

Vem dokumenterar vad i den kommunala hälso- och sjukvården?

Resultat av en undersökning i sex kommuner

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2010-12-7

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2010

Förord

Innehållet i denna rapport är en förstudie till ytterligare utvecklingsarbeten som görs inom ramen för två olika regeringsuppdrag.

Enligt den nationella IT-strategin för vård och omsorg från 2006 har Socialstyrelsen uppdraget att definiera och beskriva innehållet i en ändamålsenlig vård- och omsorgsdokumentation. Detta arbete genomförs i två projekt *Nationell Informationsstruktur* och *Nationellt fackspråk för vård och omsorg*. Under åren 2007- 2011 görs arbetet i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting. Uppdraget att utveckla ett nationellt fackspråk handlar om att informationen inom vård och omsorg ska kunna återanvändas för olika syften och över organisatoriska gränser såsom informationsförsörjning mellan personal inom vård och omsorg. Informationen ska dessutom kunna användas i beslutsstöd, för kvalitetssäkring, styrning och uppföljning, liksom i utbildning och forskning. Detta förutsätter en nationell informationsstruktur för vård och omsorg för att framtidens IT-system effektivt och säkert kunna hantera och utbyta information. För att undvika risk för missförstånd krävs enhetlig och entydig användning av begrepp och termer som är multiprofessionell, d.v.s. ett nationellt fackspråk för vård och omsorg.

Det andra regeringsuppdraget handlar om att, i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting, intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och öka tillgången på data av god kvalitet inom socialtjänstens olika verksamhetsområden och hemsjukvården. Arbetet ska pågå mellan 2010 och 2014. Här ingår bland annat att beskriva äldres behov och insatser enligt socialtjänstlagen som utgår från nationellt fackspråk men också att beskriva äldres behov och åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård. Ambitionen är att också inkludera den hemsjukvård som landstingen ansvarar för.

Denna rapport beskriver bland annat hur äldres behov och åtgärder dokumenteras i sex kommuner. Under 2010 testar Socialstyrelsen användningen av en modell för att beskriva äldre personers behov, planerade och genomförda åtgärder samt resultat inom kommunal hälso- och sjukvård. Innehållet i denna rapport och resultatet av testet lägger en grund för det fortsatta arbetet för att utveckla den nationella statistiken för att beskriva äldres behov och vårdåtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård.

Studien har genomförts av Marianne Lidbrink, projektledare Äldres behov och åtgärder inom kommunal hälso- och sjukvård och Ann-Helene Almborg, delprojektledare Nationellt fackspråk för vård och omsorg, Fackspråk och informatik. Journalgranskningen har genomförts av Johan Linder, sjuksköterska, Vänersborgs kommun.

Kristina Bränd Persson
Enhetschef, Fackspråk och informatik
Regler och tillstånd

Mona Heurgren
Enhetschef, Öppna Jämförelser
Statistik och utvärdering

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund</i>	9
Utveckling av nuvarande statistik	10
Beskriva behov och mål	10
Dokumentation och klassifikationer	11
Nationellt fackspråk för vård och omsorg	13
Tidigare publicerade studier som berör ämnesområdet	13
Nationell rapportering till den officiella statistiken	14
Etiska övervägande	14
<i>Syfte och mål</i>	15
<i>Metoder</i>	16
Urval	16
Intervjuer med registeransvariga personer i kommunerna	16
Journalgranskning	17
<i>Resultat</i>	18
Intervjuer med registeransvariga personer	18
Journalgranskning	18
Undersökningsgrupp	18
Funktionstillstånd enligt ICF	19
Grad av funktionsnedsättning	21
Yrkesgrupper som utför och dokumenterar	25
Mål	26
Utredande åtgärder	26
Behandlande åtgärder	27
<i>Diskussion</i>	29
Intervjuer	29
Journalstudie	29
Metod	29
Funktionstillstånd och åtgärder	30
<i>Slutsatser</i>	34
<i>Referenser</i>	35
<i>Bilaga 1</i>	38

Sammanfattning

Antalet personer som får insatser inom ramen för den kommunala hemsjukvården är stort. Under 2009 genomförde Socialstyrelsen en studie i sex kommuners hälso- och sjukvårdsverksamhet, som omfattade både intervjuer och journalgranskningar. Syftet var att undersöka hur kommunerna samlar in uppgifter till den officiella statistiken samt vilka funktionstillstånd, mål och vårdåtgärder som dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvården. I undersökningen ingick också att beskriva vilka yrkesgrupper som dokumenterade vad i verksamheterna.

Det framkom att tre av kommunerna utgår ifrån att de personer som har en beviljad insats i form av särskilt boende också behöver regelbundna hälso- och sjukvårdsinsatser. Samtliga personer i särskilt boende rapporteras då ha fått en hälso- och sjukvårdsåtgärd. I de övriga tre kommunerna tas de faktiska uppgifterna fram på olika sätt. Hälften av kommunerna som ingick i undersökningen rapporterade därmed hälso- och sjukvårdsinsatserna utifrån ett *antagande* att dessa hade blivit genomförda. De övriga kommunerna baserar uppgifterna på befintlig dokumentation, varför denna rapportering bör ligga mer i linje med vad som faktiskt har kommit den äldre personen till del. Samtliga kommuner som deltog i undersökningen, hade rutiner för hur uppgifter från enskilda vårdgivare skulle lämnas till kommunens rapportör.

178 journaler, fördelade på 117 patienter i särskilt boende och 61 patienter i ordinärt boende, granskades avseende funktionstillstånd och åtgärder. Tillstånden kodades till den internationella klassifikationen ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa) och de utredande eller behandlande åtgärderna till KVA (Klassifikation av vårdåtgärder). Ansvarig yrkeskategori som hade noterat olika tillstånd och åtgärder angavs också vid granskningen.

De funktionstillstånd som noterades hos flest antal patienter fanns inom ICF:s kapitel psykiska funktioner, sinnesfunktioner och smärta samt inom matsmältnings-, ämnesomsättningsfunktioner samt endokrina funktioner. Vidare beskriver dokumentationen framför allt den enskildes förmåga att förflytta sig och att sköta sin personliga vård. Däremot beskrivs i ringa grad övriga dagliga aktiviteter såsom mellanmänniska interaktioner och relationer, eller samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv. De omgivningsfaktorer som dokumenterades fanns framför allt inom området produkter och teknik, d.v.s. mat, dryck, läkemedel eller utrustning som behövs för dagliga aktiviteter för eget bruk. Påtagligt ofta noterades olika samordnande åtgärder, till exempel samordnad planering av vården och behandlingen.

Det fanns dokumenterade mål för tjugo procent av patienterna. Merparten av de mål som hade noterats i journalerna återfanns i en enda kommun. Här hade man nyligen genomfört ett utvecklingsarbete, som innebar en satsning på att formulera mål för de olika åtgärderna. Avsaknad av mål gör det svårt att utvärdera effekten av en insats.

Behandlande åtgärder inom sinnesfunktioner och smärta, inom matsmältning och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner samt inom personlig vård var vanligt förekommande enligt dokumentationen. Anmärkningsvärt få utredande och behandlande åtgärder dokumenterades. Endast 20 procent av de utredande åtgärderna och 41 procent av de behandlande åtgärderna fanns beskrivna i klartext. Flera olika professioner dokumenterar samma typ av funktionstillstånd och utför samma typ av åtgärder. Det är ett uttryck för att ett behov hos den enskilde äldre många gånger kräver någon form av bedömning och ibland också åtgärd av flera olika yrkesgrupper.

Graden av funktionsnedsättning beskrivs på olika sätt. Hur vårdbehoven skiljer sig mellan olika verksamheter och mellan olika utförare går därmed inte att beskriva med nuvarande form av dokumentation. Det är svårt att arbeta systematiskt med uppföljning av resultat och utvärdering på individnivå utan enhetliga beskrivningar av mål eller vårdbehov.

Undersökningen visar att det finns behov av en samordnad, systematisk dokumentation av vårdprocessen som samtliga yrkesgrupper använder. Informationen måste dokumenteras med enhetliga, entydiga och jämförbara termer, begrepp och klassifikationer, d.v.s. nationellt fackspråk, för att verksamhetsuppföljning på såväl nationell som lokal nivå ska kunna genomföras med hög kvalitet.

Bakgrund

Från den 1 juli 2008 registrerar kommunerna fortlöpande uppgifter om insatser till alla brukare. Det innebär att statistiken från detta perspektiv blir ”totalräknad” från den tidpunkten. Registreringen av insatser enligt socialtjänstlagen, SoL, avser bl.a. datum för biståndsbeslut, startdatum för verkställighet av insatsen samt datum då verkställigheten avslutas.

Uppgifter om personer som erhållit vård enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 18 §, d.v.s. den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för både i särskilt och ordinärt boende, rapporteras också till den personnumerbaserade socialtjänststatistiken. Under juli – december 2008 erhöll totalt drygt 184 000 personer 65 år och äldre hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende (1). Dessa personer hade behov av någon form av åtgärd enligt HSL 18 §. Uppgifterna säger dock inget om innehållet i vården. Det kan handla om allt, från utprovning av ett gånghjälpmedel till personer med omfattande behov av rehabilitering, omvårdnad och andra medicinska åtgärder under de flesta av dygnets alla timmar (2). En beskrivning av innehållet i hemsjukvården enligt HSL 18 §, liksom vad vårdåtgärderna resulterat i, är en förutsättning för att på sikt kunna utvärdera och göra jämförelser mellan olika verksamheter.

Allt fler äldre människor erbjuds och får vård och omsorg i sitt egna hem. Det är en trend som har varit rådande under hela 2000-talet. Samtidigt har antalet vårdplatser sedan 1992 nästan halverats från 49 200 till 25 900 år 2008. Ökningen av antalet personer med behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder tillsammans med ett ökande antal personer som får hemsjukvård i sitt egna ordinära boende under de senaste åren har fört med sig en diskussion om vilka kompetenser bland personalen i vården och omsorgen som bäst kan tillgodose de äldres behov.

Den legitimerade personalen i kommunerna består framför allt av sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. 2008 fanns det cirka 11 600 sjuksköterskor, 2 900 arbetsterapeuter och 1 700 sjukgymnaster anställda i kommunernas äldreomsorg (3). Enskild verksamhet är inte inkluderad i dessa uppgifter. Kommunernas ansvar för rehabilitering eller omvårdnad skiljer sig inte från landstingens och det finns ett ökande behov av både dietister, tandhygienister och logopedier i den kommunala hälso- och sjukvården. Därtill kommer att ansvarsfördelningen av hemsjukvården ser olika ut i olika landsting. Vissa landsting har exempelvis fört över ansvaret för arbetsterapiinsatser till kommunerna men behållit sjukgymnasternas insatser i landstinget. En del landsting, som har fört över hemsjukvården till kommuner, låter den omfatta personer 65 år och äldre men det förekommer också att samtliga åldrar omfattas. De strukturella olikheterna gör det svårt att göra jämförelser och beräkna kostnader och effekter av verksamhetsåtgärder. Det behövs därför en djupare kunskap om de faktiska förhållandena hos de olika huvudmännen. Yrkesgrupperna omfattar legitimerad hälso- och sjukvårds-

personal och vårdpersonal som utför en hälso- och sjukvårdsuppgift genom personlig delegering.

Utveckling av nuvarande statistik

Nuvarande uppgifter om insatser enligt HSL 18 § behöver utvecklas i den officiella statistiken. Det gäller också för uppgifter som utförs i enlighet med SoL. Här saknas bland annat uppgifter om brukarnas *behov av insatser* och om de *faktiskt utförda insatserna*. I ett särskilt projekt ”Äldres behov och insatser med nationellt fackspråk”¹, pågår för närvarande en utveckling av den officiella statistiken som syftar till att beskriva vilka behov som förekommer, samt beslutade och faktiskt genomförda insatser enligt SoL inom äldreomsorgen. Målet är att behoven och insatserna ska vara beskrivna med enhetliga, entydiga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer.

En liknande målsättning gäller också för den kommunala hälso- och sjukvården. Det går dock inte att med nuvarande dokumentation som underlag hämta mer detaljerade uppgifter om hälso- och sjukvårdsåtgärderna i den kommunala hälso- och sjukvården. För att detta ska bli möjligt krävs att ett nationellt fackspråk används för att beskriva patienternas olika behov och vilka åtgärder som genomförs med anledning därav.

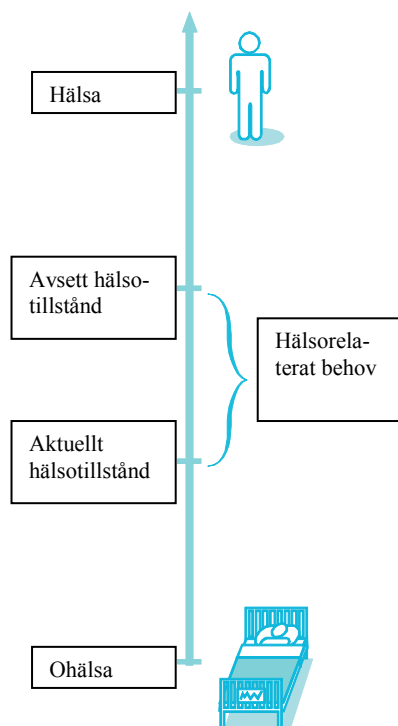
Beskriva behov och mål

I Socialstyrelsens tidigare arbete inom projektet InfoVU (informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning) beskrivs behov, som gapet mellan det aktuella funktionstillståndet och målet (4). Modellen består av tre delar:

- Bedöma det aktuella hälsotillståndet
- Bestämma det avsedda hälsotillståndet (målet)
- Besluta om nödvändiga åtgärder (behov av åtgärder) för att eliminera eller minska gapet mellan patientens aktuella och avsedda hälsotillstånd.

Det aktuella och avsedda hälsotillståndet kan beskrivas med hjälp av ICF-komponenterna: kroppsfunktioner, kroppsstrukturer, aktivitet och delaktighet. Åtgärder för att eliminera eller minska gapet kan beskrivas genom att använda omgivningsfaktorerna. Detta har även beskrivits i en rapport om Nationell informationsstruktur (5)

¹ ”Äldres behov och insatser med nationellt fackspråk” är ett samarbetsprojektet, inom ramen för utveckling av Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre samt ”Nationellt fackspråk för vård och omsorg” två regeringsuppdrag som Socialstyrelsen ansvarar för



Figur 1. Modell för att sätta mål och bedöma behov (4)

Ett klart definierat mål är en förutsättning för en realistisk behovsbedömning och för att koordinera alla (patienter, eventuella närstående, olika professioner) som är involverade i insatta åtgärder mot målet. Olika mål skapar olika typer av behov. Målen kan sägas ha tre dimensioner: Vad är det som ska uppnås? Hur mycket ska uppnås? När ska det uppnås? (6-7). Ett mål kan ha flera olika funktioner. Målet kan ha en handlingsinriktad vägledande funktion och kan också fungera som en motiverande funktion för patienten (8)

Tidigare forskning visar att patienter oftast inte är involverade i diskussionerna med målformulering (9-12). Patienterna upplever mer delaktighet i målformulering när professionerna använder målformulering med fokus på patienternas problem (12-13) och patienter vill diskutera aktiviteter som är meningsfulla för dem. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) kan användas vid behovsbedömning, målformulering och utvärdering av resultat (14).

Dokumentation och klassifikationer

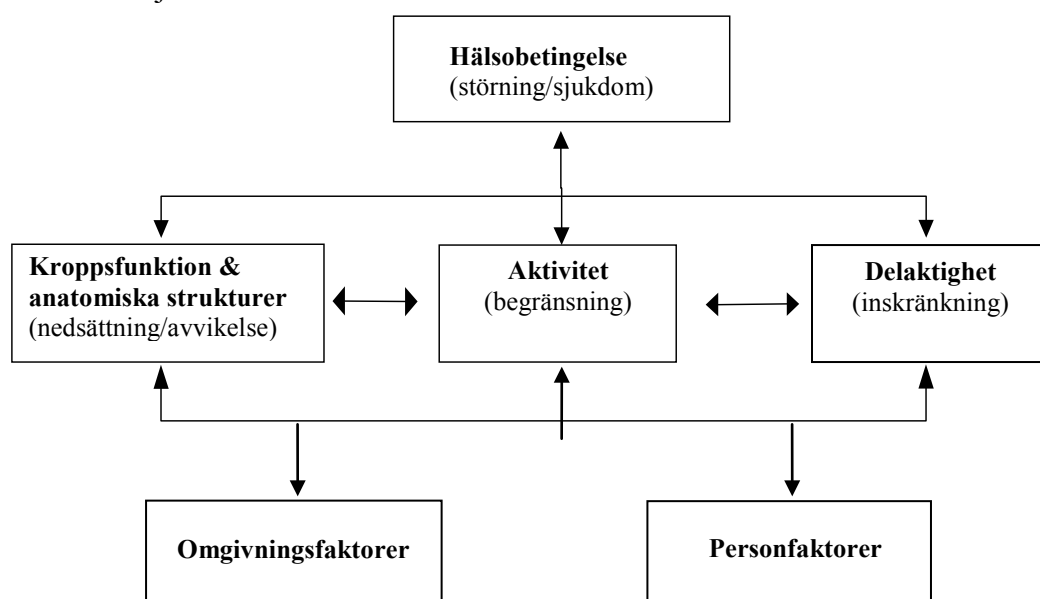
I Patientdatalagen (2008:355) och i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården regleras bland annat vad en patientjournal ska innehålla och hur den ska utformas. Bestämmelserna gäller för all hälso- och sjukvårdsverksamhet. Enligt föreskriftens 3 kap. 2 § ska rutinerna för dokumentation av patientuppgifter säkerställa att uppgifterna så långt möjligt dokumenteras med

hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk.

WHO har utarbetat en familj av klassifikationer som tillsammans ger förutsättningar för beskrivning av individers hälsa, främst från ett statistiskt perspektiv.

En av klassifikationerna, International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems, Tenth Revision, ICD-10, är den internationellt vedertagna standarden för statistisk rapportering av sjukdomar och andra hälsoproblem som är orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården. Den svenska versionen av ICD-10, ”Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997”, KSH 97, används för nationell rapportering av patienter som behandlas i den slutna eller öppna specialiserade vården. För primärvården finns ”KSH 97 – primärvård” (15). Det är en förkortad version av ICD 10 som är anpassad till primärvårdens verksamhet. Nationell rapportering enligt KSH 97 förekommer dock ännu inte i primärvården och alltså inte heller i den kommunala hälso- och sjukvården.

Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)² tillhandahåller ett kodsysteem och ett gemensamt språk för beskrivningar av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa utan koppling till specifika sjukdomstillstånd. Klassifikationen bygger på en biopsykosocial modell som förutsätter interaktion mellan de olika komponenterna: kroppsfunction, kroppsstruktur, aktivitet och delaktighet samt omgivningsfaktorer och personliga faktorer. Klassifikationen är professionsneutral och kan användas av många, inte bara personal inom hälso- och sjukvården, utan även av personal i socialtjänsten.



Figur 2. ICF modellen med de olika komponenterna och interaktionen mellan dessa.

² International Classification of Functioning, Disability and Health

Hälso- och sjukvården bygger i stor utsträckning på att olika professioner samarbetar kring patienterna. Det innebär att beskrivningen av vården måste omfatta åtgärder som utförs av de olika professionerna. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) är den första svenska åtgärdsklassifikationen som har denna ambition. Socialstyrelsen har medverkat till att utveckla åtgärds-koder i KVÅ baserade på ICF-strukturen. Dessa åtgärder beskriver verksamheten inom arbetsterapi, omvårdnad och sjukgymnastik mer heltäckande och översiktligt än vad övriga, mer specifika åtgärds-koder i KVÅ gör. Den reviderade modulen har anpassats till och inkluderats i befintlig KVÅ för användning fr.o.m. januari 2008.

Nationellt fackspråk för vård och omsorg

Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag i maj 2007 att utarbeta, förvalta och tillhandahålla en nationell terminologi- och klassifikationsresurs inom ramen för den nationella IT-strategin för vård och omsorg. Det övergripande målet med projektet "Nationellt fackspråk för vård och omsorg" är att informationen som dokumenteras om patienter, brukare och klienter är beskriven med enhetliga, entydiga och jämförbara begrepp, termer och klassifikationer. Projektet har påbörjat utvecklingen av ett nationellt fackspråk som bygger på rekommenderad användning av begrepp och termer, fortsatt användning av klassifikationer och kodverk samt en svensk översättning och anpassning av det internationella begreppssystemet SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine- Clinical Terms).

Det nationella fackspråket är inget nytt språk, utan innebär att de begrepp och samband som kommuniceras blir tydliggjorda genom en överenskommen terminologi. Ett av delprojekten, kallat "Ett gemensamt språk", syftar till att stödja utvecklingen av ett gemensamt fackspråk inom vård och omsorg för att få en entydig, enhetlig och jämförbar information. Arbetet kommer att ske stegvis inom ett antal avgränsade verksamhetsområden. Uppdraget ska rapporteras till regeringen 31 mars 2011.

Tidigare publicerade studier som berör ämnesområdet

2001 publicerade Socialstyrelsen resultatet av en studie som syftade till att beskriva hur stor andel av kommunernas vård och omsorg som är hälso- och sjukvård, samt att beskriva andelen av denna som utförs av annan personal än legitimerade yrkesutövare (16). Rapporten består bland annat av en tidsanvändningsstudie och genomgång av uppgifter enligt socialtjänstlagen, SoL och lagen om stöd och service, LSS. Delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter behandlas också. Läkemedelshantering är den uppgift som delegeras oftast enligt rapporten. Detsamma framkom också i samband med en undersökning som genomfördes av Socialstyrelsen 2008. Undersökningen publicerades i rapporten Hemsjukvård i förändring, ett resultat av ett regeringsuppdrag som handlade om att kartlägga hemsjukvården i Sverige (17). Socialstyrelsens rapport om Vård i livets slutskede berör i viss mån olika hälso- och sjukvårdsuppgifter som utförs på den kommunala nivån (18).

Andra rapporter som kan vara användbara i detta sammanhang är en rapport framtagen av SKL 2006; "Vad kostar hemsjukvården i kommunerna?" (19). Vidare finns Socialstyrelsens publikation från 2008 "Bättre kostnadsredovisning av hälso- och sjukvården i kommunerna" (20) samt rapporten "Att arbeta med äldres rehabilitering" vilken syftade till att få en bättre bild av rehabiliteringen i den kommunala vården och omsorgen (21). År 2007 gjorde Hjälpmedelsinstitutet därutöver, på uppdrag av Socialstyrelsen, en undersökning av kommunernas rehabilitering av äldre personer i ordinärt boende (22).

Nationell rapportering till den officiella statistiken

De uppgifter som rapporteras till den officiella statistiken beskriver endast om en patient har fått någon eller några vårdåtgärder i den kommunala hälso- och sjukvården under en månad. Uppgifterna innehåller alltså inte någon specificering av vilken typ av vårdåtgärder som genomförts. Det finns ej heller någon rapportering av behov. Rapportering enligt ICD 10 sker enbart vid vård i slutenvård och i den öppna specialiserade vården. Det saknas alltså uppgifter om vilka medicinska diagnoser som människor behandlas för i primärvården på nationell nivå. I rapporten om kartläggningen av hemsjukvården konstaterar Socialstyrelsen att bristande uppgifter om primärvården, som till stor del omfattar vården av äldre personer, försvårar uppföljning av verksamheterna avsevärt (17).

Etiska övervägande

Inga personuppgifter eller andra identifierbara uppgifter lämnades ut till Socialstyrelsen. Projektets upplägg behandlades och godkändes enligt fastlagda rutiner.

Syfte och mål

Projektets syfte var att undersöka vilka vårdåtgärder enligt HSL 18 § som dokumenteras samt hur kommunerna samlar in uppgifterna om de personer som är aktuella för HSL 18 § - åtgärder och rapporterar till den officiella statistiken.

Följande frågeställningar formulerades:

- Hur samlar kommunerna in och rapporterar uppgifterna om de personer som är aktuella för HSL 18 § - åtgärder till den officiella statistiken?
- Vilka funktionstillstånd samt mål för åtgärderna dokumenteras?
- Vilka åtgärder dokumenteras enligt HSL 18 §?
- Vilka yrkesgrupper dokumenterar vad enligt HSL 18 §?

Målet med projektet är att få en bild av vilka vårdåtgärder som dokumenteras i den kommunala hälso- och sjukvården och vilka yrkeskategorier som enligt dokumentationen har utfört vårdåtgärderna. Vidare är målet att kartlägga om det förekommer skillnader i hur uppgifterna samlas in och hur eventuella skillnader påverkar registreringen av information till nationell statistik om personer som erhåller vårdåtgärder.

Metoder

Urval

Sex kommuner, valda med avseende på storlek och geografi tillfrågades. Tre av dessa hade tagit över hälso- och sjukvårdsansvaret för ordinärt boende i enlighet med HSL 18§. Patientjournaler för personer boende i två olika boendeformer inkluderades; permanent särskilt boende samt, i förekommande fall, ordinärt boende. 20 journaler per boendeform ingick i undersökningen. Dessa togs fram av medicinskt ansvariga sjuksköterskor respektive medicinskt ansvariga för rehabilitering i deltagande kommuner. Som grund för urvalet användes slumpmässigt framtagna personnummeruppgifter genom Socialstyrelsens statistikenhet. Uppgifterna tillhörde personer som, enligt kommunernas rapportering, hade fått en hälso- och sjukvårdsåtgärd någon gång under december månad 2008. Av registreringstekniska skäl valdes juni månad för en av kommunerna.

Projektet räknade alltså med att inkludera 120 journaler tillhörande personer i särskilt boende och 60 journaler från personer i ordinärt boende, d.v.s. totalt 180 journaler. Journalerna, omfattande dokumentation för december och januari månad 2008/2009, skickades oidentifierade av kommunerna till Socialstyrelsen. De juniregistrerade journalerna omfattade enbart juni månad. Boendeform, födelseår och kön samt kommuntillhörighet angavs speciellt. En kommun missade dock att ange kön och födelseår. Kommunerna uppmanades att inkludera dokumentation utförd av legitimerad personal eller av personal som dokumenterat en åtgärd utförd i enlighet med en personlig delegering. I instruktionen ingick också att ta med journalhandlingar som telefonordinationer, riskbedömningar eller särskilda sårjournaler, och patientnära handlingar i form av signeringslistor och signaturlistor som ofta används vid läkemedelshantering. Dokumentation av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal (ex v tandhygienister, tandläkare) som inte arbetar i den kommunala hälso- och sjukvården exkluderades.

Intervjuer med registeransvariga personer i kommunerna

Svaret på frågan om hur kommunerna rapporterar de personer som erhållit HSL 18 § -åtgärderna till den officiella statistiken, hämtades genom intervjuer med personer i kommunen med ansvar för att lämna uppgifterna till den officiella statistiken. Intervjuerna genomfördes i halvstrukturerad form tillsammans med representanter för de olika yrkesgrupperna, medicinskt ansvarig sjuksköterska och i förekommande fall medicinskt ansvarig för rehabilitering (två kommuner), äldreomsorgschef/motsvarande och ansvariga rapportörer till SCB. Följande frågor behandlades:

- Hur stort antal legitimerad personal med patientansvar finns i kommunen?

- Vilken typ av uppgifter inkluderas och hur sker insamling och rapportering till kommunens rapportörer?
- Rapporteras åtgärder som utförs av all legitimerad personal? Inkluderas delegerade uppgifter som utförs av annan hälso- och sjukvårdspersonal?
- Hur sker samordningen med rapporteringen till SCB om den ekonomiska statistiken, räkenskapssammandragningen, RS?
- Vilka anvisningar finns för insamlingen?
- Finns skriftliga dokumentationsrutiner och delegeringsrutiner?
- I förekommande fall: Hur är omfattningen av HSL 18 § - ansvaret i ordinärt boende?

Frågeguiden styrdes av olika uppgifter som framkommit från verksamheterna i samband med frågor rörande uppgiftslämningen. De instruktioner som kommunerna har att tillgå för rapporteringen till SCB framgår av bilaga 1. Trots dessa instruktioner har Socialstyrelsen uppfattat att verksamheterna har haft svårt att tolka vad som är en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Vissa kommuner inkluderade exempelvis inte insatser som arbetsterapeuter och sjukgymnaster ansvarar för och osäkerhet fanns beträffande delegerade åtgärder.

Journalgranskning

Journalerna granskades med innehållsanalys (23) avseende funktionstillstånd och åtgärder. Funktionstillstånd kan omfatta patientens, närståendes eller vårdpersonalens beskrivning av tillståndet oavsett om problem förekommer eller ej. Tillstånden kodades enligt gällande regler till ICF (24), till andra nivån. Åtgärder kodades till utredande eller behandlande åtgärd enligt KVÅ. Varje funktionstillstånd respektive åtgärd registrerades bara en gång per patient, d.v.s. om en åtgärd förekommit tio gånger hos en patient registrerades den som *en* åtgärd. Granskningen skedde med hjälp av en mall byggd på ICF och KVÅ. Ansvarig yrkeskategori angavs också. Granskaren antecknade om ett tillstånd eller en åtgärd hade angivits explicit i journalerna. Av anteckningarna kunde granskaren vid flera tillfällen dra slutsatsen att exempelvis en utredande åtgärd hade blivit utförd, trots att detta inte framkom entydigt av journalanteckningarna. Detta noterades då som en tolkad insats. Exempel på journaltext: ”Patienten tar en T. Sobril och lugnar sig efter en stund”. Målen som var dokumenterade kunde bestå av ett eller flera meningsbärande begrepp, exempel ” NN ska kunna gå och kunna laga mat”, som kodades till två ICF-kategorier dels *att gå*, dels *att tillreda måltider*.

Resultat

Intervjuer med registeransvariga personer

Vid intervjuerna framkom att tre av kommunerna utgår ifrån att de personer som har beviljad insats i form av särskilt boende också behöver regelbundna hälso- och sjukvårdsinsatser. Samtliga personer i särskilt boende rapporteras då ha fått en hälso- och sjukvårdsåtgärd. I två kommuner fångas uppgifterna genom en sökning i hälso- och sjukvårdsjournalerna, och de personer som har en anteckning i dessa journaler registreras som mottagare. I en kommun, som för övrigt enbart ansvarar för vården i särskilt boende, används fortfarande pappersjournaler. Här ansvarade den legitimerade personalen på varje enhet för att sammanställa uppgifterna till respektive enhetschef, som sedan rapporterade vidare till kommunens rapportör.

Ingen kommun noterar särskilt vad som faktiskt orsakade rapporteringen, d.v.s. innehållet i hälso- och sjukvårdsåtgärden. Detta efterfrågas inte heller till statistiken.

Antalet boende som varje legitimerad personal ansvarar för varierar stort i de deltagande kommunerna. Överlag framkommer att varje sjuksköterska i snitt ansvarar för mellan 10 till 20 personer, medan varje arbetsterapeut ansvarar för 30 till 50 personer och varje sjukgymnast för drygt 30 upp till så många som 500 personer. Två kommuner hade en dietist med eget patientansvar anställd. Samtliga kommuner i undersökningen rapporterade åtgärder utförda av alla legitimerade personalgrupper, och samtliga huvudmän hade rutiner för hur delegerade uppgifter skulle inkluderas i rapporteringen. Det samma gällde också för hur uppgifter från enskilda vårdgivare skulle lämnas till kommunens rapportör.

Ingen kommun hade tagit fram egna skriftliga rutiner för rapporteringen, utan man utgick ifrån och använde Socialstyrelsens instruktioner för detta. I de datoriserade kommunerna kunde rapportören själv ta fram uppgifterna. Det var endast i den kommun som inte hade datoriserad dokumentation som personal i verksamheterna engagerades. Samordning skedde inte med den ekonomiska rapporteringen men flera kommuner efterlyste enhetliga begrepp för de olika statistikdatabaserna. I samtliga kommuner fanns skriftliga instruktioner både för delegeringar och för dokumentation.

Journalgranskning

Undersökningsgrupp

Totalt granskades 178 journaler fördelat på 117 (66 procent) patienter inom särskilt boende och 61 (34 procent) patienter med hemsjukvård i ordinärt boende. Gruppen bestod av 46 (26 procent) män och 98 (55 procent) kvinnor och medelåldern var 84 år. Åldern varierade mellan 65 – 97 år. För 37 personer var kön och ålder ej angivet. Det finns inga signifikanta skillnader i ålder mellan könen eller boendeform.

Funktionstillstånd enligt ICF

Kroppsfunktioner

De funktionstillstånd som angavs mest frekvent låg inom kapitelområdena psykiska funktioner (kapitel 1), sinnesfunktioner och smärta (kapitel 2) samt inom matsmältnings-, ämnesomsättningsfunktioner samt endokrina funktioner (kapitel 5). Inom kapitlet psykiska funktioner hade två tredjedelar av patienterna mellan ett till sju olika dokumenterade funktionstillstånd. Här var emotionella funktioner och energi och driftfunktioner samt sömnfunktioner oftast förekommande. Inom kapitel 2, sinnesfunktioner och smärta, förekom upp till fem olika dokumenterade tillstånd för knappt två tredjedelar av patienterna. Smärtförmimelse och vestibulära funktioner var mest frekvent. Inom kapitlet matsmältnings och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner hade knappt två tredjedelar av patienterna upp till sex olika dokumenterade tillstånd, varav viktuppehållande, avföringsfunktioner och värmereglerande funktioner förekom mest frekvent. Röst- och talfunktioner (kapitel 3) var dokumenterat för två procent.

Tabell 1. Procentuell fördelning av patienter med dokumenterade funktionstillstånd från 0–7 tillstånd inom respektive kapitel för kroppsfunktioner

Kapitel	Antal tillstånd				
	0	1-2	3-4	5--	
% av patienter					
b1	Psykiska funktioner	36	43	14	7
b2	Sinnesfunktioner och smärta	41	51	7	1
b3	Röst- och talfunktioner	98	2		
b4	Hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems- och andningsfunktioner	53	37	8	2
b5	Matsmältnings och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner	39	47	10	4
b6	Funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner	67	33		
b7	Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner	74	23	3	
b8	Hudens funktioner	45	52	3	

Aktivitet/delaktighet

Inom aktivitet/delaktighet hade flest patienter dokumenterade tillstånd inom förflyttning (kapitel 4) och personlig vård (kapitel 5). Gällande förflyttning hade två tredjedelar av patienterna upp till sex olika dokumenterade tillstånd. Här handlade det oftast om att ändra och bibehålla kroppsställning, att förflytta sig med hjälp av utrustning och att gå. För en tredjedel av patienterna fanns det upp till fem olika tillstånd inom personlig vård. De vanligaste förekommande berörde att äta, kroppsvård och att tvätta sig. Cirka fem procent av patienterna hade någon form av dokumenterat tillstånd inom sex av de nio kapitlen för aktivitet/delaktighet.

Tabell 2. Procentuell fördelning av patienter med dokumenterat funktionstillstånd (0–6 antal tillstånd) inom komponenten aktivitet/ delaktighet

ICF-kapitel	Antal tillstånd				
	0	1-2	3-4	5--	
	% av patienter				
d1	Lärande och att tillämpa kunskap	98	2	-	-
d2	Allmänna uppgifter och krav	94	6	-	-
d3	Kommunikation	86	13	1	-
d4	Förflyttning	39	42	15	4
d5	Personlig vård	68	21	9	2
d6	Hemliv	97	3	-	-
d7	Mellanmänskliga interaktioner och relationer	88	12	-	-
d8	Viktiga livsområden	99	1	-	-
d9	Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv	97	3	-	-

Omgivningsfaktorer

Tabell 3 visar att det fanns en eller flera olika dokumenterade omgivningsfaktorer för 35 procent av patienterna inom produkter och teknik (kapitel 1), där det vanligaste förekommande vara produkter och teknik för eget bruk i det dagliga livet. Kapitel 2, naturmiljö och mänskligt skapade miljöförändringar samt kapitel 5 service, tjänster, system och policies berördes inte alls i de undersökta journalerna.

Tabell 3. Procentuell fördelning av patienter med dokumenterade omgivningsfaktorer (0–4 antal)

Kapitel	Antal omgivningsfaktorer			
	0	1-2	3-4	
	% av patienter			
e1	Produkter och teknik	65	31	4
e2	Naturmiljö och mänskligt skapade miljöförändringar	100	-	-
e3	Personligt stöd och personliga relationer	97	3	-
e4	Attityder	99	1	-
e5	Service, tjänster, system och policies	100	-	-

Mål

I behovsbedömningen ingår att beskriva mål. Med mål avses det funktions-tillstånd som ska uppnås. I vissa fall angavs målet som ett processmått, exempelvis säker läkemedelshantering. Det fanns 61 mål dokumenterade för 36 patienter (20 procent) (Tabell 4). Av dessa 36 patienter återfanns 25 patienter i en kommun. Det varierade mellan 1- 6 mål per patient, varav 13 procent av patienterna hade ett mål, fyra procent av patienterna hade två mål

dokumenterade, tre patienter hade tre mål, två patienter hade fyra mål och en patient hade fem mål.

De mest frekvent förekommande målen gällde förflyttning (21 mål) som exempelvis att kunna ta sig ur sängen, att bibehålla gångförmågan eller att kunna gå i trappor. Några mål gällde säkrare förflyttning. Inom området produkter och teknik fanns tio dokumenterade mål, exempelvis säker läkemedelshantering och att få inkontinenshjälpmedel som fungerar. Sju meningsbärande enheter var inte tillräckligt definierade för att kunna kodas till ICF som till exempel minska besvären eller återfå tidigare aktivitetsförmåga.

Tabell 4. Antal kodade mål per ICF-kategori

ICF- kapitel	Antal ICF-koder
Aktivitet/delaktighet	
d4 Förflyttning	21
d5 Personlig vård	7
d7 Mellanmänskliga interaktioner och relationer	3
d9 Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv	1
Kroppsfunktioner	
b1 Psykiska funktioner	2
b2 Sinnesfunktioner och smärta	2
b4 Hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems- och andningsfunktioner	5
b6 Matsmältnings och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner	3
b7 Neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner	4
b8 Hudens funktioner	5
Omgivningsfaktorer	
e1 Produkter och teknik	10
e5 Service, tjänster, system och policies	3

Grad av funktionsnedsättning

Journalgranskningen visar att professionerna använder olika sätt att gradera de olika funktionstillstånden i fritext. Graden av funktionsnedsättning går därför ej att kategorisera till bedömningsfaktorerna enligt ICF.

Utredande åtgärder

Totalt fanns 1965 åtgärder som kodats till KVÅ (Tabell 5), varav två tredjedelar avsåg utredning av kroppsfunktioner och övriga utredning av aktivitet/delaktighet. Tjugo procent av de utredande åtgärderna var tydligt dokumenterade.

Tabell 5: Antal utredande åtgärder enligt KVÄ (N=1965)

Utredande åtgärder	Antal
Utredning av kroppsfunktioner	1199
Utredning av aktivitet/delaktighet	540
Utredning av omgivningsfaktorer	102
Samordnande åtgärder*	124

*dessa åtgärder är ej kopplade till ICF- komponenterna

Cirka två tredjedelar av patienterna hade någon utredande åtgärd inom fyra följande kapitel för kroppsfunktioner: psykiska funktioner; sinnesfunktioner och smärta; hjärta- kärlfunktioner, blodbildnings- immunsystemet och andningsfunktioner samt av matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner (Tabell 6). Inom psykiska funktioner återfanns upptill tio olika utredande åtgärder. Bedömning av smärta, bedömning av emotionella funktioner och bedömning av viktuppehållande funktioner var oftast förekommande på den mer detaljerade nivån inom psykiska funktioner.

Två tredjedelar av patienterna hade någon utredande åtgärd inom personlig vård och hälften inom förflyttning. Sex procent och färre av patienterna hade utredande åtgärder inom fem (kapitel 1, 2, 6, 8 och 9) av de nio kapitlen inom aktivitet/delaktighet. Bedömning av att sköta sin hälsa, bedömning av lägesförändring samt bibehållande av kroppsställning var mest frekvent på den mer detaljerade nivån.

En tredjedel av patienterna hade utredande åtgärder riktade mot produkter och teknik i omgivningen. Bedömning av hjälpmedelsbehov var mest frekvent på den mer detaljerade nivån.

Tabell 6. Procentuell fördelning av patienter på antal olika utredande åtgärder inom respektive ICF-kapitel

Utredande åtgärder	Antal utredande åtgärder			
	0	1-2	3-4	5--
	% av patienter			
b1 Utredning av psykiska funktioner	37	43	14	6
b2 Utredning av sinnesfunktioner och smärta	35	53	12	-
b3 Utredning av röst- och talfunktioner	99	1	-	-
b4 Utredning av hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems- och andningsfunktioner	36	41	17	6
b5 Utredning av matsmältnings och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner	37	44	15	4
b6 Utredning av funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner	66	34	-	-
b7 Utredning av neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner	78	20	2	-
b8 Utredning av hudens funktioner	55	43	2	-

d1	Utredning av förmåga till lärande och tillämpning av kunskap	98	2	-	-
d2	Utredning av att genomföra allmänna uppgifter och krav	94	6	-	-
d3	Utredning av att kommunicera	86	13	1	-
d4	Utredning av förflyttning	50	42	7	1
d5	Utredning av personlig vård	38	46	12	4
d6	Utredning av hemliv	97	3	-	-
d7	Utredning av mellanmännsliga interaktioner och relationer	89	11	-	-
d8	Utredning av arbete-, studie- och ekonomiskt liv	99	1	-	-
d9	Utredning av socialt och medborgerligt liv	97	3	-	-
e1	Utredning av produkter och teknik	65	30	5	-
e2	Utredning av fysisk miljö	100	-	-	-
e3	Utredning av personligt stöd från omgivningen	97	3	-	-
e4	Utredning av attityder i omgivningen	99	1	-	-
e5	Utredning av service, tjänster, system och policies	-	-	-	-
SAM	Samordnande åtgärder	30	70	-	-

Behandlande åtgärder

Resultatet från studien visade att totalt 1029 behandlande åtgärder hade kodats till KVÅ, varav 44 procent var behandling av kroppsfunktioner och 29 procent var behandling relaterad till aktivitet/delaktighet (Tabell 7). Av dessa var 41 procent tydligt dokumenterade.

Tabell 7. Antal behandlande åtgärder enligt KVÅ (N= 1029)

Behandlande åtgärder	antal
Behandling av kroppsfunktioner	449
Behandling relaterad till aktivitet/delaktighet	299
Anpassning och bearbetning av omgivningsfaktorer	250
Informerande, rådgivande och undervisande åtgärder*	31

*dessa åtgärder är kopplade till aktivitet/delaktighet - att sköta sin egen hälsa

Cirka 40 procent av patienterna hade behandlande åtgärder inom sinnesfunktioner och smärta samt inom matsmältnings och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner (Tabell 8). Inom området kroppsfunktioner var farmakologisk behandling av emotionella funktioner och smärta samt blodtrycksmätning mest frekvent på den mer detaljerade nivån.

Cirka 40 procent av patienterna har behandlande åtgärder inom personlig vård och 25 procent inom förflyttning. Mindre än tio procent av patienterna har behandlande åtgärder inom de övriga sju områdena. Stöd/träning i att sköta sin egen hälsa var vanligast behandlande åtgärd inom området aktivitet/delaktighet

Inom området omgivningsfaktorer var det 75 procent av patienterna som har någon form av åtgärder avseende anpassning av miljön gällande produkter och teknik. Enkel läkemedelsadministration och närståendestöd var de vanligaste åtgärderna. Tolv procent av patienterna fick någon form av utbildning/ information.

Tabell 8. Patienternas procentuella fördelning på antal olika behandlande åtgärder inom respektive ICF-kapitel

Behandlande åtgärder	Antal behandlande åtgärder			
	0	1-2	3-4	5-7
	% av patienter			
b1 Behandling av psykiska funktioner	71	28	1	-
b2 Behandling av sinnesfunktioner och smärta	60	39	1	-
b3 Behandling av röst och talfunktioner	100	-	-	-
b4 Behandling av hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems- och andningsfunktioner	76	23	1	-
b5 Behandling av matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner	61	31	7	1
b6 Behandling av neuromuskuloskeletala och rörelserelateradefunktioner	80	20	-	-
b7 Behandling av funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner	93	7	-	-
b8 Behandling av funktioner i huden och därmed relaterade strukturer	70	29	1	-
d1 Åtgärder som grund för lärande och att tillämpa kunskap	100	-	-	-
d2 Stöd och träning i kravhantering	98	2	-	-
d3 Stöd och träning i att kommunicera	98	2	-	-
d4 Behandling relaterad till förflyttning	74	21	3	2
d5 Behandling relaterad till personlig vård	58	30	10	2
d6 Stöd och träning i hemliv	99	1	-	-
d7 Stöd och träning i att samspela med andra	93	7	-	-
d8 Träning av förmågan till arbete- studie- och ekonomiskt liv	100	-	-	-
d9 Stöd och/eller träning i socialt och medborgerligt liv	100	-	-	-
e1 Anpassning av produkter och teknik	24	68	7	1
e2 Anpassning av den fysiska miljön	-	-	-	-
e3 Anpassning av personligt stöd i omgivningen				
e4 Anpassning av attityder i omgivningen	74	26	-	-
e5 Anpassning av services, system och tjänster	-	-	-	-
inf Informerande, rådgivande och undervisande åtgärder*	88	11	1	-

*dessa åtgärder är kopplade till aktivitet/delaktighet - att sköta sin egen hälsa

Yrkesgrupper som utför och dokumenterar

Professionerna dokumenterade 68 olika funktionstillstånd enligt ICF inom kroppsfunktioner, varav 74 procent dokumenteras av mer än en profession (Tabell 9). Inom aktivitet/delaktighet fanns 46 olika funktionstillstånd, varav 77 procent dokumenterades av mer än en profession. Det var 10 olika omgivningsfaktorer, varav 60 procent som var dokumenterades av flera professioner. Sjuksköterskan dokumenterade flest olika funktionstillstånd inom kroppsfunktioner och aktivitet, men även flest omgivningsfaktorer.

Tabell 9. Antal funktionstillstånd och omgivningsfaktorer som dokumenterades av en eller flera professioner samt vilken profession som utfört dokumentationen.

ICF-kapitel	1 pro- fession	>1 pro- fession	arb	sg	ssk
b1 Psykiska funktioner	6	10	8	8	16
b2 Sinnesfunktioner och smärta	3	5	5	5	7
b3 Röst- och talfunktioner	2	-	-	1	1
b4 Hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems- och andningsfunktioner	3	7	6	6	10
b5 Matsmältnings och ämnesomsättnings- funktioner och endokrina funktioner	4	5	2	5	9
b6 Funktioner i köns- och urinorganen samt reproduktiva funktioner	-	10	7	8	9
b7 Neuromuskuloskeletala och rörelserelate- rade funktioner	-	10	7	8	9
b8 Hudens funktioner	-	3	2	3	3
<i>Totalt antal funktionstillstånd gällande kroppsfunktioner</i>	<i>18</i>	<i>50</i>	<i>37</i>	<i>44</i>	<i>64</i>
d1 Lärande och att tillämpa kunskap	2	1	1	1	2
d2 Allmänna uppgifter och krav	1	2	1	2	3
d3 Kommunikation	1	2	2	2	3
d4 Förflyttning	8	9	9	7	8
d5 Personlig vård	1	5	5	5	6
d6 Hemliv	1	3	4	2	1
d7 Mellanmänskliga interaktioner och rela- tioner	2	3	3	1	5
d8 Viktiga livsområden	2	-	-	-	2
d9 Samhällsgemenskap, socialt och medbor- gerligt liv	1	2	2	-	3
<i>Totalt antal funktionstillstånd gällande aktivitet/delaktighet</i>	<i>19</i>	<i>27</i>	<i>27</i>	<i>20</i>	<i>33</i>
e1 Produkter och teknik	2	5	6	4	6
e2 Naturmiljö och mänskligt skapade miljö- förändringar	-	-	-	-	-
e3 Personligt stöd och personliga relationer	-	1	1	1	1
e4 Attityder	1	-	-	-	1
e5 Service, tjänster, system och policies	-	-	-	-	-
<i>Totalt antal omgivningsfaktorer</i>	<i>3</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>5</i>	<i>8</i>

arb=arbetsterapeut, sg=sjukgymnast, ssk=sjuksköterska

Mål

Arbetssterapeuten hade dokumenterat 12 mål, sjukgymnasten 19 mål och sjuksköterskan 31 mål (ett mål var ansvaret fördelat på både arbetsterapeut och sjuksköterska).

Utredande åtgärder

Professionerna utförde 70 olika utredande åtgärder inom kroppsfunktioner varav 67 procent utförs av mer än en profession (Tabell 10).

Tabell 10. Antal olika utredande åtgärder, som utfördes av en eller flera professioner.

Utredande åtgärder	1 pro- fession	>1 profes- sion	arb	sg	ssk	an- nan
b1 Utredning av psykiska funktioner	5	11	8	6	16	4
b2 Utredning av sinnesfunktioner och smärta	2	7	5	7	9	2
b3 Utredning av röst- och talfunktioner	1	-	-	-	1	-
b4 Utredning av hjärt-kärlfunktioner, blod- bildnings-, immunsystems- och andnings- funktioner	8	5	3	4	13	2
b5 Utredning av matsmältnings och ämnes- omsättningsfunktioner och endokrina funktioner	7	7	1	5	13	1
b6 Utredning av funktioner i köns- och urin- organen samt reproduktiva funktioner	-	6	9	5	5	-
b7 Utredning av neuromuskuloskeletal och rörelserelaterade funktioner	-	6	5	5	5	-
b8 Utredning av hudens funktioner	-	5	1	3	5	-
<i>Totalt antal utredande åtgärder inom kroppsfunktioner</i>	<i>23</i>	<i>47</i>	<i>32</i>	<i>35</i>	<i>67</i>	<i>9</i>
d1 Utredning av förmåga till lärande och tillämpning av kunskap	2	1	1	1	2	-
d2 Utredning av att genomföra allmänna uppgifter och krav	1	2	1	2	3	-
d3 Utredning av att kommunicera	1	2	2	2	3	-
d4 Utredning av förflyttning	1	10	11	8	9	3
d5 Utredning av personlig vård	1	5	5	5	6	-
d6 Utredning av hemliv	1	3	4	2	1	-
d7 Utredning av mellanmänniska interaktio- ner och relationer	3	3	3	1	6	-
d8 Utredning av arbete-, studie- och ekono- miskt liv	2	-	-	-	2	-
d9 Utredning av socialt och medborgerligt liv	1	2	2	-	3	-
<i>Totalt antal utredande åtgärder inom aktivitet/delaktighet</i>	<i>13</i>	<i>28</i>	<i>29</i>	<i>21</i>	<i>35</i>	<i>3</i>
e1 Utredning av produkter och teknik	2	5	6	4	6	-
e2 Utredning av fysisk miljö	-	-	-	-	-	-

e3	utredning av personligt stöd från omgivningen	-	1	3	1	1	-
e4	Utredning av attityder i omgivningen	1	-	-	-	1	-
e5	Utredning av service, tjänster, system och policies	-	-	-	-	-	-
	<i>Totalt antal utredande åtgärder gällande omgivningsfaktorer</i>	3	6	9	5	8	0
	Samordnade åtgärder	-	1	1	1	1	-

arb=arbetsterapeut, sg=sjukgymnast, ssk=sjuksköterska

Inom aktivitet/delaktighet fanns 41 olika åtgärder, varav 68 procent utfördes av mer än en profession. Det fanns 9 olika utredande åtgärder gällande omgivningsfaktorer. Sjuksköterskan utförde flest antal utredande åtgärder. Samordnade åtgärder utfördes av samtliga professioner.

Behandlande åtgärder

Det framkom av studien att det fanns totalt 58 olika behandlande åtgärder inom kroppsfunktioner, varav 38 procent utfördes av mer än en profession. Inom aktivitet/delaktighet fanns 45 olika åtgärder, varav 56 procent utfördes av mer än en profession. Det fanns 10 olika åtgärder för att anpassa omgivningen och 90 procent av dessa var gemensamma för mer än en profession. Totalt 18 olika behandlande åtgärder utfördes på delegation.

Tabell 11. Antal olika behandlande åtgärder, som utfördes av en eller flera professioner, samt antal delegerade behandlande åtgärder

	Behandlande åtgärder	1 profession	>1 profession	arb	sg	ssk	del
b1	Behandling av psykiska funktioner	7	2	1	1	8	1
b2	Behandling av sinnesfunktioner och smärta	5	4	2	3	8	1
b3	Behandling av röst och talfunktioner						
b4	Behandling av hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings-, immunsystems- och andningsfunktioner	7	3	2	2	9	-
b5	Behandling av matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktioner och endokrina funktioner	6	5	-	-	11	5
b6	Behandling av neuromuskuloskeletala och rörelserelateradefunktioner	3	2	2	3	2	-
b7	Behandling av funktioner i köns-och urinorganen samt reproduktiva funktioner	3	2	2	3	2	-
b8	Behandling av funktioner i huden och därmed relaterade strukturer	5	4	2	1	9	2
	<i>Totalt antal behandlande åtgärder inom kroppsfunktioner</i>	36	22	11	13	49	9
d1	Åtgärder som grund för lärande och att tillämpa kunskap	-	-	-	-	-	-
d2	Stöd och träning i kravhantering	1	1	1	2	1	-

d3	Stöd och träning i att kommunicera	2	1	2	1	1	-
d4	Behandling relaterad till förflyttning	3	12	13	11	9	1
d5	Behandling relaterad till personlig vård	7	9	8	3	14	5
d6	Stöd och träning i hemliv	4	-	4	-	-	-
d7	Stöd och träning i att samspela med andra	3	2	2	1	3	-
d8	Träning av förmågan till arbete- studie- och ekonomiskt liv	-	-	-	-	-	-
d9	Stöd och/eller träning i socialt och medborgerligt liv	-	-	-	-	-	-
	<i>Totalt antal behandlande åtgärder inom aktivitet/delaktighet</i>	<i>20</i>	<i>25</i>	<i>30</i>	<i>18</i>	<i>28</i>	<i>6</i>
e1	Anpassning av produkter och teknik	1	8	7	5	7	3
e2	Anpassning av den fysiska miljön	-	-	-	-	-	-
e3	Anpassning av personligt stöd i omgivningen	-	-	-	-	-	-
e4	Anpassning av attityder i omgivningen	-	1	1	1	1	-
e5	Anpassning av services, system och tjänster	-	-	-	-	-	-
	<i>Totalt antal åtgärder för anpassning av omgivningen</i>	<i>1</i>	<i>9</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>8</i>	<i>3</i>
	Informera, rådgivande och undervisande åtgärder	5	3	6	3	8	1

arb=arbetsterapeut, sg=sjukgymnast, ssk=sjuksköterska, del=delegering

Diskussion

Intervjuer

Studien visar att det finns en hel del brister i underlaget till den officiella statistiken. Hälften av kommunerna som ingick i undersökningen rapporterade hälso- och sjukvårdsinsatserna utifrån ett *antagande* att dessa hade blivit genomförda. De övriga tre kommunerna baserar uppgifterna på befintlig dokumentation, varför denna rapportering bör ligga mer i linje med vad som faktiskt har kommit den äldre personen till del. Statistiken bygger dock på väldigt övergripande uppgifter. Ordspråket ”som man ropar får man svar” illustrerar förhållandet. Antalet människor som får åtgärder är stort och verksamheten resurskrävande. Det är därför angeläget att kvaliteten i data förbättras, för att kunna följa de äldres behov, vilka åtgärder som utförs och resultatet av dessa.

Journalstudie

Metod

De journaler som studerades avsåg vården av personer i såväl särskilt som ordinärt boende. Skälet till detta var att få en bild av det som dokumenteras gällande funktionstillstånd, mål och åtgärder i den kommunala hälso- och sjukvården. Avsikten var inte att göra jämförande studier beträffande vad som dokumenteras i de olika boendeformerna. Denna aspekt behandlas därför inte i studien.

Dokumentationen ger en bild av den äldre personens behov av vård och omsorg, en bild som i vissa delar också har framkommit av andra rapporter (2, 16-19, 25). Här finns en samstämmighet, trots att dokumentationen enbart omfattade en två-månadersperiod. Dokumentationen före och efter den aktuella perioden studerades inte. Granskningen har skett av det material som Socialstyrelsen fick ta del av enligt instruktionerna till kommunerna. Det kan dock inte säkerställas att all aktuell dokumentation, t ex signeringslistor för läkemedel har inkluderats. Journalerna granskades utifrån ICF-komponenterna kroppsfunktioner, aktivitet/delaktighet och omgivningsfaktorer. Kroppsstrukturer inkluderades inte, vilket kan ses som en brist i studien. Granskaren som genomförde mappningen av journalerna mot ICF och KVÅ är sjuksköterska till professionen. Personen i fråga har en lång erfarenhet av att använda ICF-strukturen och förekommande begrepp i sin dagliga dokumentation inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Funktionstillstånd och åtgärder

Kroppsfunktioner

Det var framför allt information om olika psykiska funktioner (kapitel 1), sinnesfunktioner och smärta (kapitel 2), hjärt- och kärlfunktioner etc. (kapitel 4) och matsmältningsfunktioner etc. (kapitel 5) som fanns beskrivna i journalerna. Även hudens funktioner (kapitel 8) noterades ofta.

De ofta förekommande noteringarna om de olika psykiska funktionerna, liksom sinnesfunktioner och smärta i journalanteckningarna kan jämföras med vad som framkommit i andra rapporter om äldres vårdbehov och insatser, där dessa behov också beskrivs (17-18). Såromläggning, trycksårsprofylax, stomiskötsel och läkemedelshantering beskrivs speciellt som hälso- och sjukvårdsåtgärder i olika rapporter, liksom behov relaterade till matsmältningen och avföringen (19, 25-26).

När det gäller läkemedel har särskild uppmärksamhet ägnats åt förskrivningen av psykofarmaka. Dessa läkemedel utgör en del av de åtgärder som utförs med anledning av förekommande psykiska funktionstillstånd. Genom uppgifter från läkemedelsregistret framkommer det att det är vanligt att äldre personer, boende i ordinärt eller särskilt boende, använder psykofarmaka i form av antidepressiva, lugnande medel, sömnmedel eller neuroleptika. Andelen kvinnor och män som använder denna typ av läkemedel sjönk mellan 2007 till 2008 i riket. Fortfarande är dock förskrivningen av psykofarmaka anmärkningsvärt högre till personer i särskilt boende och även högre till kvinnor än till män (27).

Hjärt- och kärlsjukdomar, som hjärtinsufficiens, cerebral infarkt eller hjärtinfarkt är den vanligaste orsaken till sjukhusvård (28) bland äldre personer. Detta speglas i denna undersökning, både vad gäller dokumenterade tillstånd och utredande och behandlande åtgärder. Sambandet medicinska diagnoser och funktionstillstånd kan inte verifieras med nuvarande förutsättningar, då medicinska diagnoser i primärvården inte rapporteras till ett nationellt register.

Få noteringar rörande *röst- och talfunktionen* kan spegla att det inte fanns personal med kompetens att bedöma denna funktion i berörda verksamheter.

Aktivitet och delaktighet

Dokumentationen beskriver till största delen enbart den enskildes förmåga att förflytta sig och att sköta sin personliga vård. Det är de basala behoven som tillgodoses i verksamheterna. Däremot beskrivs i ringa grad övriga dagliga aktiviteter, såsom *mellanmänniska interaktioner och relationer* (ex informella sociala relationer, familjerelationer) *samhällsgemenskap, medborgerligt och socialt liv* (ex föreningsaktiviteter, rekreation och fritid, religion och andlighet). Det är områden som gör det möjligt att beskriva innehållet i en vardag utifrån ett socialt perspektiv. Tidigare forskning visar på att högre frekvens av utomhusaktiviteter är kopplat till bättre fysisk förmåga och social delaktighet bland äldre patienter (29-30) samt relaterad till bättre fysisk och psykisk livskvalitet hos strokepatienter (31). Betydelsen av att exempelvis ha möjlighet att leva i enlighet med sin kultur, livsåskådning eller tro lyfts fram som viktiga komponenter för en meningsfull tillvaro i regeringens proposition ”Värdigt liv i äldreomsorgen” (32).

I dokumentationen fanns heller inte mycket information om patientens *Lärande och att tillämpa kunskaper* samt *kommunikation*, trots att det ingår i den legitimerade personalens uppgifter att förmedla kunskap om hur olika funktionstillstånd eller sjukdomar kan bemästras med hjälp av exempelvis träning eller hjälpmedel. Förmåga att utföra aktiviteter inom *hemliv* d.v.s. aktiviteter i hushållet/hemmet var i ringa grad dokumenterat. Det är av stor betydelse att patientens förmåga att utföra dagliga aktiviteter tas till vara för att stärka den enskildes resurser. I en tidigare rapport om dokumentation i samband med utskrivning från slutenvården framkommer att äldre personers funktionstillstånd gällande aktivitet och delaktighet samt mål fanns dokumenterat i ringa grad. Detta visar på att det finns brister i professionernas dokumentation och metoder för att fånga patienternas behov (33). Den information som saknas, och som med tanke på de behov som framkommer i övrigt, borde dokumenteras, kan dock finnas återgiven i den sociala dokumentationen.

Omgivningsfaktorer

De omgivningsfaktorer som behandlas finns inom området produkter och teknik, d.v.s. ex v mat, dryck, läkemedel eller utrustning som behövs för personlig förflyttning eller för kommunikation.

Professionen inom hälso- och sjukvård har ordinationsrätt av medicintekniska produkter och det åligger dem att utreda om det finns behov av att anpassa miljön. Journalgranskningen visar att professionen har noterat några områden i omgivningen gällande den äldres dagliga livsföring.

Samordning

Samordnande åtgärder var ofta förekommande i dokumentationen. Det är ett område som engagerar all legitimerad yrkespersonal, utifrån hälso- och sjukvårdsansvaret för varje enskild individ. Här handlar det om noteringar som rör planering av patientens vård och behandling som ofta måste samordnas, då flera utövare är engagerade. Det är ett förhållande som är vanligt förekommande, framför allt i samband med vård av äldre personer med många olika sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Behovet av samverkan och samarbete uppmärksammas i både lagar (34-35) och föreskrifter (36-39).

Mål

Dokumentationen omfattade en kortare tidsperiod, varför det inte går att värdera antalet mål som återfanns i journalerna. Detta ska emellertid sättas i relation till att merparten av målen återfanns i en kommun. Här hade man i ett nyligen genomfört utvecklingsarbete, satsat på att formulera mål för de olika insatserna. Målen relaterades både till individen, ("Få inkontinenshjälpmedel som fungerar", "Säkra förflyttningar") som till företeelser relaterade till en process i genomförandet ("Öka kvalitetssäkring i uppdelning av läkemedel.", "Säkerställd och problemfri blodprovstagning"). Målen var i många fall formulerade i termer om att "bli bättre på", "bibehålla förmågan"

eller ”återfå tidigare förmågor”. Vilka förmågor som avses beskrivs inte i målet. Dessa exempel visar på behov av att tydligt beskriva målet för olika funktionstillstånd i syfte att samordna alla involverade professioner mot det satta målet. Ett annat syfte med att sätta mål är att det är motivationsskapande för patienten (8). Enligt tidigare forskning (9-12) är patienterna inte involverade i sin egen målformulering. Då kan man ställa sig frågan om man, i vårdplaneringen, utgår från vad som är av betydelse för patienten och om professionerna känner till att det är motivationskapande för patienten att vara delaktig i att formulera mål för sin egen vård. Resultatet från denna studie visar att vårdpersonalen har behov av utbildning och stöd för att sätta mål tillsammans med den enskilde. Målen ska gå att följa upp som resultat för individen.

Avsaknad av mål gör det även svårt att utvärdera om den avsedda effekten av en åtgärd har uppnåtts. De bedömningsfaktorer som finns i ICF skulle kunna användas för att beskriva vad och hur mycket som ska uppnås gällande hälsotillståndet.

Utredande och behandlande åtgärder dokumenteras sällan

Det är anmärkningsvärt att så få utredande och behandlande åtgärder dokumenteras. Cirka 80 procent av de utredande åtgärderna har tolkats av granskaren som att de har utförts då det funnits någon form att tillstånd, som varit dokumenterat. Likaså var de behandlande åtgärderna dåligt dokumenterade. En brist i journalgranskningen är att den inte omfattar hela dokumentationen från det att patienten blev aktuell för kommunal hälso- och sjukvård. Detta medför att Socialstyrelsen inte kan uttala sig om det finns någon tidigare vårdplan med planerade åtgärder för utredande respektive behandlande åtgärder. Det är av betydelse att dokumentera vilka åtgärder som planeras för att tillgodose individens behov, dels för att kunna följa upp om planerade åtgärder verkligen genomfördes, dels för att kommunicera med andra yrkesgrupper som är involverade i vården och omsorgen av den enskilde personen. Det är även av stor vikt att dokumentera att åtgärden genomfördes för att kunna ställa resultatet (d.v.s. effekt av åtgärd) i förhållande till genomförda åtgärder för att därefter kunna bedöma graden av måluppfyllelse.

Dokumenterande yrkesgrupper

Fler än en profession dokumenterade tre fjärdedelar av funktionstillstånden och utförde samma typ av utredningar och bedömningar. De behandlande åtgärderna är mer yrkesspecifika, då bara ungefär hälften utfördes av mer än en profession. Dokumentationen visar att flera olika professioner bedömer och ibland även åtgärdar samma typ av funktionstillstånd. Det är ett uttryck för att ett behov hos den enskilde äldre många gånger kräver någon form av bedömning och ibland också åtgärd av flera olika yrkesgrupper. Förekomsten av sådant teamarbete visar att det är viktigt att dokumentationen sker i en patientjournal med entydiga begrepp och enhetliga termer för att undvika missförstånd och dubbeldokumentation. Även de funktionstillstånd och åtgärder som endast dokumenteras av en profession kommuniceras troligen till andra professioner som är involverade i patientens vård. Det medför att även för dessa funktionstillstånd och åtgärder behövs entydiga begrepp och

enhetliga termer. Det handlar om att beskriva en vårdprocess utifrån den enskildes behov och att säkerställa patientsäkerheten.

Det ingick inte i studien att relatera innehållet i den dokumenterade vården till personalsammansättningen. Det finns fler sjuksköterskor än arbetsterapeuter och sjukgymnaster i den kommunala hälso- och sjukvården. Så var också fallet i de deltagande kommunerna. Två kommuner hade dessutom en dietist med patientansvar anställd. Proportionerna av professionerna ska ses i förhållande till de dokumenterade funktionstillstånden och åtgärderna.

Delegeringar

Delegeringar att utföra vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter till den icke-legitimerade personalgruppen förekommer ofta i den kommunala hälso- och sjukvården. En sjuksköterskas delegering att administrera läkemedel, d.v.s. ge ett läkemedel till en person, är den vanligaste åtgärden som delegeras (17). Farmakologisk behandlingen vid smärta och oro genomfördes bland annat av delegerad personal. Delegeringar i form av stöd vid regelbunden tarmtömning var också vanligt förekommande, liksom olika såromläggningar.

Slutsatser

Undersökningen visar att

- Det finns en hel del brister i det underlag som rapporteras om hälso- och sjukvårdsåtgärder till den officiella statistiken.
- Det är framförallt olika funktionstillstånd inom kroppsfunktioner som dokumenteras i journalen.
- Inom området aktivitet/delaktighet dokumenteras nästan enbart om förflyttning och personlig vård.
- Uppgifter om mål för olika hälso- och sjukvårdsåtgärder förekommer sparsamt i dokumentationen.
- Graden av funktionsnedsättningar beskrivs på olika sätt. Hur vårdbehoven skiljer sig mellan olika verksamheter, eller mellan olika utförare, går därmed inte att beskriva med nuvarande form för dokumentation.
- Åtgärderna dokumenteras sparsamt. Detta medför att det inte går att utvärdera resultat i förhållande till utförda åtgärder.
- Utan enhetliga och entydiga beskrivningar av mål och vårdbehov är det svårt att arbeta systematiskt med uppföljning av resultat och utvärdering på individnivå.
- Patienter i den kommunala hälso- och sjukvården har många olika behov som är föremål för både bedömningar och åtgärder av flera, ibland samtliga yrkesgrupper i verksamheterna.
- Det finns ett behov av en samordnad, systematisk dokumentation av vårdprocessen som kan användas av samtliga i vården involverade yrkesgrupper.
- Informationen måste dokumenteras med enhetliga, entydiga och jämförbara termer, begrepp och klassifikationer, d.v.s. nationellt fackspråk för att verksamhetsuppföljning på nationell såväl som lokal nivå ska kunna genomföras med hög kvalitet.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Äldre - vård och omsorg andra halvåret 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
3. Sveriges Kommuner och Landsting. Aktuellt inom vård och omsorg. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
4. Socialstyrelsen. Individbaserad verksamhetsuppföljning för personer som insjuknat i stroke och personer med psykiska funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
5. Socialstyrelsen. Nationell informationsstruktur för vård och omsorg. Modeller med beskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
6. Liss P-E. Målsättningar och verklighet - vård och omsorg i kommunal regi. Del 1 Mål och prioriteringar. Linköping: Prioriteringscentrum; 2006.
7. Socialstyrelsen. Metod för behovsbedömning. Rapport från Info-VU-projektets kunskapsnätverk för behov. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
8. Liss P-E. Setting goals in health promotion. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 1999;3:169-73.
9. Bendz M. The first year of rehabilitation after a stroke - from two perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17:215-22.
10. Efraimsson E, Sandman PO, Hydén L-C, Rasmussen BH. Discharge planning: 'fooling ourselves?' - patient participation in conferences. *Journal of Clinical Nursing*. 2004(13):562-70.
11. Furaker C, Hellstrom-Muhli U, Walldal E. Quality of Care in relation to a critical pathway from the staff's perspective. *Journal of Nursing Management*. 2004;12:309-16.
12. Wressle E, Eeg-Olofsson A-M, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2002;34:5-11.
13. Holliday RC, Cano S, Freeman JA, Playford ED. Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 2007;78:576-80.
14. Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF. Stockholm: Socialstyrelsen och WHO; 2003; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/koderfunktionstillstand/icf>.
15. Socialstyrelsen. Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 - primärvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.
16. Socialstyrelsen. Den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.

17. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen 2008.
18. Socialstyrelsen. Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
19. Sveriges Kommuner och Landsting. Vad kostar hemsjukvården i kommunerna? En metod att mäta hemsjukvårdens omfattning och kostnader : resultat från Jämtland och Värmland. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2006.
20. Socialstyrelsen. Bättre kostnadsredovisning av hälso- och sjukvården i kommunerna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
21. Socialstyrelsen. Att arbeta med äldres rehabilitering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
22. Socialstyrelsen. Rehabilitering för hemmaboende äldre personer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105 - 12.
24. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med* 2005;37:212-8.
25. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2003.
26. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum. Vårdbehov och insatser för de äldre 2002 - 2006, SNAC-K rapport nr 13. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum; 2007.
27. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
28. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
29. Fujita K, Fujiwara Y, Kumagai S, Watanabe S, Yoshida Y, et al. The frequency of going outdoors and physical, psychological and social functioning among community-dwelling older adults (Article in Japanese). *Japanese Journal of Public Health*. 2004;51:168-80.
30. Kono A, Kai I, Sakato C, Rubenstein LZ. Frequency of going outdoors predicts long-range functional change among ambulatory frail elders living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2007;45:233-42.
31. Almborg AH, Ulander K, Thulin A, Berg S. Discharged after stroke - important factors for health-related quality of life. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19:2196-06.
32. Regeringens proposition 2009/2010:116. Värddigt liv i äldreomsorgen. In: Socialdepartementet, editor. Stockholm 2010.
33. Socialstyrelsen. Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.

34. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) 3 f §.
35. Socialtjänstlag (2001:453) 2 Kap. 7 §.
36. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
37. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.
38. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.
39. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering.

Bilaga 1

I anvisningarna för uppgiftsregistreringen till den personnummerbaserade statistiken anges att

”Uppgift ska lämnas om varje person som fr.o.m. juli månad 2008 har varit mottagare av hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Alla personer i kommunen som fått HSL-åtgärd enligt ovan omfattas av uppgiftslämnandet. HSL-åtgärderna kan t.ex. ges inom kommunens äldre- eller handikappomsorg, inom kommunens missbrukarvård eller inom stöd och service enligt LSS. Personer i ordinärt boende som enbart får kommunal HSL-åtgärd, och således ingen annan åtgärd av kommunen, omfattas också av uppgiftslämnandet. Med kommunal hälso- och sjukvårdsåtgärd avses alla åtgärder som dokumenteras genom en anteckning i patientjournalen, d.v.s.. *både* åtgärder som sker i direkt kontakt med patienten *och* åtgärder som berör en patient men som sker utan direkt kontakt (t.ex. kontakter med andra yrkeskategorier, aktiviteter i samband med bostadsanpassningsärenden m.m.). Sådana åtgärder kan t.ex. ges av sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped och dietist. Till den kommunala hälso- och sjukvården hör *inte* åtgärder som utförs på delegation från landstinget, d.v.s.. när landstinget har hälso- och sjukvårdsansvaret.”