om rapportens slutsatser specifikt rör hälso- och sjukvård

i en skärgårdsmiljö är många av slutsatserna även tillämpbara i andra geografiska områden. Erfarenheterna om vad som är en bra och trygg hälso- och sjukvård för svårt sjuka äldre i glesbygd kan användas också i andra miljöer eftersom svårt sjuka äldre har liknande behov oavsett bostadsort.

## Mer kunskap behövs om vårdens organisering för äldre

Hemsjukvårdspatienter utgör en av de svårast sjuka och mest vårdbehövande grupperna i Sverige. Uppskattningsvis får cirka 250 000 personer någon form av insats från hemsjukvården idag. 87 procent av alla hemsjukvårdspatienter är över 65 år, även om personer i alla åldrar kan erhålla hemsjukvård i många kommuner (Socialstyrelsen 2008). En studie som rör hemsjukvårdspatienter fokuserar därför per automatik även på äldre personer och deras behov av vård och omsorg. Flera studier och utredningar har visat att hälso- och sjukvården i Sverige inte är anpassad till de mest sjuka äldre (se exempelvis Gurner och Torslund 2003 eller Akner 2005). Dessa patienter tvingas inte sällan besöka många olika vårdgivare som inte känner till varandras insatser för den enskilde individen. Samarbetet mellan vårdgivare är ofta bristfälligt sett ur multisjuka äldres perspektiv. Varje medicinskt pro-

---

<sup>4</sup> Med multisjuk avses här en person som lider av flera sjukdomar samtidigt.



blem eller diagnos behandlas ofta var för sig. Ingen ser till helheten utifrån patientens totala behov. Vanligtvis är det patienten själv eller anhöriga som måste samordna olika vårdinsatser. Bristen på samordning innebär risk för läkemedelsrelaterade problem och att de äldres problem faller mellan stolarna. Aktiviteter som på olika sätt syftar till att underlätta, förenkla och samordna äldres vårdkontakter är därför angelägna. Studier av sådana initiativ kan bidra med värdefull kunskap om hur gruppens behov kan tillgodoses på bästa och mest kostnadseffektiva sätt.

Ur ett forsknings- och utvärderingsperspektiv är det i regel svårt att få en överblick av patientens samlade hälsoproblematik i befintliga journaler, både i slutenvård (sjukhuskliniker), primärvård, hemsjukvård och kommunal omsorg. Vid slutenvårdstillfällen eller besök i primärvården ligger fokus vanligen på aktuella problem som behöver utredas och handläggas. Den underliggande kroniska sjukligheten beskriven som symptom, diagnoser eller funktionsnedsättningar sammanställs inte. Den samlade bilden av den äldres problematik redovisas inte i den reguljära verksamheten utan blir bara synlig i vissa tillfälliga projekt (Akner 2005, sidan 12). Det innebär att kunskapen om vilka behandlingsformer och insatser som bäst hjälper multisjuka äldre patienter är bristfällig. Detta medför i sin tur att underlaget för att fatta politiska beslut avseende äldre personers vård och omsorg baseras på andra grunder än denna målgrupps egna behov. För att kunna möta multisjuka äldre på bästa sätt är det därför angeläget med fler studier som analyserar äldre multisjuka patienters totala vårdkonsumtion samt deras upplevelser av hälso- och sjukvården.

## Samarbetsprojektet i Göteborgs södra skärgård

För att hantera de speciella utmaningar som hälso- och sjukvården kan ställas inför i ett skärgårdsområde avseende svårt sjuka patienter, pågick i Göteborgs södra skärgård under perioden februari 2006 – januari 2009 ett samarbetsprojekt mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Samtliga sjuksköterskor anställda i SDF Södra Skärgården respektive primärvårdsområde väster/Styrsö ingick i en gemensam personalgrupp. Sjuksköterskorna hade kvar sina anställningar hos respektive huvudman. De hade en basplacering antingen på vårdcentralen, de särskilda boendena eller i hemsjukvården, men kunde ha arbetsuppgifter inom projektets hela uppdragsområde oavsett var deras grundanställning fanns.

Grundidén med projektet var att utnyttja befintliga sjuksköterskeresurser inom kommunen och primärvården på ett så effektivt och flexibelt sätt som möjligt utifrån invånarnas vårdbehov. Sjuksköterskorna skulle kunna gå in på varandras scheman och utföra varandras arbetsuppgifter. Patienten skulle inte behöva känna av organisationsgränser mellan olika vårdgivare. Genom att samordna insatserna från kommunens och primärvårdens sjuksköterskor förväntades bland annat restider mellan patienter vid hembesök minska samt behovet av vikarier vid sjukdom, semestrar och annan sjukfrånvaro minimeras.

## Patienter och anhörigas upplevelser

FoU i Väst/GR fick sommaren 2006 i uppdrag av primärvårdsområde centrum-väster/Styrsö i Göteborg samt SDF Södra Skärgården<sup>5</sup> i Göteborgs Stad att utvärdera samarbetsprojektet i Göteborgs södra skärgård, det så kallade *Styrsöprojektet*. Syftet med utvärderingen

---

<sup>5</sup> Före 2008 hette SDF Södra Skärgården istället SDF Styrsö. I denna rapport används konsekvent namnet SDF Södra Skärgården.

var att den skulle bidra till ett lärande för inblandade aktörer under projektets gång och därmed skapa så goda förutsättningar som möjligt för samarbetet. Vidare var syftet med utvärderingen att beskriva och analysera samarbetet så att dokumentationen kunde utgöra ett av flera underlag för beslut om huruvida samarbetsorganisationen skulle permanentas efter januari 2009.

Inom ramarna för utvärderingsuppdraget har flera delstudier genomförts. Den delstudie som ligger till grund för analys och slutsatser i föreliggande rapport syftade till att undersöka 1) patienters och anhörigas upplevelser av hälso- och sjukvården samt omsorgen i Göteborgs södra skärgård 2) vårdgivarnas upplevelser av samarbetet dem emellan i den så kallade vårdprocessen samt 3) om, och i så fall på vilket

sätt, patienterna påverkats av Styröprojektet. Med patienten avsågs personer som både var inskrivna i SDF Södra Skärgårdens hemsjukvård och som erhöll vård från primärvården under år 2007.

De specifika frågeställningar som denna studie förväntades ge svar på var:

- Hur fungerar samarbetet mellan primärvården och kommunens hälso- och sjukvård samt omsorg?
- Hur anser patienter och anhöriga att en bra och trygg hälso- och sjukvård för svårt sjuka patienter bosatta i Göteborgs södra skärgård bör fungera och vara utformad?
- Vilka åtgärder skulle behöva vidtas för att förbättra vården och omsorgen om denna patientgrupp?



Styröprojektets ledningsgrupp har bestått av verksamhetschefen för social omsorg i SDF Södra Skärgården, stadsdelschefen samt primärvårdschefen för Västra Göteborg. Många fler har varit involverade i projektets utveckling.

Här ses från vänster Pia Skoglund (verksamhetschef social omsorg i SDF Södra Skärgården), Marie Johansson (enhetschef Styrö vårdcentral), Eva Hermansson Jellbin (primärvårdschef västra Göteborg), Anna-Karin Dahl (enhetschef hemsjukvård/rehab i SDF Södra Skärgården), Theresa Larsen (utvärderare av Styröprojektet, verksam vid FoU i Väst/GR) samt Ann-Christine Alkner-Dahl (stadsdelschef SDF Södra Skärgården). Foto: Pia Schmidtbauer

Den förväntade vinsten med studien var att kunna identifiera förbättringsområden i vårdprocessen för att kunna erbjuda en effektivare, tryggare och säkrare hälso- och sjukvård samt omsorg ur både patienters och vårdgivares synvinkel i Göteborgs södra skärgård. Resultaten från studien skulle bidra med kunskap om vad som kan göras för att uppnå ökad kvalitet, säkerhet, trygghet och effektivitet i hälso- och sjukvården samt omsorgen om patienterna, särskilt i form av förbättrat samarbete mellan kommun - primärvård samt mellan olika professioner i kommunen respektive landstinget.

## Disposition

Rapporten är upplagd på följande sätt: i kapitel två beskrivs och problematiseras hemsjukvårdens och primärvårdens organisering kring äldre, svårt sjuka individer. I kapitel tre redovisas genomförandet av den studie som ligger till grund för slutsatserna i rapporten. I kapitel fyra ges en mer utförlig beskrivning av bakgrunden till samarbetsprojektet i Södra Skärgården. En presentation av Södra Skärgårdens speciella geografiska förutsättningar samt hur hälso- och sjukvården samt omsorgen är organiserad i området ges också. I kapitel fem till sju presenteras resultaten från studien. I kapitel fem ges en beskrivning av den studerade gruppen hemsjukvårdspatienter, deras vårdkonsumtion, läkemedelskonsumtion och hälsoproblem. I kapitel sex redovisas resultaten från intervjuer med patienter och anhöriga. I kapitel sju redovisas resultaten från intervjuer med vårdpersonal. Fokus ligger på deras tankar om hur hälso- och sjukvården i Södra Skärgården fungerar kring svårt sjuka äldre och hemsjukvårdspatienter. I rapportens sista kapitel analyseras resultaten och några summerande reflektioner och råd ges. ■

## 2. Hemsjukvården i Sverige

Hemsjukvård definieras enligt Socialstyrelsens termbank som hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid. I arbetsuppgifterna ingår ett brett spektrum av insatser, från enkla åtgärder som kan skötas av vårdbiträden på delegation från sjuksköterska till mer specifika omvårdnadsåtgärder och medicinska insatser som kräver sjuksköterskekompetens och även läkarmedverkan.

I samband med Ädelreformen 1992 tog kommunerna över ansvaret för hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna, med undantag av läkarinsatserna. Ungefär hälften av landets kommuner har dessutom successivt övertagit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende, däribland kommunerna i Västra Götalands län. Ansvaret omfattar även hjälpmedel och rehabilitering, så som insatser av sjukgymnast och arbetsterapeut. Läkarinsatser ingår däremot inte eftersom läkare inte kan anställas i primärkommunerna (Socialstyrelsen 2005 a, sidan 7).

Gränsdragningen mellan landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården är inte enhetlig i landet (SOU 2004:68). Det förekommer flera varianter på lokala överenskommelser om ansvarsfördelning, också inom ett och samma landsting. Olika lösningar har växt fram i olika landsdelar som ett resultat av bland annat skilda ekonomiska, politiska, demografiska och geografiska förutsättningar.

Trots att 16 år har gått sedan Ädelreformens införande pågår ständigt diskussioner på olika hierarkiska nivåer kring ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting (Carlström 2005).

### Olika nivåer av hemsjukvård

Hemsjukvård delas vanligtvis in i olika nivåer beroende på hur omfattade och avancerad vården är. I Göteborgs Stad används ett system med fyra olika nivåer ([www.balansen.goteborg.se](http://www.balansen.goteborg.se)):

Nivå 1. *Enklare hemsjukvård* – Ett specifikt omvårdnadsbehov av enklare innehåll. Litet behov av medicinsk kompetens. Kan utföras av hemtjänstpersonal med delegering att utföra sjukvårdande uppgift. Ansvarig sjuksköterska finns.

Nivå 2. *Allmän hemsjukvård* – Ett specifikt omvårdnadsbehov som kräver mer medicinsk kompetens. Regelbundna besök av sjuksköterska för uppföljning, bedömning och åtgärd.

Nivå 3. *Omfattande hemsjukvård* – Specifikt omvårdnadsbehov som kräver stor medicinsk kompetens. Sjuksköterskan åtgärdar, bedömer och följer upp omvårdnaden. Patienten har ofta ett behov av personal tre gånger eller fler per dygn. Ett vårdteam med olika yrkeskategorier kan behövas. Ansvarig läkare finns alltid.

Nivå 4. *Mycket omfattande hemsjukvård* – Ett specifikt omvårdnadsbehov dygnet runt, exempelvis palliativ vård. Ett vårdteam och täta läkarinsatser kan behövas.

En definition av specifik omvårdnad finns i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) *Omvårdnad inom hälso- och sjukvård*. Där anges att omvårdnad kan vara dels allmän, dels specifik. Allmän omvårdnad är oberoende av sjukdom och medicinsk behandling, medan specifik omvårdnad är relaterad till och kräver kunskap inte bara om människans normala funktioner utan också om den aktuella sjukdomen och dess behandling. Ibland används begreppen basal och avancerad hemsjukvård istället för allmän respektive specifik omvårdnad. Basal och avancerad hemsjukvård kan definieras lite olika på olika håll i landet. Ibland används även andra begrepp för att beteckna dessa vårdformer. Begreppen sjukhusansluten hemsjukvård, lasarettansluten hemsjukvård eller primärvårdsansluten hemsjukvård används synonymt med avancerad hemsjukvård medan begreppen primärvårdsansluten basal hemsjukvård och basal hemsjukvård enligt Ädel används synonymt med basal hemsjukvård (Sveriges Kommuner och Landsting 2002).

I flera av de kommuner som tagit över ansvaret för hemsjukvården finns vissa begränsningar avtalade i ansvarsövertagandet. I vissa kommuner tar kommunen inte över ansvaret för hemsjukvården förrän vårdbehoven överstiger ett visst antal veckor. I vissa kommuner vårdas inte heller barn under en viss ålder i hemsjukvården. Ytterligare andra kommuner har begränsningar i de rehabiliteringsinsatser som ges och erbjuder dessa enbart till personer över 65 år.

Vilka personalkategorier som finns anställda inom hemsjukvården skiljer sig åt mellan olika kommuner och landsting, och ibland även i olika områden inom en och samma kommun. I vissa kommuner arbetar både undersköterskor, kuratorer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor med olika specialiteter inom

hemsjukvården. På andra håll är de undersköterskor som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation av sjuksköterska istället anställda inom hemtjänsten. En del kommuner köper kurators- och arbetsterapitjänster från landstinget. Ibland finns särskilda hemsjukvårdsläkare tillgängliga inom verksamheten. Läkarna är dock aldrig anställda i kommunerna utan i primärvården/landstinget.

## Ökat behov av hemsjukvård

På senare år har antalet vårdplatser inom slutenvården minskat och vårdtiderna blivit kortare. Antalet platser på särskilda boenden i kommunerna har också blivit färre. Denna utveckling har medfört ett ökat behov av vårdinsatser i hemmet. Samtidigt pågår en förskjutning av innehållet i hemsjukvården så att allt mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser nu utförs i patientens eget hem eller i särskilt boende. Detta ställer krav på god tillgänglighet till läkare och sjuksköterskor dygnet runt. I en nyligen genomförd kartläggning av Socialstyrelsen (2008) konstateras att tillgången på kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal i hemsjukvården är begränsad och att patientsäkerheten därmed äventyras. En sjuksköterska kan till exempel i särskilt boende ansvara för upp till 400 patienter under jourtid.

Syftet med hemsjukvård är bland annat att patienter ska kunna välja att bo kvar hemma, trots behov av omfattande medicinska och omvårdande insatser. Om en patient kan vårdas hemma eller måste uppsöka sjukhus beror dock till stor del på vilken kompetens som finns inom hemsjukvården, om hälso- och sjukvårdsinsatserna kan erbjudas dygnet runt alla dagar i veckan samt tillgången till tekniska hjälpmedel och effektiv smärtlindring.

Granskningar av hemsjukvården som genomförts av Socialstyrelsen 2005 och 2008 visar att tillgängligheten till hälso- och sjukvård i hemmet är begränsad. Hembesök av läkare under jourtid sker många gånger endast för att konstatera dödsfall eller för att bedöma behov av eventuell tvångsvård för patienter med psy-

kiatriska sjukdomar. Även dagtid är möjligheten till hembesök av läkare ofta begränsad. I sju procent av landets kommuner kan hembesök av sjuksköterska dygnet runt inte erbjudas (Socialstyrelsen 2005 a, sidorna 8-9). Detta innebär att hemtjänstpersonal får ta ansvar för bedömningar kring hälso- och sjukvård i de fall då patienten själv inte kan avgöra vilka åtgärder som behövs.

I betänkandet från Äldrevårdsutredningen, *Sammanhållen hemvård* (SOU 2004:68), i den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (Socialdepartementet 1998) samt i den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2005 b) framhålls vikten av förbättringar avseende hemsjukvården, dels inom den kommunala hälso- och sjukvården samt omsorgen, dels i landstingets hälso- och sjukvård. Några av de brister som lyfts fram är kvalitetsbrister inom både de medicinska och omvårdande insatserna, otillräcklig läkarförsörjning samt oklarheter kring ansvarsgränser, personalrekrytering, kompetensutvecklingsfrågor samt personalens dimensionering. Samverkan mellan slutenvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård har också befunnits otillräcklig vilket leder till bristande helhetssyn på hemsjukvårdspatienternas hälsobesvär och livssituation i övrigt. ■

# 3. Studiens utformning och genomförande

I det här kapitlet beskrivs utvärderingsuppdraget samt metodologiska överväganden vid studiens genomförande. Dessutom diskuteras på vilket sätt studiens upplägg samt urval och bortfall av intervjupersoner kan ha påverkat studiens resultat och slutsatser.

## Involverade personer

Den övergripande utformningen av utvärderingen har skett i dialog mellan FoU i Väst/GR och uppdragsgivarna SDF Södra Skärgården samt primärvården centrum/väster i Göteborg. Micha Björck och Karin Falch, praktikanter på FoU i Väst/GR från Förvaltningshögskolan vid Göteborgs universitet, har bistått i insamling och analys av ekonomisk statistik samt tagit fram merparten av de tabeller och diagram som finns i rapporten. Theresa Larsen har planerat och genomfört övrig materialinsamling samt skrivit denna rapport. Fil dr Maria Tullberg, GRI vid Göteborgs universitet samt leg sjuksköterska Marianne Söderström, Fyrbodalinstitutet, har periodvis haft funktionen som bollplank åt Theresa under utvärderingsuppdraget. Studiens genomförande och resultat har vid upprepade tillfällen diskuterats och seminariebehandlats på FoU i Väst/GR. En ansökan om etikprövning av studien gjordes och ett positivt rådgivande yttrande erhöles från den regionala etikprövningsnämnden i Göteborg.

## Urval

Undersökningspopulationen utgjordes av patienter inskrivna i SDF Södra Skärgårdens hemsjukvård den 25 oktober 2007 och som även erhållit insatser från primärvården under perioden 061101-071031. En förteckning över samtliga patienter inskrivna i hemsjukvården med insats från sjuksköterska vid datumet för urvalet erhöles från hemsjukvården i stadsdelen. Totalt fanns 52 personer inskrivna i hemsjukvården vid urvalstillfället. Knappt 80 procent av dessa hade biståndsbeslut om hemtjänst i någon form. Bland de 52 patienterna drogs tio slumpvis att ingå i studien. För att få reda på om patienternas hälsotillstånd medgav att patienten kontaktades för en intervju eller om intervjuer istället måste ske via anhöriga, diskuterades respektive patient tillsammans med stadsdelens biståndsbedömare samt en sjuksköterska från hemsjukvården. Ingen av de utvalda personerna bedömdes vara olämplig att kontakta personligen.

Fem patienter avböjde att låta sig intervjuas. Tre av dem hade nyss blivit intervjuade av länsstyrelsens socialkonsulenter i en granskning av hemtjänsten i stadsdelen. De ville därför inte ställa upp på ytterligare intervjuer. De två andra patienterna ansåg sig vara för sjuka för att orka ställa upp på en intervju. En av dem avled bara någon vecka senare. En anhörig till en av patienterna som valts ut att ingå i studien var själv hemsjukvårdspatient och erbjöd sig självmant att ingå i studien, vilket medgavs. To-

talt kom därför sex patienter att ingå i studien. Medelåldern bland dem var 81 år. Hälften var män, hälften kvinnor. Två av dem bodde på Asperö, en på Donsö och tre på Styrso.

## Kartläggning av vårdkontakter

Studien genomfördes i två steg. I steg ett identifierades de vårdgivare och andra personer (exempelvis anhöriga, grannar och frivilligarbetare från exempelvis kyrka eller förening) som varit involverade i vården kring den enskilde hemsjukvårdspatienten under perioden 061101–071031. Identifieringen skedde via genomgång av hemsjukvårdens och primärvårdens patientjournaler för aktuella forskningspersoner (patienter), aktuella läkemedelslistor (ApoDos), via beslutsprotokoll från kommunens biståndsbedömare samt genom intervjuer med vårdgivare, patient och anhöriga. Information om diagnos(er), medicinering, behandlingsmetoder, omvårdnadsbehov samt vårdkonsumtion/kontakter med hälso- och sjukvården dokumenterades. Uppgifterna kodades för att enskilda personer inte skulle kunna identifieras. I steg två intervjuades patienterna samt de personer som varit involverade i vården kring den enskilde. Totalt genomfördes intervjuer med 36 personer (sex patienter, sju anhöriga, tre läkare, tre sjuksköterskor inom primärvården, åtta sjuksköterskor inom hemsjukvården, en sjukgymnast, en arbetsterapeut samt sju undersköterskor/vårdbiträden inom hemtjänsten).

Samtliga utvalda forskningspersoner (patienter) informerades om studien via någon av hemsjukvårdens sjuksköterskor i samband med hembesök eller besök på Styrso vårdcentral. Några dagar senare kontaktades patienten per telefon av utvärderare på FoU i Väst/GR för bokning av intervjutid. Både patienter och anhöriga hade möjligheten att välja om de ville bli intervjuade i hemmet eller på Styrso vårdcentral. Samtliga valde att låta sig intervjuas i hemmet.

Alla intervjuer med hälso- och sjukvårdper-

sonal förutom hemtjänstpersonal, skedde antingen per telefon eller på Styrso vårdcentral. Personal som redan intervjuats personligen i andra delar av utvärderingsuppdraget intervjuades per telefon, medan personliga intervjuer genomfördes med personer som inte tidigare intervjuats.

Hemtjänstpersonal intervjuades i grupp vid ett tillfälle. De hade endast i liten utsträckning varit involverade i samarbetsprojektet och hade endast små kunskaper om projektets innehåll och syfte. Istället för enskilda intervjuer, beslutades därför i samråd med ledningsgruppen för samarbetsprojektet att hålla en gruppintervju där personalen samtidigt informerades om projektet. Intervjun med hemtjänstpersonal skedde i oktober 2008 medan övriga intervjuer i studien genomfördes under perioden december 2007 – mars 2008.

## Information

Muntlig och skriftlig information (se bilaga 1) om studien gavs till patienter och anhöriga av sjuksköterska från hemsjukvården eller primärvården i samband med hembesök eller besök på Styrso vårdcentral. Muntlig information gavs även av forskare från FoU i Väst/GR vid intervjutillfället. Informationen innehöll uppgifter om den övergripande planen för studien, syftet med studien, att studien ingick som en del i utvärderingen av ett samarbetsprojekt mellan SDF Södra Skärgårdens hemsjukvård och primärvården på Styrso, de metoder som användes i studien, avidentifiering av personuppgifter, vem som är forskningshuvudman och kontaktperson, att deltagandet i studien var frivilligt och att forskningspersonen hade rätt att när som helst, utan att ange orsak, avbryta sin medverkan eller avstå från att besvara en intervjufråga utan att detta påverkade hans eller hennes fortsatta behandling och omhändertagande. I anslutning till intervjun gavs patienter och anhöriga dessutom möjlighet att ställa frågor om studien. Alla patienter fick skriva på ett medgivande att ingå i studien innan intervjun startade (se bilaga 2).



Muntlig och skriftlig information om studien gavs till vårdpersonal av deras respektive chefer innan studien startade. I samband med intervjun erhöll vårdpersonalen dessutom ytterligare information av forskare på FoU i Väst/GR. De gavs också möjligheten att ställa frågor.

Samtliga intervjuer utom en patientintervju bandades med tillåtelse från intervjupersonerna och skrevs ut ordagrant inför analysen. Eftersom det finns stora skillnader mellan tal- och skriftspråk, har vissa justeringar gjorts av de citat som redovisas i rapporten för att göra dem mer begripliga. Telefonintervjuerna tog i genomsnitt 20 minuter och övriga intervjuer drygt en timma att genomföra.

En frågeguide med övergripande frågor användes vid intervjuerna. Frågeguiden användes så till vida att alla frågeställningar skulle ha besvarats med de konkreta frågorna ställdes nödvändigtvis inte. Följdfrågor som inte ingick i frågeguiden ställdes dessutom i stor utsträckning. De huvudsakliga frågorna som ställdes till patienterna var:

- Hur upplever du den vård- och omsorg du får/har fått?
- Vad fungerar bra/mindre bra med hälso- och sjukvården i Södra Skärgården?
- Hur skulle du vilja att vården och omsorgen i Södra Skärgården fungerade?

De huvudsakliga frågor som ställdes till vårdpersonal och anhöriga var:

- Hur upplever du att vården och omsorgen kring NN fungerar?
- Hur fungerar samarbetet med andra vårdgivare/anhöriga?
- Vad anser du skulle behöva förändras för att ge NN och andra svårt sjuka patienter bosatta i Södra Skärgården ännu bättre vård och omsorg?

## Övrig materialinsamling

FoU i Väst/GR har fått ta del av en mängd dokument, nyckeltal och kvalitetsmått från SDF Södra Skärgården samt primärvården i väster/Styrsö. En förteckning över detta material finns i bilaga 4. En del av materialet har använts som källor till bakgrundsbeskrivningar i denna rapport och ligger även till grund för rapportens analys och slutsatser. ■

## 4. Hälsa- och sjukvården i Göteborgs södra skärgård

I det här kapitlet ges en beskrivning av de speciella geografiska och demografiska förutsättningar som råder i Södra Skärgården och som påverkar hälso- och sjukvårdens organisering i området. Därefter följer en redogörelse för bakgrunden till samarbetsprojektet. Slutligen ges en beskrivning av hemsjukvården/rehab, primärvården samt hemtjänsten i Södra Skärgården.

### Södra Skärgårdens demografi och geografi

Stadsdelen Södra Skärgården i Göteborgs Stad består av flera öar, varav sex är bebodda året runt: Asperö, Brännö, Donsö, Köpstadsö, Styrso och Vrångö. Till Södra Skärgården tar man sig med båt. De befolkningstätaste öarna, Donsö och Styrso, är förbundna med en bro.

År 2007 var antalet bofasta invånare 4 449 stycken (2 239 män och 2 210 kvinnor). Av dessa var 19,3 procent 65 år eller äldre. Motsvarande siffra för hela Göteborg var 14,6 procent. Personer 80 år eller äldre brukar ibland definieras som "äldre" äldre, och utgör en grupp med markant högre vårdkonsumtion samt vård- och omsorgsbehov än yngre åldersgrupper. Andelen personer 80 år eller äldre i Södra Skärgården var 5,8 procent år 2007, eller 258 personer. Motsvarande siffra för hela Göteborg var 4,9 procent.

Ur demografisk synvinkel skiljer sig invånarna Södra Skärgården också på en rad andra

punkter från invånare i Göteborg i genomsnitt. En majoritet av invånarna i Södra Skärgården bor i egen villa. Bostadsbeståndet i Södra Skärgården utgörs till drygt 95 procent av småhus. Motsvarande siffra för hela Göteborg är 21 procent. Andelen invånare med utländsk bakgrund är låg i stadsdelen. Sätter man index 100 för genomsnittet i Göteborg är index för Södra Skärgården 24,7 (Primärvården väster/Styrso 2007).

Socioekonomiskt har Södra Skärgården färre antal ogifta med barn än Göteborg (index 70,7 jämfört med Göteborg). Andelen arbetslösa och socialbidragstagare är också lägre än genomsnittet (index 45,4 respektive 43,1 jämfört med Göteborg). Ohälsotalet är något lägre i Södra Skärgården (31 dagar) jämfört med Göteborg (36,5 dagar). Utbildningsnivån i stadsdelen motsvarar den i Göteborg. Medelinkomstnivån är något högre i Södra Skärgården (index 105,8) jämfört med Göteborg.

Sammanfattningsvis talar flera faktorer för att den sociala problematiken är mindre i Södra Skärgården än i Göteborg i övrigt. Den höga andelen äldre samt stadsdelens geografi ställer dock speciella krav på utformningen av hälso- och sjukvården samt vården och omsorgen. Tiden det tar att förflytta sig mellan olika vårdtagares hem kan vara omfattande, särskilt i de fall som personal från hemtjänst, hemsjukvård/rehab samt primärvården måste resa mellan olika öar utan broförbindelse. Många äldre bor otillgängligt i stora, gamla

hus där bostaden inte sällan är fördelad på flera våningsplan, ibland med badrum endast i källarvåningen. Behovet av och kostnaden för bostadsanpassningar är därför ofta större än i övriga stadsdelar i Göteborg.

## Bakgrunden till samarbetsprojektet

I samband med Ädelreformens införande i Göteborgs kommun splittrades en tidigare sammanhållen organisation i Södra Skärgården, som hade bedrivit primärvård, vård på äldreboendet och omsorgen samt viss hemsjukvård. Vården på de särskilda boendena övergick till SDF Södra Skärgården, hemsjukvården organiserades av hemsjukvården i SDF Högsbo och primärvården var kvar inom landstinget/regionen. Stadsdelen anställde sjuksköterskor för att sköta de särskilda boendena. Inom båda organisationerna uppmärksammades snabbt att denna uppdelning i primärvård och kommunal vård många gånger innebar ett icke rationellt användande av personella resurser samtidigt som det var svårt för invånarna att förstå skillnaden mellan organisationerna. Man tvingades ofta hänvisa patienter till var-

andras verksamheter då patienten vänt sig till fel vårdgivare.

Med anledning av ovan beskrivna utveckling bestämde sig dåvarande enhetschefen för Styrso vårdcentral och stadsdelschefen i Södra Skärgården för ett samarbete över organisationsgränserna. Detta samarbete innebar att man såg uppdraget att bedriva primärvård, vård på särskilda boenden och hemsjukvård i Södra Skärgården som ett gemensamt uppdrag där båda organisationernas resurser skulle användas för invånarnas bästa. Som anställd inom hälso- och sjukvården i Södra Skärgården kunde man ha uppdrag i både primärvård och kommunal vård och omvänt. Initialt stämde man av att utbyte av tjänster inte missgynnade någon av organisationerna. För patienterna innebar förändringen att man bara behövde vända sig till ett ställe för att få den bedömning och den hjälp som det medicinska tillståndet krävde. För de anställda innebar förändringen att man inte behövde fundera över om en patient var primärvårdspatient eller hemsjukvårdspatient. På så vis minimerades behovet av diskussioner om gränssnitt mellan olika verksamheter. Samarbetsprojektet tilldelades Göteborgs Stads kvalitetspris 1997.

Bilar är inte tillåtna på öarna i Södra Skärgården. Befolkningen använder istället mopeder, eldrivna golfbilar eller cyklar. Foto: Pia Schmidtbauer



Från och med januari 2002 infördes ett nytt resursfördelningssystem för hemsjukvården i Göteborgs kommun. Det innebar att en egen enhet, hemsjukvården SDF Styrso bildades. Det nya resursfördelningssystemet medförde att tilldelningen av pengar till stadsdelen minskade. Modellen grundades på befolkningsantal och tog i sin dåvarande form inte hänsyn till öarnas geografiska situation med mycket tidsåtgång för båtresor. Stadsdelsnämnden begärde ekonomisk kompensation i form av en särskild så kallad ö-faktor, vilket de därefter beviljats sedan 2003.

## Byråkratiskt

Det blev också uppenbart att de rapporteringssystem för prestationer som hemsjukvårdsorganisationen använde inte var anpassad till den verksamhet man arbetade i. Det var helt enkelt svårt att se vilka prestationer som tillhörde vilken organisation. Eftersom resurserna följde prestationer och kostnaderna för vården räknades ut per prestation, var hemsjukvården inom SDF Styrso tvungna att se över hela sitt arbetssätt och anpassa det efter ersättningssystemet (SDF Styrso och primärvården Styrso, 2004). Ungefär samtidigt infördes även ett nytt ersättningssystem för primärvården i Göteborg vilket innebar kraftiga ekonomisk neddragning för Styrsos del. Primärvården blev då nödgad att avsluta en del tjänsteutbyten med

hemsjukvården. Konsekvensen av de nya resursfördelningsmodellerna blev två separata organisationer – primärvården respektive den kommunala sjukvården. Varje organisation tvingades noga bevaka vilka uppdrag som tillhörde den ena eller den andra verksamheten eftersom varken personella eller ekonomiska resurser räckte till att göra annat än det som föll innanför den egna organisationens verksamhetsområde. Med andra ord hade verksamheterna åter hamnat i det läge som existerade i början av 1990-talet före samarbetsprojektets start.

Både inom primärvården och inom den kommunala vården uppfattade man denna organisering som ett irrationellt utnyttjande av resurser. Modellen innebar exempelvis att två sjuksköterskor kunde åka på hembesök till samma ö – en från varje organisation till var sin patient. Båda sköterskorna fick sedan vänta på båten tillbaka. En sjuksköterska skulle ha klarat bägge hembesöken på samma tid och hunnit med samma båt.

Under 2003 inledde dåvarande enhetschefen för Styrso vårdcentral och stadsdelschefen i Södra Skärgården ånyo diskussioner om hur de skulle kunna återuppta ett samarbete för att utnyttja befintliga resurser på bästa sätt och eliminera byråkratiska hinder för en fungerande hälso- och sjukvård i området. I början av 2006 tecknades ett avtal mellan primärvården



Många äldre bor otillgängligt i stora hus med branta trappor.  
Foto: Theresa Larsen

och stadsdelen och samarbetsprojektet startade upp.

I början av projektet roterade i princip alla sjuksköterskor<sup>6</sup> anställda i stadsdelen och primärvården på Styrso mellan tjänstgöring på vårdcentralen, de särskilda boendena och hemsjukvården. Så småningom blev tjänsteutbytet mellan primärvården och kommunen mindre omfattande. Under 2008 var det endast en av sjuksköterskorna med sin basplacering i hemsjukvården som gick in och arbetade på vårdcentralen och tre av sjuksköterskorna med sin basplacering på vårdcentralen som gick in och arbetade i hemsjukvården eller på de särskilda boendena. Sjuksköterskorna med sin basplacering i de särskilda boendena liksom vårdcentralens BVC-sjuksköterskor och diabetessjuksköterska kom inte att arbeta i någon annan verksamhet mer än vid något enstaka tillfälle under hela projektperioden eftersom det ansågs svårt att kombinera dessa specialuppdrag med andra arbetsuppgifter. Majoriteten av sjuksköterskorna med sin basplacering inom hemsjukvården har dock regelbundet tjänstgjort helgtid på ett av de särskilda boendena i stadsdelen: Styrsohemmet.

Vårdcentralen samt alla sjuksköterskeexpeditioner är lokaliserade i samma byggnad på Styrso. Sjuksköterskorna utgår alltså från gemensamma lokaler oavsett vilken huvudman de är anställda hos. Alla sjuksköterskor fikar och lunchar ihop med övrig personal på vårdcentralen. Var annan arbetsplatsträff (APT) är gemensam för de kommunala sjuksköterskorna och vårdcentralens personal. De båda personalgrupperna har också gemensamma planeringsdagar och en del gemensamma utbildningar. Kontakterna mellan kommunens och primärvårdens sjuksköterskor är således omfattande och man har god inblick i respektive verksamhet och kännedom om varandras patienter.

## Hemsjukvården i SDF Södra Skärgården

I hemsjukvården i SDF Södra Skärgården arbetar legitimerade sjuksköterskor med olika vidareutbildningar samt sjukgymnast och arbetsterapeut. Hemsjukvårdens personal samarbetar med hemtjänsten, primärvården och de olika sjukhusen inom Göteborg. Det finns

Hemsjukvårdens och primärvårdens personal fikar och lunchar ihop. Foto: Pia Schmidtbauer



<sup>6</sup> I Hemsjukvården SDF Södra Skärgården fanns 8,7 årsarbetande sjuksköterskor anställda år 2006. Motsvarande siffra för primärvården på Styrso var 3,75 årsarbetande sjuksköterskor.

inga undersköterskor anställda inom hemsjukvården i stadsdelen.

Hemsjukvårdens sjuksköterskor kan under dagtid (måndag–fredag klockan 7:30–16:30) fråga och sätta upp tid för konsultation med behandlande läkare för hemsjukvårdspatienter. Detta gäller också patienterna själva och deras anhöriga. Är inte behandlande läkare på plats går det bra att fråga den som är i tjänst angående mer akuta problem. Hemsjukvårdens sjuksköterskor har också en bestämd rondtid på 30 minuter varannan vecka med läkarna på Styrso vårdcentral. Vid behov och i mån av tid gör läkarna hembesök hos hemsjukvårdspatienterna. På kvällar och nätter kan hemsjukvårdens sjuksköterskor konsultera läkare, först i Äldreomsorgsjouren fram till klockan 23 och därefter i Stadsjouren nattetid. Läkare från Stadsjouren kan inte göra hembesök i Södra Skärgården då transportfrågan inte är löst. Hembesök av läkare dagtid helger kan göras vid enstaka tillfällen, exempelvis vid oväntade dödsfall.

Förutom att arbeta inom hemsjukvården ansvarar sjuksköterskorna i stadsdelen dessutom för sjukvården inom äldreboendet och på gruppboenden för funktionshindrade. Rehabpersonal ansvarar för utprovning av hjälpmedel samt rehabiliterande behandling inom både särskilt och enskilt boende. Under jourtid ha tjänstgörande sjuksköterska inom hemsjukvården ansvar för både hemsjukvårdspatienter samt Styrsohemmets boende (40 personer) och funktionshinderbostäderna (cirka 26 personer). Det innebär ansvar för totalt ungefär 120–130 patienter. Jourtid för sjuksköterskor är helger från fredag klockan 13.00 till mån-

dag klockan 7.00 samt klockan 14.00–21.30 varje vanlig veckodag och alla nätter. Planerade besök görs dagtid och i viss mån kvällstid på vardagar och helger. Kvällar, nätter och helger lägger sjuksköterskorna merparten av sin arbetstid på att hantera oförutsedda händelser av akut karaktär.

Bemanningsituationen inom hemsjukvården/rehab har varit relativt stabil under de senaste åren. 2008 förstärktes bemanningen av arbetsterapeut från en person på deltid till två personer med en sammanlagd tjänstgöringsgrad på 1,4 årsarbetare. I verksamheten skedde också en bemanningsförstärkning avseende nattsjuksköterskor med ungefär en heltidstjänst 2007 och 2008 i jämförelse med tidigare år. Antalet sjuksköterskor dagtid inom hemsjukvården har dock minskat, från i genomsnitt 7,25 årsarbetare 2006 till 4,73 årsarbetare 2008, se tabell 4:1.



Hembesök måste anpassas till skärgårdsbåtarnas avgångstider. Tidtabeller är ett nödvändigt arbetsredskap. Här tar distriktssjuksköterska Åsa Genemo reda på när nästa båt går.  
Foto: Pia Schmidbauer

Tabell 4:1 Bemanningssituation i hemsjukvården/rehab i SDF Södra Skärgården. Åb = årsarbetare

|                | Åb 2005 | Åb 2006 | Åb 2007 | Åb 2008 |
|----------------|---------|---------|---------|---------|
| Arbetsterapeut | 0,90    | 0,83    | 0,75    | 1,40    |
| Sjukgymnast    | 0,57    | 0,59    | 0,57    | 0,41    |
| Sjuksköterska  | 6,93    | 7,25    | 6,83    | 4,73    |
| Sjuksköt natt  | 1,81    | 1,45    | 2,59    | 2,27    |
| Totalt         | 10,21   | 10,12   | 10,74   | 8,81    |

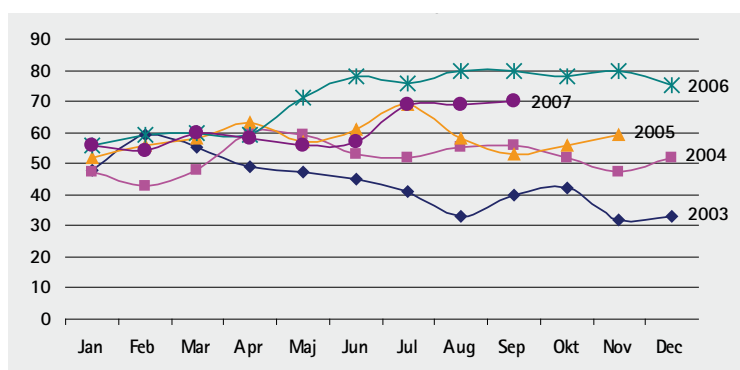
Enheten har tillgång till en bil som vid behov även används av primärvården. I de fall den inte är tillgänglig går eller cyklar personalen till patienten vid hembesök. För att ta sig till de patienter som bor på någon av de öar som saknar broförbindelse med Styrso, tar personalen båt enligt ordinarie tidtabell. Ett enda hembesök på exempelvis Asperö, Brännö eller Vrångö kan därför ta upp till fyra timmar beroende på väntetider för färjan tillbaka. För att minimera res- och väntetider försöker personalen i möj-

ligaste mån samordna olika aktiviteter, exempelvis boka in flera besök i anslutning till varandra. För att vinna tid skickas ibland hjälpmedel så som blöjor och toalettförhöjningsstolar med hemtjänstpersonal eller annan yrkeskategori som ska besöka patienten eller den ö där patienten är bosatt i ett annat ärende.

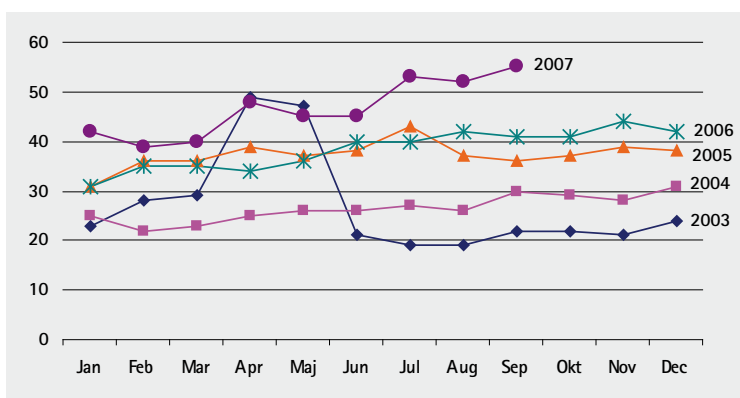
Antalet inskrivna patienter i hemsjukvården i Södra Skärgården ökade under åren 2003-2006 men minskade något under 2007, vilket kan utläsas av tabell 4:2.

Antal patienter inskrivna i hemsjukvården med insats av sjuksköterska ökade stadigt varje år från 2003-2007, se tabell 4:3. Vid tidpunkten då urvalet till patientstudien gjordes (25 oktober 2007) fanns totalt 52 patienter inskrivna i hemsjukvården med insatser av sjuksköterska. Medelåldern för patienterna med insats av sjuksköterska var 82 år i oktober 2007.

Tabell 4:2 Totalt antal inskrivna patienter i hemsjukvården med insats från antingen arbetsterapeut, sjukgymnast och/eller sjuksköterska januari 2003 – september 2007



Tabell 4:3 Antal inskrivna patienter i hemsjukvården med insats av sjuksköterska januari 2003- september 2007



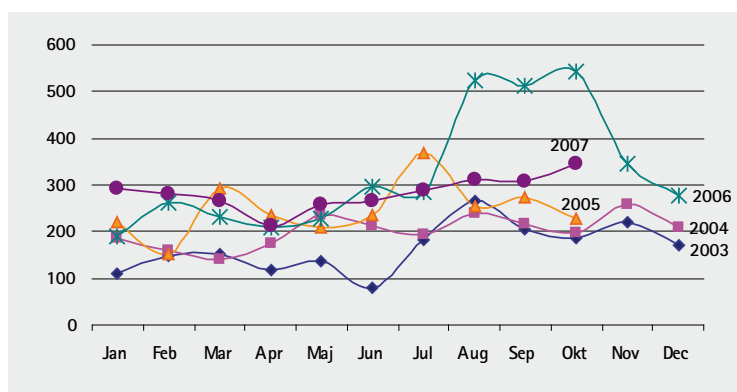
Det genomsnittliga antalet besök av hemsjukvården ökade kraftigt under perioden 2003-2006, från ungefär 200 besök per månad 2003 till 325 besök per månad 2006. Under 2007 låg det genomsnittliga antalet på drygt 280 besök per månad. Vårdtyngden har under 2003-2007 legat relativt stabilt. I tabell 4:4 redovisas det totala antalet hembesök inom hemsjukvården under 2003-oktober 2007.

Periodvis har det funnit tillfälliga toppar i arbetsbelastningen (exempelvis hösten 2006), vilket beror på en eller flera palliativa patienter med omfattande omsorgsbehov under en begränsad tid. Flest antal hembesök gjorde hemsjukvården hösten 2006, runt 550 per månad, mot i genomsnitt 250 besök räknat på hela perioden 2003-2007. Antalet inskrivna patienter i hemsjukvården har ökat under perioden 2003-2006 för att därefter minska något 2007, Se tabell 4:5. Observera att statistiken inte säger något om kvaliteten eller innehållet i

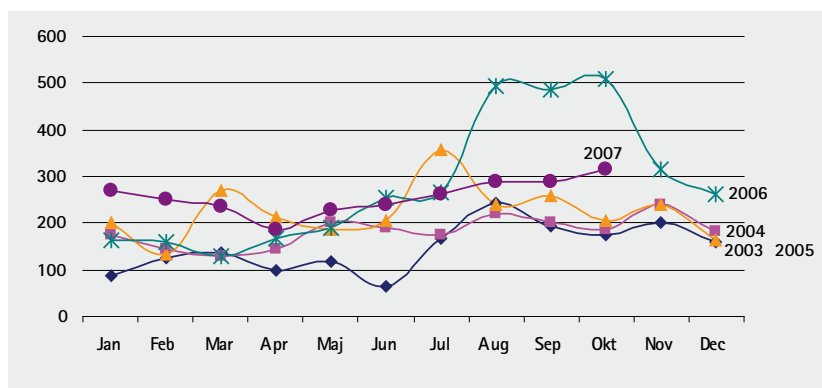
vården. Telefonsamtal eller administrativa åtgärder syns inte heller i statistiken.

I jämförelse med Göteborg har hemsjukvården i Södra Skärgården betydligt fler patienter med lätta omvårdnadsbehov och färre med behov av avancerad hemsjukvård. Skillnaden skulle kunna bero på olika sätt att klassificera vårdnivåer på. En annan förklaring är att långa resvägar gör att fler patienter i Södra Skärgården har problem att ta sig till vårdcentralen och därför har större behov av hemsjukvård än patienter bosatta i Göteborg. På grund av långa avstånd till sjukhus i Göteborg samt begränsade möjligheter att ge hemsjukvård dygnet runt på Asperö, Brännö, Köpstadsö och Vrångö är det dessutom svårare att ge avancerad hemsjukvård i Södra Skärgården än i Göteborg. I två tabeller (4:6 och 4:7) redovisas vårdnivåer för hemsjukvårdspatienter i Södra Skärgården respektive Göteborg.

Tabell 4:4 Totalt antal hembesök inom hemsjukvården av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast januari 2003 – september 2007

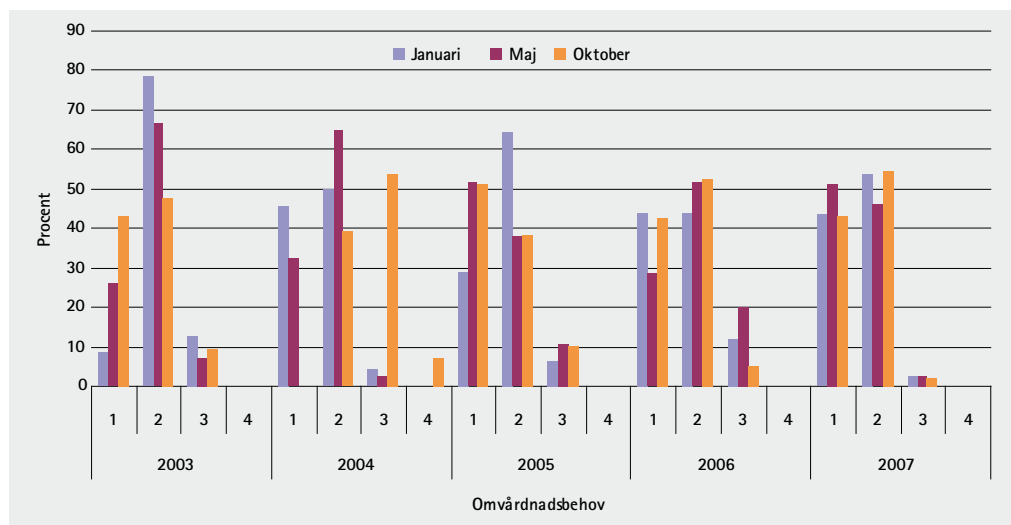


Tabell 4:5 Totalt antal hembesök inom hemsjukvården av sjuksköterska januari 2003 - oktober 2007





Tabell 4:6 Omvårdnadsbehov (vårdnivå) för patienter inskrivna i hemsjukvården i Södra Skärgården 2003-2007, procent



Tabell 4:7. Vårdnivåer för hemsjukvårdspatienter i Södra Skärgården samt Göteborg Stad som helhet 2007, procent

|            | Södra Skärgården 2007 | Göteborg 2007 |
|------------|-----------------------|---------------|
| Vårdnivå 1 | 46,7                  | 7,5           |
| Vårdnivå 2 | 50,4                  | 78,5          |
| Vårdnivå 3 | 2,7                   | 12,7          |
| Vårdnivå 4 | 0,2                   | 1,3           |

En av arbetsterapeutens arbetsuppgifter är att bistå i handläggningen av bostadsanpassningsärenden i Södra Skärgården. Antalet bostadsanpassningsärenden i Södra Skärgården ökade stadigt under perioden 2004–2007, från 40 ärenden 2004 till 67 ärenden 2007. Detta kan åtminstone delvis förklaras av att andelen äldre i stadsdelen ökade samt att allt fler äldre bor kvar hemma trots funktionshinder. Andelen beviljade ärenden i procent av inkomna ärenden har under perioden legat på mellan ungefär 40–55 procent. Under 2007 utreddes inte alla inkomna ärenden, bland annat för att handläggningstiderna drog ut på tiden. Det är svårt att få alla personer som behöver vara med på ett möte i den sökandes bostad att träffas tillsammans ute i Södra Skärgården. Tjänstemän som måste resa från Göteborg kommer ogärna ut för bara ett enda ärende utan väntar tills flera ärenden kan utredas på en och samma gång för att spara restid.

Statistik från den så kallade Balansen<sup>7</sup> i Göteborgs Stad visar att nöjd kundindex för hemsjukvården i jämförelse med de flesta andra verksamheter så som skola och äldreomsorg är mycket hög. I Södra Skärgården låg nöjd kundindex över genomsnittet för i Göteborgs Stad avseende hemsjukvård både 2006 och 2007, se tabell 4:8.

Tabell 4:8 Nöjd kundindex hemsjukvårdspatienter där 100 = helt nöjd och 0 = helt missnöjd (källa: www.balansen.goteborg.se)

|      | Södra Skärgården | Göteborg |
|------|------------------|----------|
| 2003 | 82               | 86       |
| 2004 | 81               | 88       |
| 2005 | 83               | 86       |
| 2006 | 93               | 85       |
| 2007 | 92               | 85       |

Under 2005 och 2006 var svarsfrekvensen mycket låg i Södra Skärgården för den enkät som låg till grund för kundindexet. Den besvarades då endast av 12–13 personer. 2007 svarade 25 personer vilket är ungefär hälften av alla hemsjukvårdspatienter inskrivna i hemsjukvården vid tillfället för mätningen. På grund av den låga svarsfrekvensen är siffrorna är därför svårtolkade och inte statistiskt säkraställda.

<sup>7</sup> Ett verktyg som används för att mäta och jämföra kvaliteten i olika verksamheter i Göteborgs Stad.

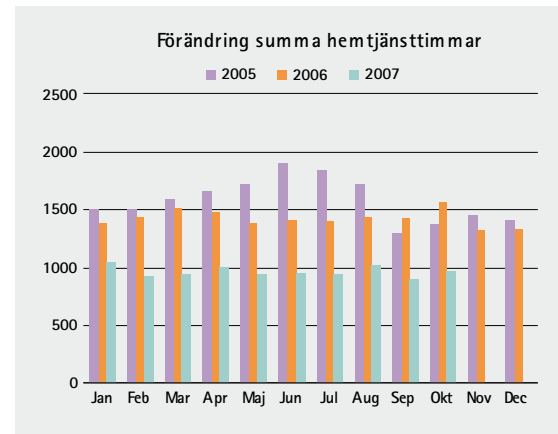
## Äldreomsorgen

I oktober 2007 genomförde Länsstyrelsen en granskning av äldreomsorgen i Södra Skärgården. Följande statistikuppgifter avseende äldreomsorgen i Södra Skärgården är hämtade ur Länsstyrelsens granskningsrapport (Länsstyrelsen 2007):

- 80 personer hade hemtjänst
- 38 personer bodde i särskilt boende
- 3 personer hade korttidsplats
- 31 personer hade trygghetslarm
- 9 personer hade matdistribution
- 1 person hade avlösning i hemmet
- 14 personer hade hemvårdsbidrag

Det totala antalet hemtjänsttimmar minskade under perioden 2005–2007, från nästan 2 000 timmar i juni 2005 till knappt 1 000 i oktober 2007, se tabell 4:9.

Tabell 4:9 Antal beviljade hemtjänsttimmar för vårdtagare i Södra Skärgården januari 2005 – oktober 2007



SDF Södra Skärgårdens äldreboende Styrsohemmet ligger naturskönt nära vårdcentralen. Foto: Pia Schmidtbauer

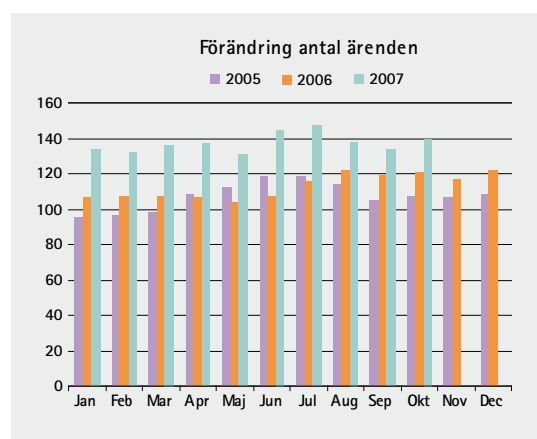


Under samma period har samtidigt antalet ärenden ökat, från drygt 90 ärenden i januari 2005 till drygt 140 i juli 2007. Se tabell 4:10.

Ärendetygden har alltså förändrats så att fler personer har färre hemtjänsttimmar. Särskilt andelen ärenden med mer än 15 timmars omsorg per vecka har minskat kraftigt. Som tabell 4:11 visar har ärenden med fler timmar i veckan minskat kraftigt.

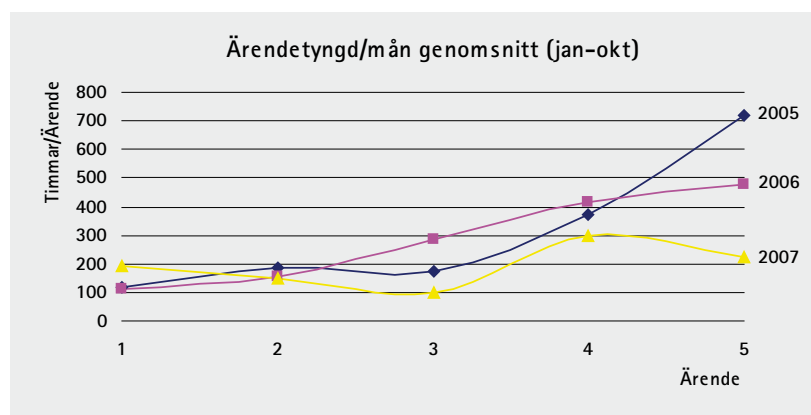
Nöjd kundindex för hemtjänsten i Södra Skärgården uppvisar högre siffror än genomsnittet i Göteborg. Samma sak gäller för Styrsohemmet, äldreboendet på Styrso, se tabell 4:12.

Tabell 4:10 Antal vårdtagare (ärenden) inom hemtjänsten i Södra Skärgården januari 2005 – oktober 2007



Tabell 4:11 Ärendetygden i genomsnitt inom hemtjänsten för perioden 2005-2007

Ärendetygd:  
 1 = 0–2,29 tim/vecka  
 2 = 2,30–6,29 tim/vecka  
 3 = 6,30–9,59 tim/vecka  
 4 = 10–14,59 tim/vecka  
 5 = 15 tim/vecka



Tabell 4:12 Nöjd kundindex för vårdtagare och anhöriga i äldreomsorgen 2003-2007 där 100 = helt nöjd och 0 = helt missnöjd.

|      | Hemtjänst Vårdtagare |     | Hemtjänst Anhörig |     | Äldreboende Vårdtagare |     | Äldreboende Anhörig |     |
|------|----------------------|-----|-------------------|-----|------------------------|-----|---------------------|-----|
|      | Styrso               | Gbg | Styrso            | Gbg | Styrso                 | Gbg | Styrso              | Gbg |
| 2003 | 82                   | 80  | 76                | 70  | 90                     | 74  | 80                  | 69  |
| 2004 | 86                   | 80  | 89                | 74  | 81                     | 75  | 81                  | 70  |
| 2005 | 84                   | 79  | 90                | 70  | 85                     | 74  | 80                  | 70  |
| 2006 | 87                   | 79  | –                 | –   | 86                     | 74  | 79                  | 71  |
| 2007 | 81                   | 79  | –                 | –   | 86                     | 72  | 74                  | 70  |

## Primärvården i Södra Skärgården

Vårdcentralen i Göteborgs södra skärgård finns på Styrso. Bemanningssituationen är god med en förhållandevis fast medarbetarstab (Primärvården väster/Styrso 2007). Antalet anställda på vårdcentralen är stort i relation till antalet heltidstjänster eftersom de flesta arbetar deltid. Under år 2007 fanns fyra distriktsläkare i tjänst samt en AT-läkare under sex månader och en ST-läkare under fyra månader. Av de fyra distriktsläkarna arbetade en med läkararbete 20 procent under större delen av året, en 50 procent till mitten av oktober, en 90 procent och en heltid. Under år 2007 fanns också fem sjuksköterskor anställda på vårdcentralen. Alla utom en av dem arbetade deltid. Tillsammans delade de på 3,75 heltidstjänster. På vårdcentralen fanns också en undersköterska, två läkarsekreterare, en psykolog, en sjukgymnast samt lokalvårdare. Av

läkarsekreterarna arbetade den ena 80 procent och den andra 60 procent. Psykologen tjänstgjorde två dagar per vecka och sjukgymnasten på halvtid.

Förutom mottagning på vårdcentralen står vårdcentralen för läkarinsatser på skolan, BVC och särskilt boende i Södra Skärgården. Sjuksköterskorna ingår i larmkedjan och rycker ut med sjuksköterske bilen vid larm av prioritetsgrad 1 och 2 under kontorstid, medan hemsjukvårdens sjuksköterskor har beredskapsjour kvällar, nätter och helger. Sjuksköterskorna anställda på vårdcentralen har även telefonrådgivning samt egen mottagning och ansvarsområden så som BVC, Fyss/FaR<sup>8</sup>, spirometri, KOL/astma eller diabetes.

Sedan 2006 erhåller Styrso vårdcentral en så kallad ö-peng vilket är ett extra anslag för att kompensera för merkostnader på grund av glesbygdsproblematiken i skärgården. Ö-pengen var 2 miljoner kronor år 2007 och utgjorde drygt 17 procent av den totala budgeten

Larm! Sjuksköterskan Camilla Storm rycker ut med sjuksköterske bilen. Foto: Pia Schmidbauer



<sup>8</sup> Fysisk aktivitet på recept

på 11,5 miljoner kronor. Ö-pengen har möjliggjort för vårdcentralen att utöka sin personalstyrka och erbjuda fler besök än tidigare, vilket kan utläsas av tabell 4:13.

Tabell 4:13 Prestationer på Styrso vårdcentral 2005-2007

|   | 2005 | 2006 | 2007  |
|---|------|------|-------|
| Antal läkarbesök inkl besök på särskilt boende, men exkl besök på BVC | 5251 | 5568 | 6083  |
| Psykologbesök   | 183  | 274  | 298   |
| Sjuksköterskebesök  | 2372 | 2499 | 2630  |
| Distriktssjuksköterska  | 654  | 39   | 379   |
| Läkarbesök BVC  | 226  | 195  | 188   |
| Sjuksköterska BVC   | 681  | 761  | 779   |
| Totalt  | 9367 | 9336 | 10357 |

Antalet hembesök från både läkare, distriktssjuksköterska och sjuksköterska har minskat under 2005-2007. Däremot har antalet hembesök av sjuksköterskor och distriktssjuksköterskor anställda inom kommunens hemsjukvården ökat i ungefär motsvarande omfattning.

De kvalitetsmätningar som gjorts avseende Styrso vårdcentral under 2005-2007 visar att patienterna överlag är mycket nöjda med primärvården i området. Mer än 90 procent av patienterna är nöjda med bemötande, medicinskt omhändertagande, delaktighet och information och 96 procent av patienterna kan tänka sig att söka vårdcentralen igen. Telefontillgängligheten är mycket god. Vårdcentralen kan alltid erbjuda akuttider till läkare. ■

# 5. Den studerade patientgruppen

I detta kapitel beskrivs den studerade gruppen patienter. Faktorer som diagnoser, läkemedelsbehandling, vårdkontakter samt insatser från hemtjänsten redovisas. Uppgifterna i kapitlet är huvudsakligen hämtade från hemsjukvårdens och primärvårdens journaler för de studerade patienterna men baseras också till viss del på de intervjuades utsagor.

## Hög medelålder

Personer inskrivna i hemsjukvård är bland de svårast sjuka och mest vårdbehövande patienterna i eget boende i landets kommuner. Medelåldern bland hemsjukvårdspatienter är hög – runt 80 år – även om personer i alla åldrar kan skrivas in i hemsjukvården. Barn med tumörsjukdomar är till exempel en patientgrupp som kan erhålla hemsjukvård. Den 25 oktober 2007 var medelåldern bland hemsjukvårdspatienterna i Södra Skärgården 82 år. Ingen av patienterna var yngre än 65 år. Bland de sex patienter som kom att ingå i studien var medelåldern 81 år, vilket alltså väl motsvarar medelåldern för samtliga hemsjukvårdspatienter.

## Insatser från hemtjänsten

Tre av de studerade patienterna hade omfattande hemtjänstinsatser, en enbart trygghetslarm. Dessa fyra hade dessutom stöd och hjälp av anhöriga i varierande utsträckning. Utan denna hjälp hade personerna sannolikt

behövt fler hemtjänsttimmar för att klara av sin dagliga livsföring. De två personer i studien som inte hade någon hemtjänst alls hade båda betydande hjälp från anhöriga med allt från personlig omvårdnad till matlagning, handling och skötsel av hemmet. Enligt egen utsago trodde dessa två att de sannolikt skulle ha behövt hjälp från hemtjänsten om de inte haft stöd från anhöriga.

## Många diagnoser

Personer inskrivna i hemsjukvård är ofta multisjuka, det vill säga de lider av många olika sjukdomar och besvär samtidigt. De sex patienter som ingick i studien hade i genomsnitt 5,3 aktuella diagnoser noterade i primärvårdens patientjournal den 25 oktober 2007. Fem av patienterna hade någon form av hjärtsjukdom så som hjärtsvikt, kärlkramp eller förmaksflimmer. Fyra av patienterna behandlades för högt blodtryck. Andra sjukdomar och besvär som minst två av patienterna led av var diabetes, prostatabesvär, sviter efter stroke, tumörsjukdomar, dyspepsi eller magsår, artros och grön starr. Tre av patienterna medicinerade med antidepressiva läkemedel av SSRI-typ, men notering av diagnos i journalen som motiverade behandlingen saknades för två av dem.

## Insatser från hemsjukvården

Enligt journalanteckningar och remisser till hemsjukvården var de huvudsakliga insatserna av hemsjukvården för den studerade patientgruppen kontroll av blodtryck och blodsocker, kateterbyte, omläggning av bensår, PK-prov<sup>9</sup> samt tillsyn. För två av patienterna var hemsjukvården ett alternativ till inneliggande sjukhusvård eller vistelse på äldreboende. Gemensamt för samtliga patienter var att de på grund av sjukdom och ålderssvaghet hade svårt att ta sig till vårdcentralen på Styrso eller vårdgivare i den utsträckning deras hälsotillstånd krävde. Majoriteten besökte dock vårdcentralen någon eller några gånger under perioden 061101-071031, oftast i samband med läkarbesök eller vissa provtagningar och undersökningar som inte kunde genomföras i hemmet. Däremellan erhöll patienterna hembesök av hemsjukvårdens och primärvårdens personal.

## Patientgruppens vårdkonsumtion förändrades

Generellt sett förändrades den studerade patientgruppens vårdkonsumtion under perioden före och efter inskrivning i hemsjukvården. Månaderna före inskrivning hade de flesta en mycket hög vårdkonsumtion i form av upprepade episoder av slutenvård, flera besök på Axessakuten, Östra sjukhusets eller Sahlgrenska Universitetssjukhus akutmottagningar samt täta akuta besök och telefonkontakter med sjuksköterska och läkare på Styrso vårdcentral. Fyra av patienterna hade månaderna före inskrivningen i hemsjukvården vid ett eller flera tillfällen transporterats med ambulanshelikopter eller ambulansbåt för vård i Göteborg. Majoriteten av patienternas anhöriga berättade också om hur de tvingats rycka ut akut helger, kvällar eller mitt i natten för att skjutsa sin närstående till Göteborg för vård då Styrso Vårdcentral varit stängd.

Efter inskrivning i hemsjukvården sjönk patienternas vårdkonsumtion kraftigt hos alla vårdgivare förutom hemsjukvården. Oftast var dock antalet kontakter med hemsjukvården *färre* än antalet vårdkontakter som patienten haft med andra vårdgivare månaden före inskrivningen, trots att deras hälsotillstånd sällan förändrades nämnvärt i positiv riktning. Framförallt ändrades dock karaktären på vårdkonsumtionen. Antalet slutenvårds-episoder och ambulanstransporter minskade för samtliga studerade patienter. Antalet besök på akutmottagningar i Göteborg sjönk till nära noll. Dessutom hade patienterna kontakt med betydligt färre olika vårdgivare och sjukvårdspersonal efter inskrivningen i hemsjukvården. Från att ha träffat flera olika läkare och specialistmottagningar hade patienterna efter inskrivningen huvudsakligen kontakt med en primärvårdsläkare och eventuellt en annan specialistläkare samt hemsjukvårdens sjuksköterskor.

Även patientens och anhörigas roll förändrades i och med inskrivningen i hemsjukvården. Före inskrivningen tvingades patienten och anhöriga utgöra länken mellan olika vårdgivare och samordna alla vårdkontakter. Efter inskrivningen i hemsjukvården minskade antalet vårdkontakter samtidigt som hemsjukvårdens sjuksköterskor övertog mycket av den samordnande roll som patienten eller anhöriga tidigare haft. Denna förändring beskrev alla patienter och anhöriga under intervjuerna som mycket positiv. Tid som ägnats åt oro, transporter, väntan och telefonsamtal kunde efter inskrivningen istället gå till vila, umgänge och andra hälsobringande aktiviteter.

Under perioden 061101-071031 hade patienterna i genomsnitt haft 72,3 kontakter med hemsjukvården och primärvården i Södra Skärgården (telefonsamtal, hembesök eller mottagningsbesök med exempelvis sjuksköterska, distriktssjuksköterska, diabetes-sjuksköterska, läkare, sjukgymnast, arbetste-

<sup>9</sup> Prov som tas för att kontrollera blodets levringsförmåga vid behandling av det blodförtunnande läkemedlet Waran.

rapeut, undersköterska och/eller psykolog). Några av kontakterna hade skett via anhöriga, men den absoluta majoriteten utgjordes av direktkontakt mellan vårdgivare och vårdtagare. Variationen på antalet kontakter i patientgruppen var dock stor, mellan 16 till 145 kontakter under mätperioden. Den patient som haft flest kontakter hade bara varit inskriven i hemsjukvården i ett halvår vid mättillfället. Det innebär att denna patient i genomsnitt hade en kontakt per dygn med hemsjukvården sedan inskrivningstillfället. Vissa patienter hade periodvis flera hembesök per dag av både läkare och sjuksköterska, medan andra bara hade något besök inbokat per månad samt ett fåtal telefonkontakter däremellan. Insatser av hemtjänsten ingår inte i mätningen då det varit svårt att få fram statistik över alla besök i denna verksamhet.

75 procent av alla kontakter med hemsjukvården och primärvården under mätperioden var planerade, vilket innebär att 25 procent av kontakterna var oplanerade eller akuta. Före inskrivningen var relationen den omvända, det vill säga merparten av kontakterna var akuta. Det handlade framförallt om läkarbesök på vårdcentralen, Axessakuten och andra akutmottagningar i Göteborg. Efter inskrivning i hemsjukvården utgjordes majoriteten av de oplanerade kontakterna av telefonkontakter med antingen hemsjukvårdens sjuksköterska eller primärvårdsläkare. Dessa frågor kunde vanligtvis avhjälpas direkt per telefon eller vänta tills nästa inbokade hemsjukvårdsbesök.

## Olika journalsystem

Utöver kontakterna med hemsjukvården, primärvården och hemtjänsten hade patienterna även haft kontakt med andra vårdgivare (exempelvis slutenvård, andra specialistläkare eller privata vårdgivare) i varierande utsträckning. Någon sammanställning av dessa vårdkontakter har dock inte skett. Det är mycket svårt att analysera och följa förloppet av olika kroniska hälsoproblem över tid för en enskild

patient eftersom patientens samlade vårdkonsumtion inte finns dokumenterad någonstans. Journalföringen i äldrevården är fragmenterad på olika vårdnivåer, specialiteter och yrkesgrupper. Problemet ökar givetvis med antalet sjukdomar och skador samt antalet behandlingsmetoder och vårdgivare. Enbart inom Styröprojektet används flera olika journalsystem. Hemsjukvårdens journaler kan inte nås från primärvårdens datorer. Däremot har hemsjukvårdens sjuksköterskor tillgång till både primärvårdens och hemsjukvårdens journaler från sina datorer. Dessvärre tar det flera minuter att logga in i respektive journalsystem och det går inte att vara inne i båda journalsystemen samtidigt.

Kartläggningen av patientgruppen under mätperioden utifrån journalanteckningar och intervjuer visar att i genomsnitt 14,1 olika personer varit involverade i den enskilde patientens vård. I denna siffra ingår anhöriga, personal anställd inom hemsjukvård, primärvård samt övriga regelbundna kontakter med andra vårdgivare (exempelvis läkare eller sjukgymnast vid privat klinik eller specialistmottagning). Däremot ingår inte hemtjänstpersonal (inklusive biståndsbedömare) eller sjukvårdspersonal inom slutenvården i mätningen eftersom statistik på detta område inte fanns att tillgå. Det totala antalet personer involverade i den enskilde patientens vård under mätperioden var i de flesta fall alltså betydligt högre än 14,1 personer. Viktigt att notera är dock att 4-5 personer vanligtvis står för den absoluta majoriteten av vårdkontakterna kring den enskilde patienten: oftast make/maka/dotter, en primärvårdsläkare samt 2-3 sjuksköterskor från hemsjukvården. Det är framförallt sommartid i samband med ordinarie personals semestrar som fler personer är involverade i patientens vård.





Foto: Theresa Larsen

## Patientgruppens läkemedelsbehandling

Den 25 oktober 2007 stod patienterna på i genomsnitt 11,5 läkemedel enligt uppgifter från ApoDaskort eller läkemedelslista i primärvårdens patientjournal. Flera av patienterna uppgav vid intervjuerna att de dessutom regelbundet medicinerade med receptfria läkemedel, exempelvis smärtstillande och laxermedel. Noteringar om receptfri medicinering fanns ibland i hemsjukvårdens journaler men saknades genomgående i primärvårdens journaler. Tre patienter berättade under intervjun att de inte alltid tog alla läkemedel enligt ordination, eftersom de upplevde besvärande biverkningar. Två patienter som inte hade dosexpicerade läkemedel uppgav att de stod på läkemedel ordinerade av annan specialistläkare än allmänläkaren på Styrso vårdcentral, men notering om dessa preparat saknades oftast i primärvårdens patientjournal.

Av patienternas ordinerade läkemedel var 10,3 läkemedel stående ordinationer medan 1,2 var ordinerade vid behov. Bland läkemedlen ingick tabletter och salvor samt preparat som inhaleras eller injiceras men inte hjälpmedel så som exempelvis teststickor för mätning av blodsocker eller pennkanyler för injicering av insulin. Antalet läkemedel kan jämföras med läkemedelskonsumtionen bland äldre i särskilt boende i Sverige som ligger på drygt 10 läkemedel per person (Socialstyrelsen 2004). Data från läkemedelsregistret 2007 visar att personer i Sverige som är 75 år eller äldre är ordinerade i genomsnitt 5,7 läkemedel per dygn. I tabell 5:1 på nästa sida redovisas patientgruppens vanligaste ordinerade läkemedel fördelat på läkemedelsgrupper.

Tabell 5:1 Vanligaste läkemedlen ordinerade till patientgruppen i studien fördelat på läkemedelsgrupper. Uppgifter hämtade från ApoDos-kort samt primärvårdens patientjournaler.

| Läkemedelsgrupp   | Antal patienter |
|---|-----------------|
| Diuretika (urindrivande)  | 5               |
| Medel vid ulcussjukdom/dyspepsi (magsår/halsbränna)                 | 5               |
| Laxermedel (medel mot förstoppning)                                 | 4               |
| Blodförtunnande medel   | 4               |
| Sömnmedel/lugnande medel  | 3               |
| Antidepressiva (SSRI)   | 3               |
| Vitaminer/mineraler   | 3               |
| Digitalispreparat (för behandling av hjärtsvikt och förmaksflimmer) | 3               |
| ACE-hämmare (vid behandling av hjärtsvikt och högt blodtryck)       | 3               |
| Perorala diabetesmedel (blodsockersänkande preparat i tablettform)  | 2               |
| Medel vid lipidrubbingar (blodfettssänkande)                        | 2               |
| Medel vid astma   | 2               |
| Opioider (starka smärtstillande preparat)                           | 2               |
| Medel vid glaukom (grön starr)                                      | 2               |

Det är ofta motiverat med en hög förskrivning av läkemedel till äldre personer eftersom sjukligheten bland dem är hög. Detta gäller inte minst patienter inskrivna i hemsjukvård. En hög läkemedelskonsumtion i sig behöver inte innebära något problem. Väsentligt är att patienten får rätt läkemedel i rätt dos vid rätt tillfälle på rätt sätt. Värt att påpeka är dock att så många läkemedel som 10 eller fler till äldre patienter sällan är bra då risken för biverkningar dels ökar med åren, dels med antalet förskrivna preparat. Individuella bedömningar måste dock göras från patient till patient. För en person kan det vara för mycket och fel med tre eller fyra läkemedel medan andra mår bra och är hjälpta av fler än 10 preparat (Larsen och Sennemark 2008, Sveriges Kommuner och Landsting 2007, Socialstyrelsen 2003). ■

## 6. Nöjda patienter och anhöriga

I detta kapitel redovisas resultaten från intervjuerna med patienter och anhöriga. Eftersom samtliga patienter var inskrivna i hemsjukvården kom intervjuerna att huvudsakligen kretsa kring deras upplevelser av hemsjukvården och inte hälso- och sjukvården i Södra Skärgården i stort.

### Hemsjukvård innebär trygghet

Samtliga intervjuade patienter och anhöriga uppgav under intervjuerna att de var mycket nöjda både med hemsjukvården och övrig hälso- och sjukvård i stadsdelen. Några sa spontant att de kände sig lyckligt lottade som bodde i Södra Skärgården eftersom läkarbemanningen på vårdcentralen där föreföll både stabil och god i förhållande till hur de hört att situationen ser ut på andra håll i Göteborg. Patienterna kände sig trygga och väl omhändertagna.

Anhöriga berättade att de hyser stor tillit till hemsjukvården. Inskrivningen av deras närstående i hemsjukvården innebar att de som anhöriga fick nödvändig avlastning och stöd. En anhörig berättade att han numera vågade ge sig ut på små fisketurer igen, vilket var hans stora hobby. Det gjorde att han bättre orkade stötta sin hustru när han väl fanns på plats i hemmet. Utan hemsjukvård, hemtjänst och trygghetslarm för hustrun trodde han att han själv skulle blivit sjuk av den arbetsbörda det kan innebära att vårda en nära anhörig i hemmet. De anhöriga beskrev hur deras stress- och

orosnivå sjönk avsevärt efter inskrivning i hemsjukvården, trots att patienterna mycket väl kunde vara lika sjuka efter inskrivning som före. Anhöriga behövde inte längre göra upprepade akututtryckningar till sina närstående för att hjälpa till med transporter till vårdcentralen på Styrso eller akutmottagningar i Göteborg. Flera anhöriga beskrev också att de inte längre hade pressen på sig att vara den som samordnar olika vårdinsatser.

Hemsjukvården är så förutseende. De hjälper till att hålla koll så att vi inte behöver jaga läkare eller komma ihåg när ett recept går ut.

anhörig till hemsjukvårdspatient på Styrso

Flera patienter beskrev hur inskrivningen i hemsjukvården lett till en förbättring av deras livskvalitet. De upplevde att hemsjukvårdens personal lyssnar till deras problem, tar det de säger på allvar och arbetar aktivt för att hjälpa dem på bästa möjliga sätt utan att försöka stjälp över ansvaret på någon annan personalkategori. Samtliga patienter och anhöriga ansåg att hemsjukvårdens personal visade dem genuin omtanke.

De ringer och kommer förbi och hälsar på ... det är så skönt, för de bryr sig verkligen ... de är som släktingar!

hemsjukvårdspatient på Styrso

Både patienter och anhöriga beskrev att hemsjukvårdens personal generellt sett har gott om tid vid hembesöken vilket gör att patienter och anhöriga slipper känna sig jäktade. Patienter-

na ansåg att de i lugn och ro kunde redogöra för sina besvär utan att riskera att glömma eller hoppa över viktig information på grund av tidspress. Patienterna beskrev hur de känner sig sedda som hela människor och inte bara som en diagnos, vilket ibland varit fallet vid akuta vårdkontakter i Göteborg. De båda intervjuade patienterna från Asperö berättade dock att besöken från hemsjukvården ibland kan vara något korta. Eftersom båtförbindelserna mellan Styrso och Asperö är relativt glea hinner sjuksköterskorna inte stanna länge om de har många hembesök att göra en viss dag. Enligt de intervjuade Asperöborna är sjuksköterskorna dock noga med att informera om hur länge de kan stanna vid ett hembesök. Är besökstiden kort vid ett tillfälle försöker sjuksköterskorna lägga mer tid vid nästa besök enligt de intervjuade.

En annan faktor som bidragit till höjd livskvalitet bland de intervjuade patienterna efter inskrivningen i hemsjukvården var enligt dem själva att de inte i samma utsträckning behövde oroa sig för långa restider in till Göteborg för att besöka en vårdgivare där. Både patienter och anhöriga fick lättare att planera sin vardag och få utrymme för andra aktiviteter.

De [hemsjukvårdens sjuksköterskor] kommer alltid när vi har bestämt, annars hör de av sig.

hemsjukvårdspatient på Asperö

Flera poängterade särskilt värdet av att slippa åka in till någon av akutmottagningarna i Göteborg. Alla de intervjuade patienterna och deras anhöriga berättade spontant om sina erfarenheter av besök på någon av dessa enheter och den oro och väntan som präglade besöken. Att uppsöka en akutmottagning kan vara ansträngande för alla, men för en patient bosatt i skärgården utgör de glea båtturerna ett särskilt orosmoment.

Har man fått vänta länge på akuten i stan så vet man inte när man kommer hem sedan. Sista båten kan ju ha gått, och vart ska man då ta vägen resten av natten?

hemsjukvårdspatient på Donsö

Flera påpekade att hemsjukvården ju går att

komma i kontakt med dygnet runt medan vårdcentralen bara är öppen dagtid på vardagar. Att slippa sitta i långa telefonköer till vårdgivare i Göteborg eller vänta på att bli uppringd av vårdcentralens sjuksköterskor upplevdes som positivt.

Vi har fått direktnummer till sjuksköterskan, så var hon än är kan vi få tag på henne. Jag kan ringa och be om hjälp när som helst. Det är helt fantastiskt.

hemsjukvårdspatient på Donsö

Patienterna upplevde att sjuksköterskan oftast hade god kännedom om deras hälsotillstånd och sjukdomssituation vilket gjort att de inte behöver redogöra för hela sin sjukhistorik i sina kontakter med henne. Flera patienter och anhöriga berättade att de kände sig tryggare med de bedömningar och råd som hemsjukvårdens sjuksköterskor gav än motsvarande samtal med sjukvårdsupplysningens sjuksköterskor som inte har samma personliga kännedom om deras problematik.

Två av de intervjuade patienterna var eller hade varit så svårt sjuka att de skulle behövt vårdas ineliggande på sjukhus om de inte fått motsvarande vård i hemmet av hemsjukvården. Att kunna få vård i bostaden istället för att ligga på sjukhus upplevde båda dessa patienter och deras anhöriga som en stor fördel. Att få vistas i sin invanda hemmiljö i närheten av nära och kära framhöll de intervjuade som positivt för tillfrisknandet.

Vetskapen om att den här hjälpen finns och att den fungerar så bra, det är en trygghet, också för oss anhöriga. Hemsjukvården har bidragit till att NN blivit så mycket bättre tror jag.

anhörig till patient på Styrso

Flera av de intervjuade patienterna led av hjärtsvikt och nedsatt immunförsvar. Dessa patienter betonade värdet av att slippa åka till vårdcentralen, en akutmottagning i Göteborg eller läggas in på sjukhus då de ansåg att riskerna att drabbas av en allvarlig infektion var mindre vid vård i hemmet.

Det är inte så mycket baciller i hemsjukvården. När jag låg på sjukhus fick jag både kräksjuka

och lunginflammation. Jag tror inte jag hade levt idag om jag inte fått hemsjukvård utan hamnat på sjukhus igen.

hemsjukvårdspatient på Styrso

Trots att endast en av de intervjuade patienterna förbättrades i sitt sjukdomstillstånd efter inskrivning i hemsjukvården påtalade samtliga patienter att deras totala vårdkonsumtion minskat efter inskrivningen. Även anhöriga intygade detta. En jämförelse av patienternas och de anhörigas utsagor med journaluppgifter visar att dessa påståenden inte helt stämmer överens med faktiska förhållanden. Kontakter med många olika vårdgivare har i princip ersatts av kontakter i samma omfattning med hemsjukvården. Eftersom kontakterna med hemsjukvården inte medför restider eller väntetider uppfattar både patienter och anhöriga det sannolikt som om de har färre vårdkontakter efter än före inskrivningen i hemsjukvården. De lägger helt enkelt mindre tid på vårdbesök.

Enligt patienter och anhöriga hade också vårdkonsumtionen ändrat karaktär. Detta påstående bekräftas även av journalanteckningarna. Före inskrivningen hade patienterna enligt egen och anhörigas utsago fler akuta, oplanerade kontakter med både läkare och sjuksköterska på Styrso vårdcentral samt akutsjukvård vid sjukhus i Göteborg. De hade också kontakt med många olika vårdgivare och specialistläkare. Enligt patienter och anhöriga kände de olika vårdgivarna inte alltid till patientens hela sjukdomssituation utan behandlade varje symtom och diagnos för sig. Detta skapade ofta frustration hos både patienter och anhöriga eftersom ingen såg till patientens samlade sjukdomsbild och sociala situation. Efter inskrivningen i hemsjukvården menade både patienter och anhöriga att vårdkontakterna blev mer planerade istället för akuta. Antalet vårdgivare kring patienten minskade också till att huvudsakligen utgöras av sjuksköterska i hemsjukvården, läkare inom primärvården samt eventuellt ytterligare en specialistläkare beroende på patientens besvär.

De fyra hemsjukvårdspatienter som också var beviljade hemtjänst berättade allihop att de efter inskrivning i hemsjukvården på eget initiativ hade färre hemtjänsttimmar än före. Patienterna och deras anhöriga berättade att de minskat på antalet hemtjänsttimmar bland annat för att de kände sig mindre oroliga, stressade och trötta och därför orkade utföra fler uppgifter själva.

Vi har inte så mycket hjälp nu. Vi känner inte att vi behöver besvara dem [hemtjänsten] med morgonen eller natten längre.

anhörig till hemsjukvårdspatient på Styrso

Andra skäl till att de hade färre hemtjänsttimmar var att eftersom de fick tillsyn och besök av hemsjukvården kunde de minska på tillsynen och besöken från hemtjänsten då de totalt sett fick ungefär lika mycket stöd som tidigare. Att hemsjukvården är gratis medan vårdtagarna får betala för bistånd från hemtjänsten hade enligt dem själva också betydelse för deras val att minska ner på hemtjänstinsatserna. En patient påpekade att hon visserligen uppskattade den hjälp hon får från hemtjänst och hemsjukvård men att hon helst skulle ha velat vara frisk och klara sig själv. Därför ville hon inte ha mer hjälp än vad som var absolut nödvändigt.

Det är bra när flickorna kommer, men det är lika bra när de går.

hemsjukvårdspatient på Styrso

En intressant iakttagelse i sammanhanget var att varken patienter eller anhöriga alltid var säkra på vem som gjorde hembesök. Var det personal från hemtjänsten, hemsjukvården eller primärvården? Samtidigt påpekade de att vem som kom hade mindre betydelse, huvudsaken var att någon kom som kände till deras besvär och kunde ge dem den hjälp de behövde.

## Förslag till förbättringar

Varje intervju avslutades med att den intervjuade fick redogöra för möjliga förbättringsområden avseende hälso- och sjukvården i Södra Skärgården utifrån sin egen synvinkel och behov. Den spontana reaktionen från samtliga patienter och anhöriga var att hälso- och sjukvården i Södra Skärgården redan fungerade så bra att några förändringar inte var nödvändiga. Istället uttryckte flera en oro för nedskärningar på servicen i området. Några undrade om utvärderingen och studien genomfördes för att identifiera möjliga besparingsåtgärder.

Jag är så nöjd, vet inte om något behöver förbättras. Jag vill bara ha kvar det som det fungerar idag.

hemsjukvårdspatient på Styrso

Flera patienter och anhöriga tyckte att den hjälp de fått från hemtjänst, hemsjukvård och vårdcentral var fantastisk. De kände sig privilegierade som bodde i ett land som kan erbjuda sina medborgare sådant stöd även för personer bosatta i svårtillgängliga skärgårdsområden. Istället för att ge förslag på förbättringsområden var flera av patienterna och deras anhöriga nogga med att framhålla att man inte ska klaga på eller förändra sådant som redan fungerar.

Man ska inte vara en sådan där som bara vill ha och ha, utan man får ta till egna resurser. Det man kan gör man själv och det man inte kan får man ta hjälp till. Och det har fungerat jättebra hittills! Vi har ju både grannar och fixaren.

hemsjukvårdspatient på Asperö

Flera av de intervjuade påpekade att de försökte lösa så många av sina omvårdnads- och

Den snabbgående ambulansbåten Hjärtrud servar både Göteborgs norra och södra skärgård. Här ligger hon i hemmahamnen på Öckerö. Foto: Theresa Larsen



hjälpbehov med stöd av släkt, grannar och vänner innan de vände sig till kommunen. Behovet av att känna att de klarade sig själva och inte låg samhället till last var stort bland de intervjuade. De förklarade själva detta behov med att de dels tillhörde en generation som inte varit lika van att ställa krav som yngre, dels att de levit sina liv i skärgården där man tvingats förlita sig mer på sin egen förmåga än samhällets.

## Ambulans

Efter en längre stunds samtal kring hälso- och sjukvårdens samt vård- och omsorgens kvalitet i Södra Skärgården uttryckte dock ett flertal av patienterna och deras anhöriga en viss oro för att ambulansvården möjligtvis hade försämrats i och med det nya upphandlingsavtalet 2007. Avtalet har bland annat medfört att det numera finns en ambulansbåt stationerad på Öckerö som servar både södra och norra skärgården. Eftersom norra skärgården har bilfärjor ansåg flera av de intervjuade att behovet av ambulansbåt var större i Södra Skärgården och att båten därför borde vara stationerad på Donsö eller Styrösö istället. Patienterna på Asperö påpekade också att hemsjukvården inte finns tillgänglig dygnet runt på alla öar i Södra Skärgården. För att hemsjukvården ska fungera på ett likvärdigt sätt för alla bosatta i stadsdelen borde de boende på Asperö, Köpstadsö, Brännö och Vrångö också ha tillgång till hembesök av sjuksköterska dygnet runt.

## Andra boendeformer

Flera patienter och anhöriga ansåg att det fanns ett stort behov av att bygga någon form av lägenhetsboende för äldre med närhet till sjukvård och service i stadsdelen, förslagsvis på Styrösö. Idag tvingas många äldre bo kvar i stora hus som de inte själva klarar av att underhålla. Det är svårt att hitta en alternativ boendeform för den som vill bo kvar i stadsdelen. Många äldre tvingas förlita sig på att barn och släkt i övrigt hjälper till med husreparationer. Andra tar av sitt sparkapital för att anlita hantverkare. Ytterligare andra tvingas se på hur de-

ras hus istället förfaller. Ett lägenhetsboende med närhet till sjukvård och service stod högt på flera av de intervjuades önskelista.

Ytterligare förbättringsåtgärder som framfördes av patienter och anhöriga var mer frekvent städhjälp från hemtjänsten samt större möjligheter till provtagningar och undersökningar i bostaden eller på Styrösö vårdcentral för att ytterligare minska behovet av vårdkontakter och resor till Göteborg. ■

# 7. Nödvändigt med samarbete mellan personalgrupper

I detta kapitel redovisas intervjuerna med hälso- och sjukvårdspersonal. En stor del av intervjuerna kretsade kring de för- och nackdelar som skärgårdens speciella geografi innebär för möjligheterna att bedriva en god hälso- och sjukvård i området.

## Geografin både för- och nackdel

Bland den intervjuade personalen fanns en samsyn kring hur hälso- och sjukvården fungerar i Göteborgs södra skärgård. Personalen ansåg generellt att de kan erbjuda patienterna en god och trygg vård, att tillgängligheten till hälso- och sjukvårdsinsatser är bra och att samarbetet mellan olika personalkategorier fungerar utmärkt. De känner sig oftast nöjda med den arbetsinsats de utför.

Det som fungerar bäst är väl den lilla ytan, en begränsad folkmängd och liten personalgrupp. Vi har god kännedom om det mesta.

sjuusköterska hemsjukvården

Av intervjuerna framkom tydligt att personalen anser att skärgårdsgeografin och demografin bidrar till att hälso- och sjukvården fungerar bra i området. Närheten och litenheten underlättar samverkan. Dessutom är kunskapen om patienterna god. Samtidigt utgör dessa förutsättningar också hinder som kräver speciella lösningar för att utnyttja befintliga resurser på bästa sätt.

Det är väl både på gott och ont, personalen känner till patienterna, och ibland kände de till dem

lite väl mycket. Det blir som familjemedlemmar. Och det är det ju inte alltid bra. Då är det svårt att hålla den professionella distansen.

sjuusköterska hemsjukvården

## Långa restider ett hinder

Att förflytta sig mellan olika öar i Södra Skärgården tar tid. Det gäller särskilt mellan de öar som inte är förbundna med bro: Asperö, Brännö, Köpstadsö och Vrångö. Detta påverkar hälso- och sjukvården på flera sätt. Det tar lång tid för hemsjukvård, primärvård och hemtjänst att utföra ett hembesök. De långa och ibland komplicerade resorna medför också att patienter som i Göteborg skulle kunnat ta sig till sin vårdcentral inte alltid klarar av detta i Södra Skärgården. Behoven av hembesök är alltså större i området samtidigt som hembesöken generellt sett tar längre tid att genomföra.

Södra Skärgårdens speciella geografiska förutsättningar påverkar inte bara tillgängligheten till hemsjukvård dygnet runt, utan också hälso- och sjukvårdspersonalens möjligheter att delta på vårdplaneringar inne i Göteborg.

Det är lite synd att vi inte kan vara med på alla vårdplaneringar ... på sjukhusen vet de inte alltid att vi inte kan ta oss till Asperö, Brännö eller Vrångö på kvällar och helger.

sjuusköterska i hemsjukvården

Både sjuusköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast påtalade värdet av att vara med på vårdplaneringar så att patienten får bästa möjliga hjälp och stöd från start på hemmaplan



efter en sjukhusvistelse. Tyvärr tillåter inte alltid logistiken att hälso- och sjukvårdspersonal från Södra Skärgården deltar. Restiderna är helt enkelt för långa. Stadsdelens biståndsbedömare rådgör med kommunens hälso- och sjukvårdspersonal före en vårdplanering, men detta upplevs inte alltid som tillräckligt av hemsjukvårdens sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast.

Flera av de intervjuade sjuksköterskorna redogjorde för exempel på situationer då patienter blivit utskrivna från sjukhus med omvårdnadsbehov och läkemedelsbehandlingar som kräver insatser från sjuksköterska alla dagar i veckan, något som bara kan erbjudas boende på Donsö och Styrso. Sena kvällar, helger och nätter finns bara en sjuksköterska i tjänst inom hemsjukvården i Södra Skärgården. Hon är då stationerad på Styrsohemmet. Denna sjuksköterska ska serva både de särskilda boendena samt samtliga hemsjukvårdspatienter med hälso- och sjukvårdsinsatser. I praktiken innebär det att sjuksköterskan inte kan göra hembesök vid andra tidpunkter än dagtid och tidiga kvällar på samtliga bebodda öar i området.

Om en patient på Vrångö får stopp i en kateter en lördagkväll måste patienten ta sig till akuten i Göteborg för att få hjälp. Det är en procedur på många timmar trots att själva spolningen av

katetern går på några minuter. Hade vi kunnat resa ut till patienten istället hade patienten kunnat få hjälp mycket snabbare.

sjuksköterska i hemsjukvården

Flera av de intervjuade sjuksköterskorna som tjänstgjort nattetid upplevde att det är svårt att räkna till då. De kunde ibland också känna sig ensamma i sin yrkesutövning eftersom de inte har någon sjuksköterskekollega att diskutera med på hemmaplan. Vid behov kan de kontakta sjukvårdsupplysningen och jourhavande läkare, men sjuksköterskorna berättade att de endast gör det i nödfall.

## Tätt samarbete mellan hemsjukvård och primärvård

En av de bärande idéerna med samarbetsprojektet på Styrso var att få till stånd ett tätt samarbete mellan hemsjukvård och primärvård för att utnyttja befintliga resurser på bästa möjliga sätt. Ett nära samarbete var dock ingen ny arbetsmetod i och med projektet.

Det har alltid varit naturligt för mig att primärvården och hemsjukvården arbetar ihop här i skärgården.

sjuksköterska i hemsjukvården

I och med projektstarten intensifierades och formaliserades dock samarbetet. Detta upp-

Hemsjukvårdens och primärvårdens personal känner varandra väl. Längst till höger sitter ST-läkare Rolf-Göran Åström. Foto: Pia Schmidtbauer



levdes särskilt viktigt av verksamheternas chefer. De ville att det fanns ett avtal som reglerade samarbetet och att arbetsmodellen var förankrad och godkänd på alla hierarkiska nivåer i organisationerna. Samarbetet kunde innebära att respektive verksamhet utförde både färre eller fler uppgifter än vad som egentligen ålagts dem i ursprungliga politiska styrdokument samtidigt som omfördelade arbetsuppgifter kunde påverka verksamheternas intäkter och utgifter.

Även om den ursprungliga målsättningen med samarbetsprojektet på Styrso var att utveckla samarbetet och utbytet mellan många olika aktörer som på olika sätt arbetar med hälso- och sjukvård i Södra Skärgården, kom samarbetsprojektet i praktiken att huvudsakligen beröra hemsjukvårdens och primärvårdens sjuksköterskor.

Vi doktorer har inte märkt av projektet så mycket. Det har ju mest varit en sjuksköterskefråga. Allt fungerar som tidigare.

läkare primärvården

## Samarbete med hemtjänsten

På andra håll i landet finns flera exempel på att hemsjukvården arbetar nära ihop med hemtjänsten, exempelvis genom att sitta i gemensamma lokaler eller arbeta i vårdteam. I Södra Skärgården finns en eller flera öansvariga sjuksköterskor knutna till respektive åretruntbebodd ö. De öansvariga sjuksköterskorna har sedan 2007 regelbundna möten med hemtjänstens personal, ungefär en gång per månad. Utöver detta sker den mesta kommunikationen mellan hemsjukvårdens och hemtjänstens personal via telefon.

Jag tycker alltid att vi har haft ett bra samarbete med hemtjänsten men på senare tid tycker jag det fungerat ännu bättre ... men det klart att det hade varit annorlunda om vi hade utgått från samma ställa på morgonen.

sjuksköterska hemsjukvården

Vissa sjuksköterskor i hemsjukvården ansåg att samarbetet med hemtjänsten skulle kunna utvecklas ännu mer.

I och med att det inte finns några undersköterskor i hemsjukvården borde vi arbeta ännu tätare ihop med hemtjänsten.

sjuksköterska i hemsjukvården

Eftersom både befolkningsunderlaget och antalet anställda inom hälso- och sjukvården i skärgården är litet har det enligt intervjuade chefer svårt att skapa permanenta team. Team sätts dock samman vid behov, exempelvis kring palliativa patienter. Olika lösningar arbetas fram från fall till fall utifrån patientens behov och tillgängliga resurser. Kring palliativa patienter med stort vårdbehov är samarbetet mellan hemsjukvård och hemtjänst ofta tätt och intensivt. Vissa insatser kräver exempelvis att en sjuksköterska från hemsjukvården samt en undersköterska eller ett vårdbiträde från hemtjänsten går gemensamt till en patient.

Att vara anhörig till en palliativ patient som vårdas i hemmet är ofta en svår och känslomässig ansträngande uppgift. Det är viktigt att både den palliative patienten och anhöriga får bra hjälp och stöd. Hälso- och sjukvårdspersonal samt hemtjänstpersonal i Södra Skärgården samarbetar ofta med vänner och grannar samt frivilliga från kyrkan, Röda korset och andra föreningar för att vården av palliativa patienter ska fungera så bra som möjligt och för att patienten ska slippa vara ensam sista tiden i livet. Om patienten inte har anhöriga som kan vara delaktiga i vården kan man ändå oftast lösa vården i hemmet på ett bra sätt menar den intervjuade personalen.

Både sjuksköterskor i hemsjukvården samt undersköterskor och vårdbiträden i hemtjänsten framhöll att förutsättningarna för palliativ vård i hemmet delvis skiljer sig åt beroende på vilken ö patienten är bosatt. På Donsö och Styrso finns bättre möjligheter till vård i livets slutskede eftersom sjuksköterskan där kan göra hembesök dygnet runt.

Patienter på Brännö inte har samma rätt att dö hemma som patienterna på Styrso-Donsö. Och det ska ju alla ha rätt till nu för tiden.

undersköterska i hemtjänsten

Flera sjuksköterskor och undersköterskor ansåg att palliativa patienter bosatta i Södra Skärgården inte alltid väljer att dö hemma eftersom de inte känner sig helt trygga med den vård som erbjuds då tillgängligheten till läkare och sjuksköterska dygnet runt är begränsad. Samtidigt upplevde personalen att det finns en acceptans för att vård inte finns tillgänglig dygnet runt på alla öar. Eftersom befolkningsunderlaget är så litet trodde den intervjuade hälso- och sjukvårdspersonalen att det skulle bli orimligt dyrt att tillhandahålla hemsjukvård dygnet runt överallt.

Vi har ju valt att bo här i skärgården och då kan man kanske inte kräva samma vård som på andra håll.

sjuksköterska i hemsjukvården

## Specialist eller generalist?

I § 2 Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) står att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård vilket bland annat innebär att vården ska vara av god kvalitet och att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Med andra ord ska vården inte bara vara lättillgänglig, vårdpersonalen måste också ha adekvat kompetens för det arbete de utför.

Grundkompetensen bland hälso- och sjukvårdspersonalen är generellt sett hög i Södra Skärgården och många har lång yrkeserfarenhet. I oktober 2007 var samtliga fyra ordinarie läkarna på vårdcentralen specialister i allmänmedicin. Merparten av sjuksköterskorna i hemsjukvården var utbildade distriktssjuksköterskor med forskrivningsrätt. Flera av sjuksköterskorna inom både hemsjukvård och primärvård hade dessutom genomgått utbildningar inom andra specialområden, så som ambulanssjukvård, diabetes, fetma, fysisk aktivitet på recept, KOL och/eller barnsjukvård. Bland hemtjänstens personal är utbildningsnivån dock lägre. Andelen anställda inom hemtjänsten med undersköterskekompetens var

54 procent i oktober 2007. Motsvarande siffra bland vårdpersonalen på Styrsohemmet var 88 procent.

På Styrso vårdcentral har personalen varit mån om att specialisera sig och ha eget ansvar för något område så som fysisk aktivitet på recept, KOL och spirometri<sup>10</sup>, fetma, diabetes med mera. När samarbetsprojektet inleddes fanns en oro bland sjuksköterskorna för minskade möjligheter att upprätthålla sin specialistkompetens samt bedriva mottagning inom sitt specialområde. Eftersom patientunderlaget i Södra Skärgården är litet är det svårare för vårdpersonalen att specialisera sig inom ett visst kompetensområde än i större, befolkningstätare upptagningsområden. Ju fler arbetsuppgifter vårdpersonalen har att utföra desto mindre blir möjligheterna till specialisering. Vårdpersonalen träffar helt enkelt för sällan patienter med vissa besvär och diagnoser. Detta är kanske särskilt påtagligt inom hemsjukvården, vilket flera av de intervjuade sjuksköterskorna också påtalade. Samtidigt som detta förhållande är en stor utmaning, är det just bredden i arbetet och behovet av generalistkunskaper som lockat flera av hemsjukvårdens sjuksköterskor att arbeta i just Södra Skärgården.

I hemsjukvården i Södra Skärgården får man använda alla sina kunskaper. Det är verkligen sjukvård.

sjuksköterska i hemsjukvården

Att arbeta inom hälso- och sjukvården i Södra Skärgården ställer dock inte enbart stora krav på personalens medicin- och omvårdningskunskaper. Att vara händig och påhittig samt duktig att hitta snabba, smidiga och okonventionella lösningar underlättar. Arbetsterapeut och sjukgymnast berättade att de ofta måste reparera och montera hjälpmedel själva.

Arbetsterapeuter i skärgården har fler arbetsuppgifter än i stan. I stan har man på de flesta ställen vaktmästare och assistenter som kör ut hjälpmedel och lagar bromsar, byter hjul och sådant.

arbetsterapeut

<sup>10</sup> Mätning av lungfunktionen hos exempelvis KOL- och astmapatienter.

## Förebyggande vård värdefull

Under intervjuerna framhöll många värdet av förebyggande arbete i syfte att förhindra akuta, komplicerade sjukdomstillstånd.

Tillsynsbesöken tycker jag oftast är de viktigaste för de förhindrar kanske ett besök på akuten, en inläggning.

sjuusköterska i hemsjukvården

Vissa funderade kring om fler patienter borde skrivas in i hemsjukvården. Bland den intervjuade hemtjänstpersonalen ansåg majoriteten att det hade underlättat deras arbete om alla vårdtagare med beslut om bistånd från hemtjänsten automatiskt skrevs in i hemsjukvården. Då skulle hemtjänstens personal kunna konsultera hemsjukvårdens sjuusköterskor dygnet runt i frågor som rör vårdtagarens hälsotillstånd. Även sjuusköterskor inom hemsjukvården och primärvården hade funderat över eventuella vinster med att skriva in patienter tidigare i hemsjukvården

Det finns en del primärvårdspatienter som ringer hit ofta, där vi kanske inte är så snabba på att fatta att de behöver mer hjälp. De behöver kanske komma in i hemsjukvården tidigare. När patienten väl blivit inskriven i hemsjukvården ringer de inte primärvården lika mycket längre.

sjuusköterska primärvården

Andra hävdade istället att det är viktigt att patienten klarar sig självständigt så länge som möjligt. Inskrivning i hemsjukvården kan leda till passivisering och isolering i hemmet.

Många patienter upplever det skönt att komma ut och träffa folk. När de har hemsjukvården kommer de inte ut lika mycket. Klarar de att ta sig hit, tror jag ändå att det är viktigt att de gör det.

läkare primärvården

Flera av de intervjuade påpekade att hemsjukvård inte alltid är det bästa vårdalternativet även av andra skäl. Vid vård av svårt sjuka patienter ställs ofta stora krav på anhörigas medverkan och det är inte alla som orkar vare sig fysiskt eller psykiskt. Hemsjukvårdens personal har inte samma möjligheter att vara när-

varande hos patienten som personal på sjukhus. Möjligheterna att använda avancerad medicinteknisk utrustning i hemmet är också begränsad.

Det finns bättre resurser på vårdcentralen, till exempel för provtagning.

läkare primärvården

## Förslag till utvecklingsområden

Vid intervjuerna framkom tydligt att vårdpersonalen ansåg att hälso- och sjukvården för de mest sjuka patienterna bosatta i Södra Skärgården oftast fungerar mycket väl. Det tätta samarbetet mellan hemsjukvård och primärvård upplevdes som både positivt och självklart. Att alla kommunens sjuusköterskor numera sitter samlade i lokaler i anslutning till Styrös vårdcentral har förstärkt och underlättat samarbetet.

På frågan om personalen kunde se att hälso- och sjukvården i Södra Skärgården kunde förbättras på någon punkt framkom dock ett antal förslag och problemområden som alla mer eller mindre hängde samman med områdets speciella geografiska förutsättningar. Det största problemet som personalen kunde se var att hemsjukvården inte var tillgänglig för alla hemsjukvårdspatienter dygnet runt på alla öar. I praktiken innebär det att en lättillgänglig vård inte kan erbjudas alla boende i området på lika villkor. Den intervjuade personalen framförde en rad förslag på hur tillgängligheten skulle kunna förbättras:

- låt två sjuusköterskor istället för en tjänstgöra nattetid
- samarbeta med någon annan verksamhet, exempelvis räddningstjänsten eller hemvårnet, kring transporter av sjuusköterskor till och från Asperö, Brännö, Köpstadö och Vrångö nattetid
- inför sovande jourtjänstgöring för sjuusköterskor på de öar som inte har broförbindelse

De långa restiderna medför också att det är både dyrt och svårt att få tillgång till medicin-

ska specialistkonsulter i Södra Skärgården. En del av kostnaden går åt till att betala specialistens restid. De intervjuade läkarna påpekade att det fanns ett behov av fler specialistkonsulter än de som var knutna till Styrso vårdcentral vid tidpunkten för intervjuerna. Exempelvis efterfrågades specialistkonsulter inom ortopedi och hud. Ett sätt att öka tillgången till specialistbedömningar skulle kunna vara att använda fler IT-baserade verktyg så som videokonferenser eller nätbaserade konsultationer. Flera bland den intervjuade hälso- och sjukvårdspersonalen redogjorde för exempel på hur sådana system framgångsrikt används på andra håll i landet vid bland annat bedömning av bensår.

## Gemensamt journalsystem

Ett annat problem som utgör hinder för ett friktionsfritt och patientorienterat samarbete är förekomsten av byråkratiska och administrativa hinder. En majoritet av de intervjuade var missnöjda med att hemsjukvården och primärvården använder olika journalsystem. Sommaren 2008 införde Göteborgs Stad ett nytt datasystem. Sedan dess är det inte längre möjligt för primärvårdens personal att gå in och läsa i hemsjukvårdens journaler via primärvårdens datorer, trots att de har behörighet att göra så. Istället måste de logga in på någon av hemsjukvårdens datorer. Detta system leder lätt till att vårdpersonalen missar viktig information om patienten. Patienten kan ha informerat hemsjukvårdens personal om något i sitt hälsotillstånd som sedan primärvårdens personal inte får reda på. Patienten förstår inte alltid att personalen tillhör två olika organisationer – vilket ju

är en av poängerna med samarbetsprojektet – och informerar därför inte alltid personal från båda verksamheterna. Viktig information står då bara att läsa i en av journalerna, men patienten tror att all vårdpersonal han eller hon kommer i kontakt med i Södra Skärgården har tillgång till samma information.

Eftersom hemsjukvårdens och primärvårdens personal är lokaliserad till samma byggnad fungerar den informella kommunikationen bra dem emellan. Det är lätt att utbyta ett par ord med varandra varför kunskapen om varandras gemensamma patienter överlag är god. Däremot upplever personalen bitvis att kommunikation via mer formella kanaler, som exempelvis ronder eller anteckningar i varandras kalendrar, inte fungerar helt optimalt. Trots att hemsjukvården och primärvården sitter i samma lokaler framförde flera av hemsjukvårdens sjuksköterskor att de önskade fler och tätare kontakter med läkarna angående hemsjukvårdspatienterna.

Vi vill ha mer tid då vi kan sitta ner och diskutera enskilda patienter med läkarna. Det räcker inte att skriva meddelanden i deras kalendrar eller haffa dem i korridoren eller fikarummet.

sjuksköterska hemsjukvården

Informella möten är värdefulla för ett fungerande samarbete, men formella möten behövs också. Här samtalar allmänläkare Karin Weber och vikarierande distrikts-sjuksköterska Erna Kjellberg under en gemensam fikarast. Foto: Pia Schmidbauer



Flera av hemsjukvårdens sjuksköterskor tyckte det hade varit bra om det funnits en speciell läkare med ansvar för just hemsjukvården, på samma sätt som det finns en läkare med särskilt ansvar för Styrsohemmet, BVC respektive skolhälsovården. Då hade det varit lättare att hålla gemensamma rondor.

## Rekryteringsproblem till deltidstjänster

De långa restiderna till och från Göteborg medför också att det är svårt för både kommunen och primärvården att anställa personal på vissa deltidstjänster. Det kan vara komplicerat att kombinera en deltidstjänst i Södra Skärgården med en annan deltidstjänst i Göteborg. För mycket tid går åt till resor mellan de olika arbetsplatserna. Samtidigt är patientunderlaget inte tillräckligt stort för att motivera anställning av exempelvis en arbetsterapeut, sjukgymnast eller psykolog på heltid inom primärvården. Vad gäller sjukgymnast har man löst detta smidigt genom att anställa samma person på 50 procent i hemsjukvården och 50 procent i primärvården. Samma slags lösning har inte kunnat göras avseende arbetsterapeut eftersom behovet av en arbetsterapeut inom primärvården hittills bedömts vara så litet. Arbetsterapeuterna har därför hittills inte ingått i samarbetsprojektet, något som arbetsterapeuterna skulle önska. Eftersom de är så ensamma i sin yrkesroll i Södra Skärgården är ett utbyte dem emellan särskilt stort.

Ett annat problem som påverkar svårt sjuka patienter i Södra Skärgården är att bostadsanpassningsärenden i Södra Skärgården kan ta betydligt längre tid att handlägga än i övriga staden. I många äldre villor krävs omfattande åtgärder för att bostaden ska fungera om en person blir svårt sjuk eller rörelsehindrad, till exempel efter en stroke. Ibland ska flera olika personer resa från Göteborg för att medverka i utredningen av ett bostadsanpassningsärende, exempelvis handläggare på fastighetskontoret, snickare, hissentreprenör och rörläggare. För att utnyttja sin tid så effektivt som möjligt

brukar fastighetskontorets handläggare vilja samla på sig ett antal ärenden till varje besök. Detta medför att väntetiderna blir långa. När sedan själva bostadsanpassningen ska genomföras måste hantverkarna oftast resa från Göteborg. Om de inte har med sig rätt verktyg och material från början hinner de inte tillbaka till stan för att hämta nya saker utan får boka en annan tid. Den intervjuade arbetsterapeuten menade att användningen av en digital kamera skulle underlätta arbetet. Då kan hantverkarna se bostaden redan innan de besökt den personligen och chansen är större att allt blir rätt från början.

## Tätare samarbete mellan hemtjänst och hemsjukvård

Flera sjuksköterskor inom hemsjukvården samt undersköterskor och vårdbiträden inom hemtjänsten framhöll att hälso- och sjukvården för svårt sjuka patienter i Södra Skärgården skulle kunna fungera ännu bättre och smidigare om samarbetet mellan hemtjänst och hemsjukvård intensifierades. Som tidigare nämnts bedömdes behovet av tätare samarbete vara särskilt stort kring palliativa patienter. Hemtjänstens personal ansåg att det hade varit bra om alla patienter som beviljas bistånd från hemtjänsten automatiskt också skrevs in i hemsjukvården. Då skulle både vårdtagarna och hemtjänstpersonalen kunna kontakta hemsjukvården dygnet runt för råd och stöd istället för att ringa sjukvårdsupplysningen eller vänta på att bli uppringda av primärvårdens sjuksköterskor. Vårdtagare med tillfälliga behov av sjukvård i hemmet skulle enligt hemtjänstpersonalen lättare kunna få sådan hjälp med ett sådant system. Därigenom skulle besök på akutmottagningar i Göteborg samt sjukhusinläggningar kunna minska. Hemtjänstpersonalen påtalade också att det ofta finns ett behov av att stötta en vårdtagare när denna behöver ta kontakt med sjukvården. Eftersom vårdcentralen på Styrso använder sig av telefonsystemet Tele Q där patienten blir uppringd av en sjuksköterska vid en bestämd, senare tid-

punkt, är det svårt för hemtjänstpersonalen att vara med vid ett sådant telefonsamtal. När sjuksköterskan på vårdcentralen ringer upp har hemtjänstpersonalen redan hunnit gå vidare till en annan vårdtagare. Hemtjänstens personal ansåg att deras arbete hade underlättats och vårdtagarnas trygghet ökat avsevärt om hemtjänstpersonalen haft tillgång till ett direktnummer till vårdcentralens sjuksköterskor. ■

## 8. Tillgänglighet, närhet och helhetssyn ger trygghet

I detta avslutande kapitel sammanfattas resultaten från studien. Särskild vikt ägnas åt att besvara de frågor som varit vägledande för studien i de fall de inte besvarats hittills i rapporten. Kapitlet avslutas med ett antal rekommendationer på utvecklingsåtgärder för att skapa en ännu bättre och tryggare hälso- och sjukvård i Södra Skärgården för de mest sjuka patienterna bosatta där.

### Väl fungerande och sammanhållen hälso- och sjukvård

Patienter i Södra Skärgården som både är inskrivna i hemsjukvården och har kontakt med primärvården är till övervägande del multistjuka äldre. Denna patientgrupp är i stort behov av kvalificerad vård i sitt närområde och vården bör vara tillgänglig dygnet runt veckans alla dagar. Omhändertagandet av denna patientgrupp behöver vara utformad så att den särskilt tar hänsyn till äldre personers sammansatta hälsoproblem över tid, såväl vid akuta som ickeakuta eller kroniska tillstånd. Dagens hälso- och sjukvård i Sverige är sällan anpassad efter denna patientgrupp, men hälso- och sjukvården i Södra Skärgården förmår till stora delar uppfylla målgruppens behov om en sammanhållen vård i närmiljön. Hemsjukvården och primärvården i Södra Skärgården fungerar som den dirigent eller samordnare Ulla Gurner och Mats Thorslund (2003) anser saknas i svensk äldrevård. Tack vare det täta

samarbetet mellan de båda verksamheterna skapas förutsättningar för en sammanhållen sjukvård som tar hänsyn till patientens hela sjukdomsbild och livssituation. Hälso- och sjukvården för hemsjukvårdspatienter i Södra Skärgården är flexibel och på de flesta punkter väl anpassad till patienternas och deras anhörigas behov och önskemål kring en god och trygg vård.

Hemsjukvårdens sjuksköterska utgör en viktig länk mellan patient och primärvårdsläkare. Eftersom hon träffar hemsjukvårdspatienten betydligt oftare än läkaren, har hon möjligheten att uppdatera patientens läkemedelslista när hon vet att patienten besökt andra läkare. Eftersom sjuksköterskan träffar patienten i hemmet har hon oftast också möjligheten att se vilka läkemedel patienten har hemma samt hur de förvaras och intas. Därmed minskar risken för läkemedelsrelaterade problem exempelvis orsakade av att patienten medicinerar med flera likvärdiga preparat förskrivna av olika läkare.

För patienter bosatta på Asperö, Brännö, Köpstadsö och Vrångö finns dock inte hälso- och sjukvården tillgänglig dygnet runt alla dagar i veckan. Endast hälso- och sjukvårdsuppgifter som kan utföras av undersköterska eller vårdbiträde kan ges alla tider på dygnet. Detta medför att möjligheterna att ge avancerade sjukvård i hemmet är begränsad på dessa öar. Alla bosatta i stadsdelen har därför inte samma möjligheter till kvalificerad vård i bostaden.



Samarbetet mellan både hemsjukvård och primärvård samt hemsjukvård och hemtjänst är tätt och väl fungerande i Södra Skärgården. Primärvården och hemsjukvården sitter i samma lokaler, har gemensamma APT och utvecklingsdagar. Kontakter mellan hemsjukvård och hemtjänst sker huvudsakligen per telefon och gemensamma möten hålls ungefär en gång i månaden. På de öar som inte är förbundna med bro, är behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser från hemtjänstpersonal extra stort då hemsjukvårdens sjuksköterskor inte kan ta sig dit nätter och helger. Ett ännu tätare samarbete mellan hemtjänst och hemsjukvård skulle därför kunna vara motiverat för att kunna erbjuda patienterna bästa möjliga vård.

I en finsk studie av samverkan mellan olika hälso- och sjukvårdsaktörer kring sköra äldres rehabilitering fann författarna att aktörernas inställning till samarbetet hade stor betydelse för rehabiliteringsprocessen (Olonqvist med flera, 2006). De aktörer som tog aktiv del i samarbetet och som var med och

byggde upp samverkansstrukturer uppnådde betydligt bättre resultat än de som bara utförde sitt arbete enligt en mall som andra bestämt. Författarna drog därför slutsatsen att enskilda aktörers motivation och delaktighet är avgörande för ett samarbetsprojekts framgång. Om samarbetsprojektet på Styrso ska fortsätta utvecklas och så småningom inkludera fler aktörer är det viktigt att dessa involveras på ett sådant sätt att de själva är med och bygger upp samverkansprocessen.

## **Patienter och anhöriga känner sig nöjda och trygga**

Resultaten från studien visar att både patienter och anhöriga känner sig lugnare, tryggare och mindre oroliga i och med inskrivningen i hemsjukvården. Hemsjukvården stärker patienternas och deras anhörigas egenvårdskapacitet och förebygger därmed onödiga och kostnadskrävande behandlingar, utredningar och sjukhusinläggningar. Lika intressanta är resultaten som visar att patienternas vårdkon-

Inskrivning i Södra Skärgårdens hemsjukvård innebär trygghet för både patienter och deras anhöriga. Foto: Pia Schmidtbauer



sumtion förändras – från akuta, dyra insatser, till planerade och billigare dito.

Dessa resultat är inte unika för samarbetsprojektet i Södra Skärgården. I en kanadensisk studie av ett nära samarbete mellan primärvårdsläkare och sjuksköterskor i hemsjukvården noterades att svårt sjuka äldre patienters hälso- och sjukvårdskonsumtion sjönk dramatiskt efter inskrivning i hemsjukvården (Mitton med flera 2007). Sex månader efter inskrivning i hemsjukvården hade antalet vård dagar på sjukhus sjunkit med 51 procent för den studerade gruppen. Antalet akuta primärvårdsbesök hade sjunkit med 32 procent och antalet sjukhusinläggningar med 25 procent. Sammantaget innebar det att hälso- och sjukvårdskostnaderna sjönk med 40 procent för den studerade gruppen. Stödet från primärvårdsläkaren och hemsjukvårdens sjuksköterska medförde att patienterna fick ökade kunskaper om sina sjukdomstillstånd och bättre egenvårdsförmåga. Detta ledde till att patienternas psykiska välbefinnande ökade trots att de inte förbättrades i sin grundsjukdom.

Liknande resultat noteras också i en amerikansk studie av äldre hemsjukvårdspatienter (Scott med flera, 2004). I studien fick 145 patienter träffa sin primärvårdsläkare i grupp en gång per månad med syfte att öka patienternas kunskaper om sina sjukdomstillstånd samt öka patienternas egenvårdskapacitet. I jämförelse med en kontrollgrupp som inte deltog i sådana gruppmöten, minskade interventionsgruppens konsumtion av både sjukhusvård och akuta besök inom primärvården. Interventionsgruppen rapporterade förbättrad livskvalitet trots att deras hälsostatus eller funktion i övrigt inte förändrades.

## Patienter och anhöriga har inte märkt av Styrösprojektet

Samarbetsprojektet på Styrös förefaller varken ha påverkat vårdens kvalitet eller tillgänglighet. Det är enbart de sjuksköterskor som gått in och arbetat i en annan verksamhet än ”sin egen” som mer konkret märkt av projektet i

antingen positiv eller negativ riktning. Ingen av de intervjuade patienterna eller deras anhöriga hade noterat att någon omorganisation av hälso- och sjukvården gjorts i Södra Skärgården. Några undersköterskor och vårdbiträden från hemtjänsten påpekade dock under intervjun att de vid ett par tillfällen blivit förvånade över att någon av de sjuksköterskor som normalt tjänstgör på Styrös vårdcentral plötsligt tjänstgjorde inom hemsjukvården. Eftersom hemtjänstpersonalen fått mycket knapphändig eller ingen information alls om samarbetsprojektet visste de inte hur mycket den inhoppade sköterskan kände till om en viss vårdtagare, och valde därför ibland att avvakta med att ställa vissa frågor om patienten till dess att ordinarie sjuksköterska var i tjänst igen.

Studien visar att hemsjukvårdens patienter och deras anhöriga är nöjda med hälso- och sjukvården i sitt närområde. Hur övriga bosatta i Södra Skärgården upplever hälso- och sjukvården vet vi däremot mindre om. Av intervjuerna med hemsjukvårdspatienter och deras anhöriga framkom att de upplevt tiden strax före inskrivningen i hemsjukvården som mycket frustrerande och orolig. Den vård patienterna då erhöll var splittrad på många olika vårdgivare som inte sällan saknade samsyn eller såg till patientens samlade sjukdomsbild.

Vid ett givet tillfälle är cirka 60 individer bosatta i Södra Skärgården inskrivna i hemsjukvården. Det motsvarar drygt en procent av alla invånare i stadsdelen och 5,8 procent av invånarna i åldrarna 65 år eller äldre. Den absoluta majoriteten av alla invånare i Södra Skärgården har alltså inte tillgång till hälso- och sjukvård dygnet runt veckans alla dagar i sitt närområde utan är hänvisade till Axessakuten eller någon akutmottagning vid Göteborgs sjukhus då Styrös vårdcentral är stängd. Det innebär att en liten andel av alla skärgårdsbor får tillgång till en vård som kanske betydligt fler skulle behöva. Det kan till exempel röra sig om barn, funktionshindrade eller äldre som tillfälligt blir sjuka och som på grund av skärgårdens geografi har svårt att orka ta sig till en vårdgivare i centrala Göteborg.

## Risk för övervältring av kostnader

Data från en kanadensisk och en amerikans studie av samverkansprojekt kring hemsjukvårdspatienter visar att svårt sjuka äldres hälso- och sjukvårdskostnaderna kan sjunka i samband med inskrivning i hemsjukvården (Mitton med flera 2007, Scott med flera 2004). Hjälp och stöd från hemsjukvården leder till att patienternas konsumtion av sjukhusvård och akuta läkarbesök minskar. Samtidigt innebär ju inskrivningen i hemsjukvården att patienternas konsumtion av hemsjukvård ökar. Det medför att kostnaderna för patienternas hälso- och sjukvård omfördelas mellan olika huvudmän, i det här fallet från landstingskommunal sjukhusvård och primärvård till kommunal hemsjukvård.

En svensk studie av vårdkostnader motsäger dock delvis ovan nämnda resultat (Andersson med flera, 2002). I studien fann författarna att den totala kostnaden för strokepatienters vård inte skilde sig åt mellan patienter som vårdades inlagda på en rehabiliteringsavdelning eller de som erhöll rehabilitering i hemmet. Kostnaden för sjukhusvården var högre för den första gruppen, medan kostnaderna för hemsjukvård och hemtjänst var högre för den senare. Totalt sett var kostnaderna ungefär lika oavsett hur eller var patienterna vårdades. Författarna drar därför slutsatsen att hemsjukvård inte nödvändigtvis leder till minskade hälso- och sjukvårdskostnader. Istället inträffar en omfördelning av kostnaderna från en huvudman till en annan. Värt att påpeka är att hemsjukvården i Anderssons studie inte samarbetade på något särskilt sätt med primärvården eller sjukhusvården. Huruvida resultaten från en studie av strokepatienter kan överföras till att också gälla andra hemsjukvårdspatienter är oklart. Fler studier av vårdkonsumtionen och hälso- och sjukvårdskostnader för svårt sjuka äldre i Sverige behöver göras för att kunna dra säkra slutsatser om eventuella samhällsekonomiska vinster av hemsjukvård och samverkan mellan primärvård och hemsjukvård.

Uppdelningen av det finansiella ansvaret för äldre vården på landstingen respektive primärkommunerna leder till ständiga gränsdragningsproblem med försök till övervältrande av kostnader och till ett förhandlande om ansvarsområden (Carlström 2005). Exempel på försök att hantera denna problematik är inrättandet av gemensamma nämnder och avtal om läkarmedverkan. I samarbetsprojektet i Södra Skärgården bedrivs vården av två huvudmän: kommunen och primärvården. Utan gemensam organisation finns en betydande risk att huvudmännen inte kan kontrollera styrningen och uppföljningen på ett sammanhållet sätt och inte heller har full kontroll över sina kostnader. För att undvika sådana problem krävs enligt Akner (2005):

- Att gränser mellan huvudmän överbryggs
- Sammanhållna vårdprocesser
- Tydliga förutsättningar
- Gemensam uppföljning av resultaten

Intäkterna för hemsjukvården i Södra Skärgården har legat på ungefär samma nivå under perioden 2005–2007 samtidigt som prestationerna ökat. Primärvården har under samma period fått kraftigt ökade anslag. Antalet besök på mottagningen har ökat för både läkare, psykolog och sjuksköterskor. Däremot har antalet hembesök minskat. En slutsats man kan dra av detta är att hemsjukvården idag gör en del av de arbetsuppgifter som primärvården tidigare utförde. Det skulle kunna innebära att en del av hälso- och sjukvårdskostnaderna för patienter bosatta i Södra Skärgården skjuts över från primärvården till kommunens hemsjukvård. Å andra sidan tjänstgör primärvårdens sjuksköterskor var femte helg inom hemsjukvården. Det talar för att hemsjukvårdens ökade arbetsinsats i form av fler hembesök kompenseras av primärvårdssjuksköterskornas helgtjänstgöring.

Samtidigt pekar resultaten av studien på att de totala samhällsekonomiska kostnaderna sannolikt sjunker för patienter som skrivs in i kommunens hemsjukvård, vilket talar för att fler patienter kanske borde ges möjlighet till

hemsjukvård. Frågan är i så fall om det är rimligt att kommunen ensam ska stå för kostnaderna för utökad hemsjukvården när regionen (landstinget) gynnas ekonomiskt av en sådan satsning?

## Förslag på förbättringsåtgärder

I intervjuerna med hemsjukvårdspatienter och deras anhöriga framträdde en bild av vad som kännetecknar en god hälso- och sjukvård samt omsorg för svårt sjuka patienter bosatta i Södra Skärgården. Denna bild kan sammanfattas i ett antal nyckelord: *närhet, tillgänglighet, självbestämmande, helhetssyn, kunskap, empati och förståelse*. Liknande bilder och nyckelbegrepp har även framkommit i andra studier av äldre patienters uppfattning om vad som är god hälso- och sjukvård (se exempelvis Karlsson 2006, Gurner och Thorslund 2003). Bilden som framträder är alltså inte unik för patienter bosatta i ett skärgårdsområde utan gäller sannolikt äldre patienter i hela landet. Lösningarna på hur sådan vård uppnås ser dock olika ut beroende på lokala förutsättningar.

Nedan följer en redogörelse för vad begreppen kan innebära i Göteborgs södra skärgård. Med begreppen som utgångspunkt förs ett resonemang om i vilken utsträckning en god hälso- och sjukvård samt omsorg erbjuds svårt sjuka patienter i Södra Skärgården. Avslutningsvis ges förslag på möjliga förbättringsåtgärder. Slutsatserna kring nyckelbegreppen baseras på de resultat som framkom i intervjuerna med patienter, anhöriga och sjukvårdspersonal.

### • *Närhet*

Närhet till hälso- och sjukvård i Södra Skärgården innebär enligt patienter och anhöriga att vården finns att tillgå i den egna stadsdelen, antingen i hemmet eller på Styrös vårdcentral beroende på om patienten kan ta sig till vårdcentralen eller inte. Den studerade patientgruppen och deras anhöriga vill i så stor

utsträckning som möjligt slippa åka in till Göteborg för vård. För patienter som är inskrivna i hemsjukvården och bosatta på Styrös eller Donsö är sådan vård redan till stor del verklig. För att samma vård ska kunna erbjudas även boende på Asperö, Brännö, Köpstadsö och Vrångö behöver tillgängligheten till sjuksköterska dygnet runt förbättras. Tillgången till hembesök av läkare är också begränsad på dessa öar efter kontorstid. Det ska dock påpekas att endast ett fåtal av hemsjukvårdspatienterna i Södra Skärgården har behov av omfattande eller mycket omfattande hemsjukvård. Däremot kan man fundera på om fler personer bosatta i Södra Skärgården borde få tillgång till sådan vård i sitt närområde som erbjuds hemsjukvårdspatienter, exempelvis småbarnsfamiljer, funktionshindrade och äldre som inte är inskrivna i hemsjukvården.

### • *Tillgänglighet*

Med tillgänglighet avses en hälso- och sjukvård som vid behov lätt går att komma i kontakt med oavsett tid på dygnet. Hemsjukvårdspatienter i Södra Skärgården har direktnummer till kommunens sjuksköterska och personer med bistånd från hemtjänsten har direktnummer till hemtjänstpersonalen på sin ö. Både hemtjänstpersonal och hemsjukvårdspersonal kan vid behov oftast göra hembesök med kort varsel. På Asperö, Brännö, Köpstadsö och Vrångö är dock möjligheterna begränsade, särskilt kvällar, nätter och helger. Möjligheten att under jourtid träffa läkare är också begränsade. Mätningar visar att telefontillgängligheten på Styrös vårdcentral är mycket god. Önskemål bland patienter, anhöriga och hemtjänstpersonal har dock framkommit om att omedelbart kunna komma i kontakt med en sjuksköterska på vårdcentralen istället för att bli uppringd senare. Det skulle underlätta för anhöriga och hemtjänstpersonal att bistå patienter vid telefonsamtal med vårdcentralen.

### • *Självbestämmande*

Självbestämmande innebär att patienten har möjligheten att vara med och påverka sin vård

och behandling, både vad gäller vårdens innehåll och var den ges. För hemsjukvårdspatienter bosatta på Styrso och Donsö i Södra Skärgården är möjligheterna till självbestämmande inom hälso- och sjukvården mycket goda. Patienter på Asperö, Brännö, Köpstadsö och Vrångö har inte riktigt samma förutsättningar till självbestämmande eftersom möjligheterna till hemsjukvård dygnet runt alla dagar i veckan på dessa öar är begränsade. På samma sätt som begreppet närhet kan man fundera på om fler personer bosatta i Södra Skärgården borde få tillgång till sådan vård i närområdet idag enbart erbjuds hemsjukvårdspatienter, exempelvis småbarnsfamiljer, funktionshindrade och äldre som inte är inskrivna i hemsjukvården.

#### • *Helhetssyn*

Helhetssyn betyder att det finns en läkare på patientens hemmaplan som tar ett helhetsansvar för samtliga medicinska insatser. Detta är kanske särskilt viktigt avseende patientens läkemedelsbehandling. Med helhetssyn avses också att hemsjukvårdens sjuksköterska utgör en förmedlande länk eller koordinator mellan olika vårdgivare, till exempel mellan hemtjänstpersonal, läkare och rehabiliteringspersonal. Vidare innebär helhetssyn att hänsyn tas till patientens samlade sjukdomsbild och sociala situation istället för att varje sjukdom och besvär behandlas separat. Hälso- och sjukvården i Södra Skärgården för hemsjukvårdspatienter präglas i mycket hög utsträckning av en sådan helhetssyn. Möjligtvis skulle kommunikationen mellan hemsjukvård/primärvård och slutenvården/specialistvård i Göteborg kunna förbättras, speciellt med syfte att samordna patienternas läkemedelsbehandling. Likaså skulle samarbetet mellan hemtjänst och hemsjukvård kunna förstärkas.

Skilda journalsystem kan utgöra ett hinder för helhetssyn på patienten. Ett gemensamt journalsystem för primärvården på Styrso och hemsjukvården i Södra Skärgården hade underlättat samarbete mellan parterna. Att hemsjukvården i Södra Skärgården och Styrso vårdcentral tillhör skilda organisationer med-

för i sig en risk för gränsdragningsproblematik och övervältringseffekter av kostnader. Dessa faktorer kan också utgöra ett hinder för en fungerande helhetssyn kring den enskilde patienten.

#### • *Kunskap*

Kunskap innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen har adekvat kompetens för det arbete de utför. Utbildningsnivån bland hälso- och sjukvårdspersonalen i Södra Skärgården är generellt hög och de flesta anställda har mångårig yrkeserfarenhet. Viktigt är att personalen har möjligheten att utveckla sin specialistkunskap för att kunna erbjuda kvalificerad hjälp inom olika områden. I samarbetsprojekt finns en risk för att personalen splittras på för många arbetsuppgifter, vilket minskar möjligheterna till specialisering.

Eftersom tillgängligheten till sjuksköterska och läkare är begränsad på vissa öar nätter, kvällar och helger är det viktigt att hemtjänstpersonalen har hög kompetens och kan utföra vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation. Då enbart hälften av hemtjänstpersonalen har en undersköterskeexamen skulle möjligtvis hälso- och sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet förbättras genom kompetenshöjande utbildningsinsatser till hemtjänstpersonalen i stadsdelen.

#### • *Empati och förståelse*

Med empati och förståelse menas att hälso- och sjukvårdspersonalen har förmågan att vara medveten om andra personers behov och känslor samt att handla med hänsyn till detta. Personalen måste ha ett professionellt förhållningssätt, bland annat genom att kunna hantera sina egna känslor och reaktioner. Det är inte minst viktigt i Södra Skärgården där många bland vårdpersonalen är bosatta i samma område som sina patienter och kanske har både släkt- och vänförhållanden till dem de vårdar. Av patient- och anhörigintervjuerna att döma har hälso- och sjukvårdspersonalen i Södra Skärgården en mycket högt utvecklad empatisk förmåga och professionalism. Patienterna

och deras anhöriga gav under intervjuerna uttryck för att de upplevde att de blev tagna på allvar. Inom ramarna för samarbetsprojektet har sjuksköterskorna dessutom fått handledning som bland annat haft som syfte att utveckla sin professionalism. Om en person utsätts för stor stress eller har en orimlig arbetsbörda kan den empatiska förmågan minska. För att behålla den goda hälso- och sjukvård som finns idag i Södra Skärgården är det därför viktigt att arbetsbelastningen hålls på en rimlig nivå och att personalen har tillräckligt med tid för varje patient.

## Slutord

På många sätt utgör hälso- och sjukvården i Göteborgs södra skärgård ett föredöme vad gäller omhändertagande av svårt sjuka äldre. Särskilt patienter inskrivna i den kommunala hemsjukvården erhåller en vård som präglas av närhet, tillgänglighet, självbestämmande, helhetssyn, kunskap, empati och förståelse – faktorer som kännetecknar en god hälso- och sjukvård. Den studie som redovisas i denna rapport talar för att de samhällsekonomiska kostnaderna är lägre för patienter inskrivna i kommunal hemsjukvård än för svårt sjuka äldre patienter som inte är det. Därutöver är vården bättre anpassad till svårt sjuka äldres ofta komplexa sjukdomsbild och behov. Inskrivning i hemsjukvården kan innebära ökat psykiskt välbefinnande för patienten samt avlastning och trygghet för anhöriga. Fler och större studier med jämförelse av journaldata för patienter före och efter inskrivning i hemsjukvård skulle dock behöva göras för att säkert kunna fastställa ett sådant samband.

Viktigt att påpeka är att det inte nödvändigtvis är hemsjukvården i sig som bidrar till denna effekt utan hur vården är organiserad. Det som är viktigt för patienter och anhöriga är att vården finns nära bostaden, att den är tillgänglig dygnet runt, att den har en helhetssyn på patienten samt att den präglas av hög kompetens, empati och förståelse som låter patienten påverka vårdens innehåll. En sådan

vård kan ges av hemsjukvården, men skulle också kunna ges av andra huvudmän, exempelvis av äldresjuksköterskor anställda inom primärvården. Det är också viktigt att påpeka att det inte heller är Styröprojektet i sig som gjort att hälso- och sjukvården för hemsjukvårdspatienter i Södra Skärgården fungerar så väl som den gör. Data talar för att samverkan mellan hemsjukvård och primärvård var minst lika god före projektet. Skillnaden mot tidigare består huvudsakligen i att samarbetet i och med projektet formaliserades och godkändes på politisk nivå.

Behoven av hälso- och sjukvård är i det närmaste oändliga. Det går alltid att göra lite mer, lite bättre för några till. Till syvende och sist handlar hälso- och sjukvårdens organisering därför om prioriteringar. Vad ska hälso- och sjukvård till svårt sjuka i geografiskt svårtillgängliga områden få kosta? Ska alla i Sverige ha tillgång till samma hälso- och sjukvård dygnet runt oavsett var i landet de bor? Detta är en fråga som måste avgöras politiskt. ■ ■ ■

# Referenser och bilagor

## Referenser

- Akner G (2005) *Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral*. Stockholm: Liber.
- Andersson A, Levin L A, Öberg B, Mårtensson L (2002) "Health care and social welfare costs in home-based and hospital-based rehabilitation after stroke". *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4):386-92.
- Anell A (2005) *Primärvård i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Carlström E (2005) *I skuggan av ädel – integrering i kommunal vård och omsorg*. Akademisk avhandling. Göteborg: Förvaltningshögskolan.
- Gurner U och Mats T (2003) *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)
- Karlsson C (2006) *Äldres upplevelser av rehabilitering i hemmet*. Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Larsen T och Sennemark E (2008) *Livslust, linfrön och Lasix – studiematerial kring äldres läkemedelsbehandling för kommunala sjuksköterskor*. Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Länsstyrelsen (2007) *Tillsynsrapport äldreomsorgen i SDF Styrso, Göteborgs Stad*.
- Mitton C, O'Neil D, Simpson L, Hoppins Y, Haracus S (2007) "Nurse-Physician collaborative Partnership: a rural model for the chronically ill". *Canadian Journal of Rural Medicine*, 12(4):208-16.
- Ollonqvist K, Grönlund R, Karppi S-L, Salmelainen U, Pokkeus L, Hinkka K (2007) "A network-based rehabilitation model for frail elderly people: development and assessment of a new model". *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2):253-261.
- Primärvården Styrso (2007) *Verksamhetsberättelse*.
- Scott J C, Conner D A, Venohr I, Gade G, McKenzie M, Kramer A M, Bryant L, Beck A (2004) "Effectiveness of a group outpatients visit model for chronically ill older health maintenance organization members: a 2-year randomized trial of the cooperative health care clinic". *Journal of American Geriatric Society*, 52(9):1463-70.
- SDF Styrso och primärvården Styrso (2004) *Samarbetsprojektet på Styrso*.
- Socialdepartementet (1998) *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Mål, inriktning och förslag till åtgärder. En kort version av regeringens proposition 1997/98:113*.
- Socialstyrelsen (2008) *Hemsjukvård i förändring – En kartläggning av hemsjukvården i Sverige*.
- Socialstyrelsen (2005 a) *Borta bra men hemma bäst? En nationell granskning av hemsjukvården i Sverige*.
- Socialstyrelsen (2005 b) *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport*.
- Socialstyrelsen (2004) *Läkemedelsbehandling inom äldrevården. Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn*.
- Socialstyrelsen (2003) *Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling*.
- Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) *Omvårdnad inom hälso- och sjukvård*.
- SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård. Betänkande från Äldrevårdsutredningen*.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2007) *SÄLMA 2007. Säker läkemedelsanvändning för en bättre livskvalitet hos äldre*.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2006) *Vad kostar hemsjukvården i kommunerna?*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Ett gemensamt ansvar*
- Sveriges Kommuner och Landsting (2002) *Kommunen kommer hem. Kartläggning av hemsjukvården i kommunerna*.
- Westlund P och Larsson E (2001) *Kommunens sjuksköterska – i Florence anda*. FoU i Kalmar.



## Bilaga 1

# Information om deltagande i forskningsstudie



Du får ta hem denna information för att tänka över och diskutera med anhöriga eller vänner innan du fattar ditt beslut om eventuellt deltagande i studien.

### *Studiens namn*

Patientens väg genom vården – en studie av samverkan mellan hemsjukvård, primärvård och hemtjänst i Göteborgs södra skärgård

### *Studiens finansiering*

Studien finansieras av SDF Styrso och primärvården centrum-väster i Göteborg.

### *Bakgrund och syfte*

FoU i Väst/GR har fått i uppdrag av SDF Styrso och primärvården i Södra Skärgården att utvärdera det så kallade "Styrsoprojektet", vilket är ett samarbetsprojekt mellan primärvården i Södra Skärgården och den kommunala hälso- och sjukvården i SDF Styrso. Syftet med projektet är att utveckla och stärka samverkan mellan olika vårdgivare. Målsättningen är att genom förbättrad samverkan kunna erbjuda invånarna i stadsdelen Styrso en trygg och säker hälso- och sjukvård samt att använda resurser effektivt och flexibelt utifrån invånarnas vårdbehov.

Som en del i utvärderingen genomför FoU i Väst/GR nu en studie av hur patienter upplever vården i Södra Skärgården och hur samverkan mellan olika vårdgivare fungerar.

### *Förfrågan om deltagande*

Målgruppen för studien är patienter som under år 2007 varit inskrivna i hemsjukvården samt erhållit vård inom primärvården (exempelvis av distriktssjuksköterska eller läkare på vårdcentralen). FoU i Väst/GR har gjort ett slumpmässigt urval bland dessa patienter för att välja ut personer att delta i studien. Du är en av dessa.

### *Hur går studien till?*

En forskare vid FoU i Väst/GR kommer att genomföra en intervju med dig och eventuell(a) anhörig(a), antingen i ditt hem, eller på Styrso vårdcentral. Plats och tid bestämmer du själv. Under intervjun kommer du få besvara frågor om hur du upplever den vård och omsorg du får/har fått från exempelvis hemsjukvård, hemtjänst och vårdcentral. Intervjun beräknas ta ungefär en timma.

Forskare vid FoU i Väst/GR kommer också att ta del av journaler och beslutsprotokoll om dig upprättade inom hemsjukvården, hemtjänsten (socialtjänsten) och primärvården. Syftet med genomgången är att kartlägga vilka personer och verksamheter som varit involverade i din vård och omsorg. Dessa personer kommer sedan att intervjuas om sin syn på den vård och omsorg du fått.

Studien är granskad och godkänd av forskningsetisk kommitté. De forskare som genomför studien har tystnadsplikt.

### ***Finns det några nackdelar med att delta i studien?***

Du får inga omedelbara förmåner av att delta i denna studie. Du kommer inte att få betalt för ditt deltagande.

### ***Finns det några fördelar med att delta i studien?***

Genom att delta i studien får du möjligheten att uttrycka din mening om den vård och omsorg du fått. På så vis får vi kännedom om sådant som du upplever har fungerat bra eller mindre bra. Dina synpunkter kommer sedan att ligga till grund för det förbättringsarbete som pågår inom hälso- och sjukvården i Södra Skärgården.

### ***Hantering av data och sekretess***

Intervjun med dig kommer att bandas och skrivas ut. Bandinspelningar och utskrifter kommer att förvaras på ett säkert sätt så att obehöriga inte har tillgång till dem. Information som vi får fram i studien kommer att läggas upp i dataregister. Avsikten med registret är att sammanställa studiedata på ett korrekt och säkert sätt. Resultaten från studien kommer att presenteras i text, tabeller och figurer där inga individer kan identifieras.

Enligt personuppgiftslagen (1998:204) har du rätt att ta del av de uppgifter som registreras om dig, varifrån dessa uppgifter har hämtats och till vilka kategorier av mottagare uppgifterna eventuellt har lämnats ut. Ett sådant utdrag har du rätt att få en gång/år utan kostnad. Du har rätt att begära att eventuella felaktiga uppgifter om dig ändras.

Ansvarig för dataregistret är FoU i Väst/GR, Box 5073, 402 22 Göteborg, telefon (växel) 031-335 50 53. Huvudansvarig för studien är Theresa Larsen, telefon (mobil) 0708-688519, e-post [theresa.larsen@grkom.se](mailto:theresa.larsen@grkom.se).

### ***Hur får jag information om studiens resultat?***

Studiens resultat kommer att publiceras i en forskningsrapport som du får möjligheten att ta del av.

### ***Frivillighet***

Deltagande i studien är frivilligt. Du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande utan särskild förklaring samt begära att den sparade informationen om dig förstörs. Du har också rätt att avstå från att besvara en eller flera av de frågor som ställs till dig under intervjun. Om du skulle avbryta ditt deltagande i studien kommer detta inte att påverka sedvanlig behandling och omhändertagande inom hemsjukvården, hemtjänsten, primärvården eller annan vårdgivare.

### ***Ansvariga***

Studien genomförs av Theresa Larsen, pol mag i offentlig förvaltning och utvärderare vid FoU i Väst/GR. Om du har frågor kring studien är du välkommen att kontakta henne på telefon, 0708-688519 eller via e-post, [theresa.larsen@grkom.se](mailto:theresa.larsen@grkom.se).

## Bilaga 2

# Information om patientstudie inom ramarna för utvärderingen av ”Styrsöprojektet”



FoU i Väst/GR har fått i uppdrag av SDF Styrsö och primärvården i Södra Skärgården att utvärdera det sk ”Styrsöprojektet”, vilket är ett samarbetsprojekt mellan primärvården i Södra Skärgården och den kommunala hälso- och sjukvården i SDF Styrsö. Syftet med projektet är att utveckla och stärka samverkan mellan olika vårdgivare. Målsättningen är att genom förbättrad samverkan kunna erbjuda invånarna i stadsdelen Styrsö en trygg och säker hälso- och sjukvård samt att använda resurser effektivt och flexibelt utifrån invånarnas vårdbehov.

Som en del i utvärderingen genomför FoU i Väst/GR nu en studie av hur patienter upplever vården i Södra Skärgården och hur samverkan mellan olika vårdgivare fungerar. Målgruppen för studien är patienter som i oktober 2007 var inskrivna i hemsjukvården och som även erhållit vård inom primärvården (exempelvis av distriktssjuksköterska eller läkare på vårdcentralen) under det senaste året. Studien är granskad och godkänd av forskningsetisk kommitté och de personer som genomför studien har tystnadsplikt

### *Hur går studien till?*

Jag, Theresa Larsen vid FoU i Väst/GR, är ansvarig för utvärderingen och patientstudien. Jag kommer att genomföra intervjuer med patienter och eventuella anhöriga. Jag kommer också att ta del av journaler och beslutsprotokoll om patienterna upprättade inom hemsjukvården, hemtjänsten (socialtjänsten) och primärvården. Syftet med genomgången av journaler är bland annat att kartlägga vilka personer och verksamheter som varit involverade i vården och omsorgen kring en viss patient. Dessa personer kommer sedan att intervjuas om sin syn på den vård och omsorg patienten fått.

En av de patienter som valts ut till studien är \_\_\_\_\_.

Enligt journalanteckningar har du varit involverad i hans/hennes vård under det senaste året. Jag skulle därför vilja samtala med dig och kommer att kontakta dig för att boka tid för en telefonintervju. Telefonintervjun beräknas ta ca 15 minuter. \_\_\_\_\_ har lämnat sitt samtycke till att jag intervjuar dig.

### *Hur får jag del av studiens resultat?*

Studiens resultat kommer att presenteras både muntligt och skriftligt till den personal som varit involverad i studien.

Om du har några frågor om studien, tveka inte att kontakta mig på telefon (mobil) 0708-688519 eller e-post, [theresa.larsen@grkom.se](mailto:theresa.larsen@grkom.se). Mer information om studien kan också lämnas av din chef.

Med vänliga hälsningar,  
Theresa Larsen

Bifogas: patientinformation, patientens samtycke

## Bilaga 3

# Samtyckesformulär

## för deltagande i studien:

*Patientens väg genom vården – en studie av samverkan mellan hemsjukvård, primärvård och hemtjänst i Göteborgs södra skärgård.*

Undertecknad har tagit del av skriftlig och muntlig forskningspersoninformation och har haft möjligheten att ställa kompletterande frågor. Samtycke lämnas till deltagande i studien, inklusive behandling av personuppgifter. Undertecknad samtycker till att ansvariga forskare på FoU i Väst/GR får ta del av journaler och beslutsdokument upprättade inom Göteborgs Stad och primärvården centrum-väster i Göteborg som rör mina personliga förhållanden. Samtycket inkluderar också att studiepersonal med tystnadsplikt får ta del av journaluppgifter för kontroll av data.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namn (forskningsperson)

\_\_\_\_\_  
Personnummer

\_\_\_\_\_  
Adress

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

\_\_\_\_\_  
Ombud/anhörig/vårdnadshavare (i de fall forskningspersonen är oförmögen att själv underteckna samtyckesformuläret eller är under 15 år)

\_\_\_\_\_  
Adress

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

## Bilaga 4

### *Förteckning över dokument som FoU i Väst/GR tagit del av:*

- Balanserade styrkort avseende hemsjukvård/rehab, äldreboendet samt hemtjänsten i SDF Styrso för åren 2004-2007.
- Befolkningsstatistik för SDF Södra Skärgården i Göteborgs stad. Hämtat från Göteborgsbladet, Göteborgs stadskansli.
- Budgethandlingar för SDF Styrso samt Styrso vårdcentral för åren 2005, 2006 och 2007.
- Fysisk och psykosocial arbetsmiljöenkät för hemsjukvården SDF Styrso samt Styrso vårdcentral för åren 2005, 2006 och 2007.
- Kristina Lundberg (2003) *Rapport avseende Styrso's Hemsjukvård*. Göteborgs Stad.
- Läkemedelsgenomgångar på Styrsohemmet 2005-2006.
- Lönestatistik avseende hemsjukvården/rehab, SDF Styrso samt Styrso vårdcentral för åren 2005, 2006 och 2007.
- MAS-rapporter för SDF Styrso avseende år 2005, 2006 och 2007.
- Medarbetarenkäter avseende hemsjukvården SDF Styrso för åren 2005, 2006 och 2007.
- MiniKUPP. Kvalitetsmätning avseende Styrso vårdcentral, resultatrapporter för åren 2005, 2006 och 2007.
- Prestationsmätt avseende hemsjukvård/rehab SDF Styrso samt Styrso vårdcentral för åren 2005, 2006 och 2007.
- Sammanställning över res- och väntetider, larm, matleveranser, sjukvårdsinsatser och övrigt för hemtjänstpersonal i SDF Styrso år 2006 och 2007.
- Slutrapport *Framtidens sjukvård i hemmet – ett utvecklingsprojekt i västra Göteborg*. Göteborgs Stad och Primärvården Göteborg.
- Slutrapport från handledningsuppdrag av sjuksköterskor 2008
- Statistik över antal inkomna respektive beviljade bostadsanpassningar i SDF Styrso för åren 2002-2007.
- Statistik över telefontillgänglighet via telefonsystemet TeleQ vid Styrso vårdcentral 2005, 2006 och 2007.
- Tillsynsrapport. Äldreomsorgen SDF Styrso 2007/2008. Länsstyrelsen i Västra Götalands Län.
- Verksamhetsberättelser för vårdcentralen Styrso för åren 2005, 2006 och 2007.
- Årsrapporter för SDF Styrso åren 2005-2007.
- Ärendetyngd för hemtjänsten, SDF Styrso avseende 2005, 2006 och 2007.





I Göteborgs södra skärgård leder inskrivning i hemsjukvården till ökad livskvalitet hos både patienter och deras anhöriga även om patienten inte förbättras i sitt sjukdomstillstånd. Patienterna och deras anhöriga menar att det beror på att det känner sig lugna och trygga med hemsjukvården.

Flera studier och utredningar har visat att hälso- och sjukvården inte är anpassad till de mest sjuka äldres behov. Samarbetet mellan olika vårdgivare är ofta bristfälligt. Den här rapporten belyser problem och lösningar som rör organisering av sjukvård för denna patientgrupp. En fallstudie av sex hemsjukvårdspatienter och deras anhöriga och involverad hälso- och sjukvårdspersonal ligger till grund för rapportens analys och slutsatser.

*Theresa Larsen*, är pol mag i offentlig förvaltning och projektledare vid FoU i Väst/GR. Hon har utvärderat samarbetsprojektet mellan hemsjukvården och primärvården i Göteborgs södra skärgård. Theresa har under ett flertal år studerat hälso- och sjukvårdsfrågor och samverkan mellan organisationer i offentlig sektor och publicerat ett flertal rapporter på området.



**FoU i väst GR**

**FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET**

Besök Gårdavägen 2 • Post Box 5073, 402 22 Göteborg • Tel 031-335 50 00  
Fax 031-335 51 17 • e-post [fou@grkom.se](mailto:fou@grkom.se) • [www.grkom.se/fouivast](http://www.grkom.se/fouivast)