

Hemsjukvård i förändring

En kartläggning av hemsjukvården i Sverige
och förslag till indikatorer

ISBN 978-91-85999-78-1
Artikelnr 2008-126-59

Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2008

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting kartlägga hemsjukvårdens omfattning avseende bl.a. hemsjukvårdens målgrupper och vilken tillgång patienter i hemsjukvården har till läkare, hemsjukvård dygnet runt samt tillgång till specialistsjukvård samt eventuella brister i kostnadsdata. I uppdraget ingår också att utveckla indikatorer för hemsjukvården för att öppet kunna redovisa, värdera och jämföra verksamheternas processer och resultat.

Syftet med rapporten är att beskriva de skilda förutsättningar som hemsjukvård på olika vårdnivåer i landsting och kommuner arbetar utifrån samt att få bättre kunskap om skillnader och vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som faktiskt utförs i de olika huvudmännens hemsjukvård.

Arbetet med rapporten har genomförts i projektform. Projektets styrgrupp har bestått av Gunilla Hulth-Backlund, Christer Neleryd, Staffan Blom, Olivia Wigzell (t.o.m. den 31 mars 2008) och Birgitta Eriksson (fr.o.m. den 1 april 2008).

Projektgruppen har från Socialstyrelsen bestått av Kristina Stig (projektledare), Marianne Lidbrink, Sylvia Norén, Henrik Moberg, Tomas Wänskä, samt Gabriella Kollander Fällby från Sveriges Kommuner och Landsting. Ann Bonair, Marie Lawrence och Åke Grundberg från Socialstyrelsen har också bidragit till rapporten.

Annika Edberg, Anna Hagman och Homan Amani, Socialstyrelsen har utfört de statistiska bearbetningarna.

Värdefulla synpunkter har lämnats av de externa experterna. Dessa har varit Eva Bergdahl distriktssköterska, Elisabeth Linder distriktssköterska, Maritha Månsson medicinsk ansvarig för rehabilitering, Barbro Nordström distriktsläkare, Inger Rising sjuksköterska och vårdsakkunnig i primärvård, Idalena Svensson planeringsledare och Maj Rom Sveriges Kommuner och Landsting.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	6
<i>Uppdraget</i>	11
Avgränsning mot annan hälso- och sjukvård	11
<i>Metod och genomförande</i>	13
<i>Definitioner</i>	14
Hemsjukvård	14
Rehabilitering	14
Habilitering	15
Omvårdnad	15
Ingen enhetlig beskrivning av hemsjukvård	15
<i>Ansvarsförhållande och organisation av hemsjukvården</i>	17
Förutsättningar i lagstiftningen	17
Primärvårdens innehåll och ansvar	17
Landstingens hemsjukvårdsansvar	18
Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 18 § HSL	20
Ledningsansvaret i landsting och kommuner	23
Hälso- och sjukvårdspersonal i hemsjukvården	25
Avtal om läkarmedverkan	26
<i>Statistik- och kostnadsuppgifter</i>	28
Hemsjukvårdens verksamhet och ekonomi	28
<i>Kostnads- och insatsutveckling</i>	33
Landstingens hemsjukvård	33
Kommunernas hälso- och sjukvård/ hemsjukvård	35
Insatsutveckling i hemsjukvården	36
<i>Målgrupper för hemsjukvård</i>	40
Hur många får hemsjukvård?	40
Hemsjukvårdspatienten	41
Hemsjukvårdspatienten och slutenvården	42
Hemsjukvårdspatientens läkemedel	45
<i>Hemsjukvårdens speciella förutsättningar</i>	48

Tillgång till journalhandlingar	48
Gemensamt språk	48
Vårdplanering och samverkan	49
Delegeringar	51
Läkemedelshantering	52
<i>Enkät om hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende</i>	<i>54</i>
Resultat av enkäten i den primärvårdsanslutna hemsjukvården	57
Resultat av enkäten i den specialiserade somatiska hemsjukvården	98
<i>Nationella indikatorer</i>	<i>102</i>
Nationella indikatorer för God vård	102
Förslag till nationella indikatorer för hemsjukvård	103
<i>Sammanfattande slutsatser och förslag</i>	<i>112</i>
Hemsjukvården har förändrats över tid	112
Hemsjukvård i ordinärt boende	114
Ett förtydligande av hemsjukvårdens uppdrag	114
Hemsjukvårdspatienten	115
Hemsjukvårdspatientens tillgång till slutenvård	116
Hemsjukvårdspatientens tillgång till hemsjukvård	116
Hemsjukvårdspatientens läkemedelsbehandling	119
Dokumentation i hemsjukvård	119
Vårdplanering i hemsjukvård	120
Utvecklad statistik och indikatorer för hemsjukvård ger bättre uppföljningsmöjligheter	120
<i>Referenser</i>	<i>124</i>
<i>Bilaga 1. Indelningsgrunder - Verksamhetsindelning för landsting och regioner VI 2000</i>	<i>131</i>
<i>Bilaga 2. Variabler om hemsjukvård</i>	<i>132</i>
<i>Bilaga 3. Datakällor till indikatorerna</i>	<i>135</i>

Sammanfattning

- Socialstyrelsens enkätundersökning visar tydligt att det har skett en utveckling mot att alltmer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i den enskildes hem, det vill säga i ordinärt eller särskilt boende. Allt fler patienter får också hemsjukvård.
- Denna utveckling innebär ökade krav på att läkare och sjuksköterskor finns tillgängliga dygnet runt i hemsjukvården. Undersökningen visar dock att tillgången till läkare och sjuksköterskor i många fall inte är tillräcklig. En sjuksköterska ansvarar exempelvis i vissa verksamheter för upp till 400 patienter. Samtidigt har antalet platser i slutenvården minskat. Sammantaget innebär det att det finns risk för att kraven på god vård för hemsjukvårdspatienten inte kan upprätthållas och att patientsäkerheten äventyras.
- Patienter har rätt till en god vård. Den ska vara patientfokuserad, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid. Socialstyrelsens enkät visar bl.a. att tillgång till olika undersökningar och behandlingar varierar beroende på vilken huvudman som har ansvaret för hemsjukvården men också på hur avtalen om fördelningen av ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser har utformats samt hur verksamheten organiseras. Vården ges därmed inte på lika villkor.
- Patienterna har bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap.
- Antalet delegeringar per sjuksköterska är ofta så omfattande att det strider mot Socialstyrelsens delegeringsföreskrift. Detta är oacceptabelt.
- Det finns ett stort behov av att skapa rutiner för åtkomst till olika journalanteckningar, speciellt jourtid.
- Socialstyrelsen föreslår att en patientansvarig sjuksköterska med särskilt samordningsansvar införs i hemsjukvården för att tillgodose patientens behov av samordning av olika vårdinsatser.
- Den statistik som beskriver den primärvårdsanslutna hemsjukvården är ofullständig och inte jämförbar. En total översyn av statistiken som beskriver hemsjukvårdens processer, resultat och kostnader måste göras, så att statistiken blir enhetlig, jämförbar och informativ.
- Socialstyrelsen anser att det finns behov av en tydlig beskrivning av hemsjukvårdens uppdrag och den kompetens som krävs samt omfattningen av landstingens ansvar för hemsjukvård och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL.
- Hemsjukvårdens framtida organisation måste utgå från patientens behov där alla delar i vårdkedjan samverkar. Av Socialstyrelsens enkät framgår att patienterna har bättre tillgång till hälso- och sjukvård

när ansvaret samordnas i ett huvudmannaskap. Enbart förändringar av huvudmannaskapet löser dock inte hemsjukvårdspatientens alla behov av hälso- och sjukvård.

Uppdraget

I regleringsbrevet 2007 fick Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kartlägga hemsjukvårdens omfattning. I uppdraget ingick bl.a. att kartlägga målgrupper, vilken tillgång patienter i hemsjukvården har till läkare, hemsjukvård dygnet runt och till specialistsjukvård samt eventuella brister i kostnadsdata. Jämförelser skulle också göras mellan landsting där landstingen själva ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende och landsting där kommunerna ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende. Förslag på indikatorer för att öppet kunna redovisa, värdera och jämföra verksamheternas processer och resultat skulle också tas fram.

Denna rapport behandlar i huvudsak den primärvårdsanslutna hemsjukvården. Primärvårdsanslutna hemsjukvård beskriver en vårdnivå som omfattar hemsjukvård i både ordinärt och särskilt boende med landsting eller kommun som ansvarig vårdgivare. I detta begrepp ingår inte den specialiserade hemsjukvården.

Hemsjukvården har förändrats sedan Ädelreformen 1992

Hemsjukvård är en växande verksamhet. Uppskattningsvis får cirka 250 000 personer hälso- och sjukvårdsinsats i hemsjukvården i Sverige idag. 87 procent av dem är över 65 år. De flesta är kvinnor. Antalet vårdplatser i slutenvård har blivit färre, liksom antalet platser i särskilda boendeformer. Fler och fler personer får vård i kommunernas hemsjukvård. Det är i ordinärt boende som ökningen har skett. Antalet hemsjukvårdsbesök av läkare och annan sjukvårdspersonal ökar från landstingens sida.

Kraven på olika hälso- och sjukvårdsinsatser i hemsjukvården har sedan Ädelreformens genomförande ökat, genom att allt fler svårt sjuka bedöms vara utskrivningsklara och skrivs ut från den slutna vården. Denna utveckling måste ställas i relation till den minskning av antalet vårdplatser som har skett i den slutna vården. Socialstyrelsens enkätundersökning som genomförts i detta uppdrag visar att det pågår en förskjutning av vårdinnehållet som innebär att allt fler kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i den primärvårdsanslutna hemsjukvården. Denna utveckling av hemsjukvården ställer krav på att personal finns tillgänglig dygnet runt. Det måste också finnas tillgång till vissa medicintekniska produkter för att kunna utföra mer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Tillgången till hemsjukvård varierar

Hur verksamheten organiseras får betydelse för hur tillgänglig vården är. Både organisation och innehåll i den primärvårdsanslutna hemsjukvården varierar, beroende på om det är landstinget eller kommunen som ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende. Landstinget i undersökningen väljer i stor utsträckning att bedriva hemsjukvård i egen regi under dagtid, företrädesvis vardagar, men överlåter ofta hemsjukvården på kvällar, helger och

nätter till andra utförare. Kommuner som ansvarar för hemsjukvård utför den i huvudsak i egen regi dygnet runt. De kan därför erbjuda en mer kontinuerlig vård från bemanningssynpunkt.

Socialstyrelsens enkät visar att patienterna har bättre tillgång till olika undersökningar och behandlingar när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap. Det underlättar också samordningen med hemtjänsten. Enkätsvaren tyder på att kommunerna ofta har större möjligheter än landstingens vårdcentraler att erbjuda vissa undersökningar och behandlingar. Det gäller även mer avancerade behandlingar som kräver närvarande hälso- och sjukvårdspersonal under obekvämt arbetstid. Kommunerna kan samordna sina resurser och koncentrera dessa till den begränsade grupp av patienter som ansvaret omfattar. Landstingen däremot måste anpassa verksamheten till hela befolkningen. Verksamheten blir då mer splittrad vilket medför att landstingen inte har samma möjlighet att fokusera på den äldre hemsjukvårdspatienten med behov dygnet runt. Vården ges därmed inte på lika villkor.

Enkätsvaren visar också att det i verksamheten är otydligt vilken huvudman som har finansieringsansvaret för de medicintekniska produkter som används för diagnostisering och utredning. Tillgången till dessa produkter och därmed möjligheten att genomföra olika undersökningar och behandlingar varierar därför i landet.

Öka tillgängligheten till både läkare och sjuksköterskor

Socialstyrelsens enkät visar att läkarna inte alltid har möjlighet att göra de hemsjukvårdsbesök som efterfrågas. För att upprätthålla kraven på god kvalitet och hög patientsäkerhet dygnet runt i den primärvårdsanslutna hemsjukvården, måste tillgängligheten till både läkare och sjuksköterskor förbättras. Det gäller framför allt under helger, kvällar och nätter. I Socialstyrelsens enkät framgick att en sjuksköterska kan ansvara för upp till 400 patienter under jourtid. Detta kan äventyra patientsäkerheten och är enligt Socialstyrelsen inte förenligt med god vård.

Större behov av slutenvården

Hemsjukvårdspatienten har fler vårdtillfällen och vårddygn i slutenvården än befolkningen i allmänhet. Män med hemsjukvård nyttjar slutenvården mer än kvinnorna. De hemsjukvårdspatienter som bor i ordinärt boende och samtidigt får hjälpinsats även från hemtjänsten har fler vårdtillfällen och vårddagar än de som bor i särskilt boende. Denna grupp ordinerar också mest läkemedel.

Tillgång till journalhandlingar är viktigt för patientsäkerheten

Tillgång till patientens journalhandlingar dygnet runt är en förutsättning för en trygg och säker hemsjukvård. Befintliga datasystem måste därför anpassas till varandra. Svaren i Socialstyrelsens enkät visar att sjuksköterskorna ofta inte har tillgång till patienternas medicinska journal varken dag eller jourtid när kommunen är ansvarig för hemsjukvården. Under jourtid har inte heller läkarna alltid tillgång till patienternas medicinska journal. Det tyder på att det finns ett stort behov av att skapa rutiner för åtkomst till olika jour-

nalanteckningar, speciellt jourtid. Det är särskilt viktigt när flera olika vårdgivare och utförare är involverade olika tider på dygnet och där det ännu inte finns kommunicerande journalsystem.

Många delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter förekommer ofta i den primärvårdsanslutna hemsjukvården. Läkemedelshantering i olika former är det som oftast delegeras. Utan delegeringar skulle det inte vara möjligt att genomföra olika hälso- och sjukvårdsuppgifter i hemsjukvården. Undersökningen visar att en sjuksköterska i många fall har ansvar för så många delegeringar att förfarandet strider mot Socialstyrelsens delegeringsföreskrift. Det är inte acceptabelt.

Vårdinsatserna samordnas och kontinuerliga vårdplaneringar införs

Mångfalden av olika yrkesutövare och olika organisatoriska lösningar för hemsjukvården ställer höga krav på samordning av resurserna så att bästa möjliga vård och omsorg kan erbjudas patienterna. Flera studier visar att äldre personer ofta har behov av flera olika vårdresurser från olika vårdgivare och professioner och behöver därför hjälp med att samordna sina insatser.

För att tillgodose patientens behov av samordning av olika vårdinsatser föreslår Socialstyrelsen att en patientansvarig sjuksköterska med särskilt samordningsansvar införs i hemsjukvården. Med hänsyn till patientsäkerheten ska det också finnas rutiner för när en patientansvarig läkare ska utses.

Planering och genomförande av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser måste ske kontinuerligt och samordnat, i samverkan med patienten.

En tydlig beskrivning av hemsjukvårdens uppdrag och innehåll behövs

Det finns ingen tydlig beskrivning av hemsjukvården och vad den ska innehålla i lagstiftningen. Befintliga regelverk beskriver inte heller på vilka vårdnivåer hemsjukvården ska bedrivas. Kartläggningen och jämförelserna mellan verksamheten i landstingens och kommunernas regi har försvårats av att gränsen mellan de olika huvudmännens ansvar i den primärvårdsanslutna hemsjukvården är otydlig. Ansvarsfördelningen mellan den slutna vården och primärvården håller dessutom på att förändras genom förskjutningen av vårdinnehållet. En översyn av hemsjukvården bör därför innehålla en tydlig beskrivning av hemsjukvårdens uppdrag och innehåll samt den kompetens som krävs. De indikatorer för hemsjukvård som Socialstyrelsen föreslår i denna rapport skulle kunna utgöra ett av flera underlag för en precisering av hemsjukvårdens uppdrag.

Samverkan i hela vårdkedjan

Patienter i hemsjukvården är beroende av många vårdgivare och professioner som tillsammans ingår i en sammanhängande vårdkedja. Patienten har rätt att förvänta sig ett tryggt och säkert omhändertagande i hela vårdkedjan. Oavsett om patienten får sin vård i den slutna vården, i den primärvårdsanslutna hemsjukvården i ordinärt eller särskilt boende, i den specialiserade hemsjukvården eller får insats i socialtjänsten så har patienten rätt till en vård som samverkar och som utgår från patientens behov. Samverkan i

vårdkedjan försvåras av den otydliga ansvarfördelningen mellan huvudmännen i den primärvårdsanslutna hemsjukvården och mellan primärvården och slutenvården. En framtida organisation av hemsjukvården måste därför utgå från patienternas behov där alla delar i vårdkedjan samverkar.

En total översyn bör göras av all uppgiftsinsamling om hemsjukvård

Kartläggningen och beskrivningen av hemsjukvården på nationell nivå har också försvårats av att landstingens och kommunernas statistikuppgifter har olika innehåll. Landstingen rapporterar hur många besök som sker i hemsjukvård medan kommunerna rapporterar antalet patienter. Medicinska diagnoser rapporteras inte.

Socialstyrelsen föreslår att en total översyn görs av ekonomisk statistik, verksamhetsstatistik och personalstatistik så att de uppgifter som samlas in på nationell nivå om hemsjukvård från landsting, kommuner och enskilda vårdgivare blir enhetlig, jämförbar och informativ.

Socialstyrelsen anser att möjligheterna att diagnosrapportera i hemsjukvården samt att registrera vårdåtgärder bör undersökas. Det skulle ge djupare kunskaper om vilka åtgärder som ges i hemsjukvården och vilka typer av diagnoser som hemsjukvårdspatienterna behandlas för.

Ett första förslag till områden och indikatorer för hemsjukvård

Det finns inga nationella indikatorer för hemsjukvård som beskriver verksamheternas processer och resultat. De områden och indikatorer som föreslås i denna rapport avser i första hand äldre personers hälso- och sjukvårdsbehov i den primärvårdsanslutna hemsjukvården.

En längre sammanfattning av slutsatserna från enkätvaren och de datakörningar och litteraturgenomgångar som Socialstyrelsen har genomfört finns i avsnittet ”Sammanfattande slutsatser och förslag”, sid. 112.

Uppdraget

Socialstyrelsen gavs i regleringsbrevet 2007 i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting kartlägga hemsjukvårdens omfattning, bl.a. målgrupper, avgränsning mot annan sjukvård, läkartillgänglighet, hemsjukvård dygnet runt, samverkan med specialistsjukvård samt antal sjukhusbesök för enskilda individer. Vidare skulle en redovisning ske av eventuella brister i data om kostnader. En jämförelse skulle göras mellan landsting där landstingen ansvarar för hemsjukvården och med landsting där kommunerna ansvarar för hemsjukvården. Socialstyrelsen skulle under 2007 prioritera arbetet med att utveckla indikatorer inom hemsjukvård för att öppet kunna redovisa, värdera och jämföra verksamheternas processer och resultat. Hela uppdraget skulle ursprungligen redovisas senast den 30 juni 2008 men på grund av arbetets omfattning förlängdes tiden till den 31 oktober 2008.

Socialstyrelsen har tolkat uppdragets delområden som:

- hemsjukvårdens omfattning med avgränsning mot annan sjukvård
- hemsjukvårdens målgrupper
- tillgänglighet till läkare och sjuksköterskor dygnet runt
- samverkan mellan olika vårdnivåer och specialister
- brister i kostnadsdata
- jämförelser mellan landsting där landstingen ansvarar för hemsjukvården och med landsting där kommunerna har tagit över ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende
- utveckling av process- och resultatindikatorer för hemsjukvårdens verksamhet.

Uppdraget har sin bakgrund i utredningen om vård och omsorg för äldre drygt tio år efter Ädelreformen som resulterade i betänkandet ”Sammanhållen hemvård” [1]. Med hemvård avsåg utredningen de integrerade sociala och medicinska insatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel som den enskilde behöver i sitt boende. Förslagen syftade till att skapa en långsiktig och stabil struktur för ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting. Utredningens förslag att kommunerna skulle överta ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende genomfördes dock inte.

Avgränsning mot annan hälso- och sjukvård

Den specialiserade hemsjukvården

Kartläggningen har i huvudsak avgränsats till primärvårdens hemsjukvård i landsting och kommuner. Rapportens undersökning omfattar också den avancerade sjukvården i hemmet som utgår från den specialiserade slutna

vården men verksamheten har inte varit föremål för någon mer långtgående analys. Denna hemsjukvårdsverksamhet är bemannad med läkare och sjuksköterskor dygnet runt och det finns ofta en plats i slutenvården tillgänglig för patienten om behovet plötsligt uppstår. Verksamheten arbetar under helt andra förutsättningar än den hemsjukvård som ges på primärvårdsnivå.

Uppdraget har heller inte närmare behandlat den specialiserade psykiatriska hemsjukvården, eftersom Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen arbetar med flera olika frågor inom området psykisk hälsa. Dessa frågor samordnas av ett särskilt projekt inom Socialstyrelsen, NU!-projektet – Nationellt utvecklingsstöd till verksamheter för människor med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning. Några frågor i enkäten om den primärvårdsanslutna hemsjukvården behandlar dock patienternas tillgång till den specialiserade psykiatrin. Dessa frågor ställdes utifrån att patienter i hemsjukvård många gånger har behov av och rätt att ta del av de resurser som psykiatrin förfogar över.

Avgränsning mot egenvård

Egenvård, dvs. de uppgifter som den ansvarige läkare normalt lämnar till patienten eller till de närstående att sköta på egen hand ingår inte heller i denna kartläggning. För att kunna dra gränsen mellan hälso- och sjukvård och egenvård måste som regel patientens läkare dock bedöma vilka åtgärder som kan anförtros åt patienten eller åt de närstående efter enklare instruktion.

Metod och genomförande

Arbetet har genomförts i projektform med en styrgrupp, en projektgrupp samt en grupp med externa experter inom området hemsjukvård. Arbetet har genomförts i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. Projektledningen har stämt av med närliggande projekt och fortlöpande haft kontakt med Socialstyrelsens projekt om nationella indikatorer för God vård och Öppna jämförelser inom vård och omsorg.

Följande huvudsakliga metoder har använts:

- litteraturgenomgångar
- genomgång av befintliga statistikkällor om verksamhet och kostnader
- enkätundersökning i sex landsting och 76 kommuner
- samkörningar i patientregistret, läkemedelsregistret och socialtjänstregistret
- diskussioner med externa experter.

De landsting som ingick i enkätundersökningen valdes ut så att de var representativa i förhållande till storlek, geografisk fördelning samt utifrån huvudmannaskap för hemsjukvård i ordinärt boende. Svarspersonerna var verksamhetschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Enkätfrågorna utformades i syfte att få kunskap om hemsjukvårdens innehåll oavsett vem som är vårdgivare. Frågeområdena var:

- ansvarig utförare
- tillgång till personal
- förekomst av delegeringar
- tillgång till olika undersökningar
- tillgång till olika behandlingar
- tillgång till journalhandlingar
- samarbete med andra vårdgivare.

Frågorna hade flera svarsalternativ och var uppdelade på åldersgrupper och tidsintervall i de fall där det var lämpligt. Svarspersonerna ombads också att lämna egna kommentarer. Eftersom svarspersonerna fanns i olika verksamhetstyper togs fyra likalydande enkäter fram:

- en för hemsjukvård i ordinärt boende med kommunen som ansvarig för hemsjukvården
- en för hemsjukvård i ordinärt boende med landstinget som ansvarig för hemsjukvården
- en för hemsjukvård i särskilt boende
- en för specialenheter inom hemsjukvården.

Enkäten sändes ut via e-post den 27 februari 2008. Efter två påminnelser stängdes enkäten den 15 april 2008.

Definitioner

Hemsjukvård

Hemsjukvård omfattar medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan vårdpersonal med delegering enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14). Med hälso- och sjukvårdspersonal avses också den som biträder en legitimerad yrkesutövare [2].

Definitionen av termen hemsjukvård i lagstiftningen är ”hälso- och sjukvård i hemmet”. Därmed menas dock inte all hälso- och sjukvård som är möjlig att bedriva i ett hem. Lagens förarbeten [3] begränsar hemsjukvård i ordinärt boende till ”den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskildas hem i det vanliga bostadsbeståndet”. Av förarbetena framgår vidare att hemsjukvård är avsedd för personer som behöver långvariga insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det är dock inget krav att patienter ska ha behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst för att de ska kunna få hemsjukvård. Insatser av tillfällig karaktär som hälso- och sjukvårdspersonal utför i hemmet räknas inte som hemsjukvård utan som öppen hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsens termbank definierar hemsjukvård som:

”hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden.” Åtgärder och insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som i särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet. Hemsjukvården ska skiljas från öppen vård.

I Socialstyrelsens uppgiftsinsamling för äldreomsorg och insatser till personer med funktionsnedsättning används benämningen ”hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL)”. I den här rapporten används såväl ”hemsjukvård” som ”primärvårdsansluten hemsjukvård” liksom ”hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt 18 § HSL” för att benämna den hemsjukvård som bedrivs i kommunerna. Primärvårdsansluten hemsjukvård beskriver en vårdnivå som omfattar hemsjukvård i både ordinärt och särskilt boende med landsting eller kommun som ansvarig vårdgivare. I detta begrepp ingår inte den specialiserade hemsjukvården.

Rehabilitering

Socialstyrelsens termbank definierar rehabilitering som ”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funk-

tionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”.

Rehabilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras.

Habilitering

Socialstyrelsens termbank definierar habilitering som ”insatser som ska bidra till att en person med medfödd eller tidigt förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”.

Habilitering står för tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter. Insatserna kan vara av arbetslivsinriktad, medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk art och kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskildes möjligheter till inflytande vid planering, genomförande och uppföljning beaktas och säkras.

Omvårdnad

Omvårdnad går som en röd tråd genom all vård. Omvårdnad innebär att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa, minska lidande samt ge möjlighet till en värdig död. Med omvårdnad inom hälso- och sjukvården avses stöd och hjälp för kortare eller längre tid till personer som på grund av sitt hälsotillstånd inte själva klarar att planera eller genomföra handlingar som hör till deras dagliga liv.

Ingen enhetlig beskrivning av hemsjukvård

Den öppna respektive slutna hälso- och sjukvården kan beskrivas relativt väl till både omfattning och innehåll, medan hemsjukvården saknar en tydlig definition med fastställda kriterier. Lagstiftningen ger ingen tydlig bild av vad hemsjukvård är, vad den ska innehålla och hur den skiljer sig från annan vård. Detta har gjort det svårare att beskriva hemsjukvårdens omfattning och innehåll samt att bedöma resursbehovet [4]. Det är också vanligt att man talar om olika typer av hemsjukvård exempelvis basal respektive avancerad hemsjukvård, primärvårdsansluten hemsjukvård, lasarets- eller sjukhusansluten hemsjukvård och kommunal hemsjukvård [5]. Benämningarna syftar oftast på organisationstillhörighet och har inget entydigt samband med funktion eller verksamhetsinnehåll.

Definitionen i Socialstyrelsens termbank innebär att hemsjukvård är hälso- och sjukvård när insatserna ges i patientens bostad, såväl i ordinärt

som i särskilt boende. Definitionen anger också att hemsjukvård kan ges i dagverksamhet/daglig verksamhet och att ansvaret för de medicinska åtgärderna ska vara sammanhängande över tid. Definitionen i termbanken beskriver dock inte på vilka vårdnivåer hemsjukvården bedrivs, dvs. om den innefattar både den primärvårdsanslutna hemsjukvården och den specialiserade somatiska och psykiatriska hemsjukvården. Det är också oklart vad som menas med att åtgärderna ska vara ”sammanhängande över tid”.

Ansvarsförhållande och organisation av hemsjukvården

Förutsättningar i lagstiftningen

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) beskriver bland annat hur ansvaret för hälso- och sjukvården fördelas mellan landsting och kommun. Av kommunallagen 2 kap. 1 § framgår att kommuner och landsting inte själva får ha hand om sådana angelägenheter som egentligen är statens, en annan kommuns eller ett annat landstings ansvar.

Primärvårdens innehåll och ansvar

5 § HSL anger att ansvaret inom landstingets primärvård innebär

att som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget ansvarar för att organisera primärvården så att alla som bor i landstinget ska ha tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt.

Primärvården betecknar således den vårdnivå som ska kunna tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. Primärvård som vårdnivå inkluderar olika öppenvårdsmottagningar i form av t.ex. vårdcentraler/husläkarmottagningar/hälsocentraler, den hemsjukvård som bedrivs i landstingen samt den kommunala hälso- och sjukvården/hemsjukvården. Landstingens och kommunernas olika ansvar för hemsjukvård upp till läkarnivå illustreras i översikten nedan. Läkarinsatser utgår alltid från landstingen.

Tabell 1. Översikt över fördelningen av landstingens och kommunernas ansvar för hemsjukvård

Ansvar för HSL-insatser	Ordinärt boende, ej läkarinsatser	Särskilt boende enligt SoL/ LSS, ej läkarinsatser	Specialiserad sjukhusansluten hemsjukvård
Landstingens primärvård	X		
Landstingens specialiserade somatiska och psykiatriska vård			X
Kommunernas hälso- och sjukvård enl. 18 § HSL	X *	X	

* Endast de kommuner som har tecknat avtal med landstingen om att överta ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende.

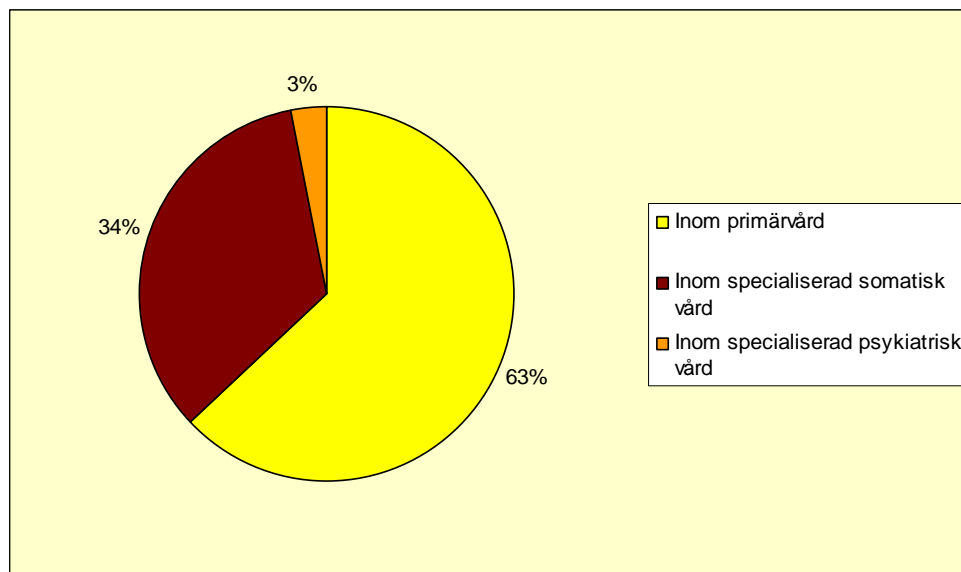
Landstingens hemsjukvårdsansvar

Hemsjukvårdens verksamheter benämns olika beroende på innehåll och på organisationstillhörighet. I den statistik som beskriver hälso- och sjukvården i landsting/regioner beskrivs hemsjukvården utifrån tre olika organisations-tillhörigheter [6]:

- primärvårdsansluten hemsjukvård
- specialiserad somatisk hemsjukvård
- specialiserad psykiatrisk hemsjukvård.

Hemsjukvård kan således ingå *både* i primärvården och i den specialiserade hälso- och sjukvården. I huvudsak bedrivs landstingens hemsjukvård inom primärvården. Hemsjukvård inom den specialiserade somatiska vården stod däremot för drygt 30 procent av hemsjukvårdens kostnader 2007.

Figur 1. Fördelning av landstingens hemsjukvård 2007



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007, Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner.

Primärvårdsansluten hemsjukvård

Landstingens primärvårdsanslutna hemsjukvård utgår vanligtvis från en vårdcentral/motsvarande med uppdrag i ordinärt boende. En vårdcentral kan bedriva både öppen vård och hemsjukvård. Verksamheten är allmänt inriktad och omfattar sådan hemsjukvård som inte kräver motsvarigheten till slutenvårdens insatser. Samtliga insatser hänförs till primärvård oavsett om insatserna sker på vårdcentraler, i patienters hem, hos privata specialister i allmänmedicin eller hos andra yrkesutövare respektive privata vårdgivare som landstingen tecknat avtal med eller som arbetar med ersättning enligt den nationella taxan [7]. Lättare och medelsvår psykisk ohälsa bör tas om hand av primärvården medan allvarlig psykisk ohälsa bättre hanteras av den specialiserade psykiatrin [8].

Specialiserad somatisk hemsjukvård

Den specialiserade somatiska hemsjukvården utgår från den slutna vården med landstingen/motsvarande som huvudman. Sjukhusanknuten hemsjukvård (sjukhusvård i hemmet) är inte en del av primärvården [9] utan en del av den öppna specialiserade vården. Den karakteriseras av att den nästan uteslutande behandlar personer med en cancerdiagnos som befinner sig i livets slutskede [10]. Dessa verksamheter erbjuder sådan hemsjukvård som till sitt innehåll och sin tillgänglighet finner sin motsvarighet i den slutna vårdens verksamhet. För att en patient ska få tillgång till denna hemsjukvård behövs en remiss. Det är vanligt att ansvariga i verksamheten tvingas prioritera vilka personer som kan behandlas i hemmet. Den kallas ofta *avancerad* hemsjukvård och kan benämnas på flera olika sätt [5]:

- ASIH – avancerad sjukvård i hemmet
- AHS – avancerad hemsjukvård
- MOH – medicinskt omfattande hemsjukvård
- SAH – sjukhusansluten hemsjukvård
- LAH – lasarettansluten hemsjukvård.

Palliativa rådgivnings- och konsultteam

Palliativa rådgivningsteam finns i de flesta län [5]. De har olika benämningar men gemensamt är att de i första hand arbetar konsultativt gentemot kliniker, hemsjukvård, särskilda boenden och liknande verksamheter. Teamen gör hembesök i ordinärt och i särskilt boende och i samband med dessa besök kan olika hälso- och sjukvårdsinsatser utföras. Teamen består av läkare och sjuksköterskor samt annan icke legitimerad vårdpersonal. I många fall finns också sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator m.fl. knutna till teamen. Ofta är teamen kopplade till en onkologisk eller en palliativ enhet på sjukhus. Det finns inte alltid tillräckliga resurser för att erbjuda alla behövande patienter denna vård [5].

Specialiserad psykiatrisk hemsjukvård

All psykiatrisk hemsjukvård är specialiserad hälso- och sjukvård. Den omfattar såväl psykiatrisk korttidsvård som psykiatrisk långtidsvård. Området omfattar allmän psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt rättspsykiatri och innehåller också exempelvis psykiatrisk vård av personer som missbrukar alkohol eller narkotika [6].

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 18 § HSL

Kommunerna har sedan Ädelreformen 1992 ansvar för *viss* hälso- och sjukvård avseende långvarig vård av äldre och personer med funktionsnedsättning. Ädelreformen hade som främsta syfte att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga organisatoriska förutsättningar för att utveckla samhällets vård och omsorg. En av tankarna i Ädelreformen var att de insatser som ges enligt HSL och SoL (socialtjänstlagen) i kommunerna skulle integreras.

Genom Ädelreformen fick kommunerna ett hälso- och sjukvårdsansvar inom kunskapsområdena omvårdnad, rehabilitering och habilitering. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som utför den hälso- och sjukvård som ingår i det kommunala ansvaret är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Kommunerna ansvarar också för att tillhandahålla hjälpmedel inklusive förbrukningsartiklar.

Reformen införde också bestämmelser om kommunernas betalningsansvar för vård av personer i slutet vård under vissa förutsättningar [11]. Hur samverkan ska gå till vid in- och utskrivning av patienter i slutet vård förtydligas i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutet vård. Kommunernas hälso- och

sjukvårdsansvar omfattar däremot inte läkarinsatser och inte heller sådan öppen vård som kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser, dvs. den specialiserade somatiska respektive psykiatriska hemsjukvården.

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård i särskilt boende

Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar i särskilt boende beskrivs i 18 § HSL. Varje kommun ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som

- bor i särskilda boendeformer för äldre och funktionshindrade enligt 5 kap. 5 § andra stycket och 5 kap. 7 § tredje stycket SoL (2001:453)
- bor i sådan särskild boendeform som avses i 7 kap.1 § första stycket 2. SoL (enskild verksamhet)
- bor i korttidsboende som är en del av det särskilda boendet enligt ovan
- vistas i dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL.

Särskilt boende som boendeform går i dagligt tal under benämningen vård- och omsorgsboende, sjukhem, gruppboende för personer med demenssjukdom, korttidsboende samt ibland också ålderdomshem eller servicehus. I socialtjänststatistiken, som Socialstyrelsen ansvarar för att samla in, används benämningarna permanent boende i särskilda boendeformer som omfattar boenden enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL och bostäder med särskild service, dvs. boenden enligt 5 kap. 7 § tredje stycket SoL.

Kommunens ansvar omfattar också de personer som bor i bostad med särskild service för barn och ungdomar, bostad med särskild service för vuxna samt daglig verksamhet enligt 9 § 8–10 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Se prop. 1992/93:159 s. 182.

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård i ordinärt boende

En kommun *kan* också, efter avtal med landstinget, helt eller delvis ta över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende enligt 18 § andra stycket HSL. Följden av ett sådant avtal blir att kommunen, och inte landstinget, bär ansvaret för den hemsjukvård som omfattas av avtalet.

Även om avtal slutits om att kommunen övertar huvudmannaskapet för hemsjukvården i ordinärt boende får landstinget bedriva en kompletterande hemsjukvård [12]. Landstinget har således fortsatt juridisk befogenhet till detta.

Cirka hälften av landets kommuner har skrivit avtal om att överta hemsjukvården i ordinärt boende. I Skåne, Västra Götaland, Halland, Kronoberg, Örebro, Värmland, Uppsala (undantag Heby kommun) och Jämtland har samtliga kommuner tagit över hemsjukvården i det ordinära boendet. I Kalmar län tog kommunerna från och med 2008 över hemsjukvården i ordinärt boende [13]. I Jönköpings, Stockholms, Södermanlands, Västmanlands och Västernorrlands län, där landstingen har ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende, finns det en till två kommuner som har tagit över hemsjukvårdsansvaret i det ordinära boendet [14]. Inom flera kommuner och landsting, bl.a. i Västernorrland, Västmanland, och i Blekinge, pågår utredningar och förhandlingar om ett eventuellt kommunalt övertagande av hemsjukvården i ordinärt boende.

Olikheter i kommunernas hemsjukvårdsavtal

Omfattningen varierar i fråga om kommunernas övertagande av hemsjukvården i ordinärt boende. Flera kommuner har endast tagit över ansvaret för delar av hemsjukvården. En enkät som Sveriges Kommuner och Landsting genomförde våren 2002 visade att av de kommuner som då hade tagit över hemsjukvården i det ordinära boendet, hade 52 procent någon form av avgränsning i åtagandet.

De vanligaste avgränsningarna var att:

- kommunerna endast ansvarade för hemsjukvården vid långvarigt behov (24 procent),
- kommunerna endast hade ansvar för patienter från en viss ålder och uppåt (17 procent),
- den så kallade tröskelprincipen tillämpades, vilket innebär att kommunen inte har hemsjukvårdsansvar för patienten i ordinärt boende om denne på egen hand kan ta sig till vårdcentralen för att få sjukvård,
- ansvaret endast omfattade vissa tider på dygnet/vissa dagar i veckan,
- ansvaret var kopplat till om patienten hade ett biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen eller inte [14].

Flera kommuner hade mer än en avgränsning eller en kombination av flera begränsningar. I dessa fall var det vanligt att kommunen hade ansvar endast för patienter över en viss ålder och med ett hemsjukvårdsbehov överstigande en viss tidsperiod. [14].

Skillnader i kommunernas och landstingens hemsjukvård

Kommunerna skiljer sig också åt i fråga om vilka insatser som hemsjukvården ger patienterna i såväl ordinärt som i särskilt boende. Det framgår bland annat av Socialstyrelsens enkät som redovisas i denna rapport att det är oklart var gränsen går mellan den hälso- och sjukvård kommunen *kan* bedriva och den hälso- och sjukvård som landstinget *ska* ansvara för. Det som bland annat skiljer landstingens ansvar för hemsjukvård från kommunernas ansvar för hemsjukvård är att landstingen även har ansvar för och utför alla läkarinsatser. Landstingen kan i princip bedriva all hälso- och sjukvård, men kommunerna får endast bedriva en viss del av det som är primärvård.

Läkaren kan inte disponera över de resurser som finns tillgängliga i kommunen för enskildas vård och behandling. Det ansvaret ligger på kommunen som ska se till att den enskilde får den vård och den behandling som läkaren meddelat. Landstinget kan dock inte begränsa sitt ansvar för de läkarinsatser som den enskilde behöver [3].

Ansvarsfördelningen enligt Ädelreformen

Ädelreformens proposition beskriver hur man tänkte sig att fördelningen av ansvaret mellan kommuner och landsting skulle se ut [3]. Reformen syftade bland annat till att tillgodose människors långvariga behov av hjälp från

såväl hälso- och sjukvården som från socialtjänsten, eftersom det var på detta område som samordningsproblemen var mest framträdande. Överförandet av ett visst hälso- och sjukvårdsansvar till kommunerna motiverades med att människor inte regelmässigt skulle behöva flytta till ett sjukhem eller till ett sjukhus inom länssjukvården när vårdbehoven tilltog. Det var endast när specialiserade resurser inom hälso- och sjukvården behövs som länssjukvårdens resurser skulle behöva utnyttjas [3].

Undersköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster, liksom övrig biträdespersonal skulle integreras i den kommunala organisationen [3]. Man framhöll speciellt att kommunerna behöver undersköterskor och biträdespersonal för att uppfylla sitt åtagande. Samtidigt underströks vikten av läkarmedverkan genom landstingens hälso- och sjukvård [3].

Ledningsansvaret i landsting och kommuner¹

Enligt 28 § HSL ska ledningen vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektiviteten. Bestämmelsen riktar sig till landstingens respektive kommunernas nämnder enligt 10 § HSL och 22 § HSL. Av 29 § samma lag framgår att det alltid ska finnas en verksamhetschef. Vårdgivaren, landsting eller kommun, bestämmer vilka verksamheter som ska hållas samman under en chef och vilken kompetens denne ska ha. Oavsett detta finns det vissa skillnader i ledningsansvaret för hemsjukvården beroende på om det är landstinget eller kommunen som är ansvarig vårdgivare. I landstingen ska det finnas en verksamhetschef som kan svara för verksamheten. I den hemsjukvård som kommunerna ansvarar för ska det finnas en verksamhetschef och en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Verksamhetschef

Enligt 29 § första stycket HSL ska det inom hälso- och sjukvård finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen ansvarar bl.a. för den löpande verksamheten och för att upprätthålla och bevaka att hälso- och sjukvårdsverksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt att den främjar kostnadseffektivitet inom sitt verksamhetsområde [15]. Verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta, eftersom sådana beslut har omedelbar betydelse för patienternas liv och hälsa. Kravet på att det ska finnas en verksamhetschef gäller oavsett den medicinska risknivån för enheten eller om verksamheten är offentlig eller enskild. Det gäller även för den hemsjukvård som kommunen ansvarar för.

¹ Texterna om ledningsansvar, verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och landstingets läkare är till stor del hämtade från Socialstyrelsens rapport "Lagstiftningen inom vården och omsorgen om äldre".

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)

Förhållandena i kommunerna skiljer sig från landstingen eftersom kommunens ansvar enligt HSL inte omfattar läkarinsatser. Oavsett detta, gav lagstiftaren uttryck för att det också finns uppgifter i den kommunala organisationen som inte kan anförtros annan än den som besitter en viss kvalificerad medicinsk kompetens [3]. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar regleras i 24 § HSL samt i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (FYHS).

Det ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), som svarar för att det finns rutiner så

- att kontakt kan tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när patientens tillstånd så fordrar
- att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienten
- att anmälan görs till ansvarig nämnd om en patient i samband med vård eller behandling har drabbats av eller har utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom.²

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ansvarar också för att patienterna får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet, att journaler förs i den omfattning som föreskrivs enligt lag, att patienten får den vård som läkare förordnat samt att rutinerna för läkemedelshantering är ändamålsenliga och väl fungerande.³

Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ska upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för verksamhetens kvalitetssystem och se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända och att de efterlevs. MAS ska vidare se till att det finns behövliga direktiv och instruktioner för sjukvårdsverksamheten. MAS ansvarar också för att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Däremot har MAS inte något primärt ansvar för den individuellt inriktade vården av enskilda patienter, men kan ingripa i enskilda fall och bestämma över vård och behandling [16].

Den person som ska ha detta ansvar ska i första hand vara en sjuksköterska. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en sjukgymnast eller arbetsterapeut utföra uppgifterna. Utöver legitimation anger propositionen att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan också behöver ha viss yrkeserfarenhet [3].

²24 § HSL

³ 2 kap. 5 §, Förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Hälso- och sjukvårdspersonal i hemsjukvården

Läkare

Läkaren har det övergripande ansvaret för enskildas vård och behandling och ska utifrån sitt medicinska yrkesansvar vidta de åtgärder som patientens tillstånd kräver. Läkaren bestämmer, med patientens medgivande, vilka vård- och behandlingsinsatser som ska göras. Därefter ska kommunens hälso- och sjukvårdspersonal, utifrån sitt medicinska yrkesansvar, följa de anvisningar om patientens vård och behandling som läkaren har meddelat [3]. Landstingets läkare har inte något ledningsansvar inom den kommunala hälso- och sjukvården. Rent organisatoriskt får landstingets läkare en ställning som konsultläkare i förhållande till kommunen [3].

Läkaren har ansvaret för att patienten undersöks, diagnostiseras och får den medicinska vård och behandling som hans eller hennes tillstånd kräver. Läkaren ska vägleda patienten och samordna behoven av kontakter med övrig hälso- och sjukvård. Läkaren ansvarar också för att patienten informeras om sitt hälsotillstånd [17]. Det är i första hand kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska, eller motsvarande, som ansvarar för att det finns rutiner för kontakt med läkare när enskildas hälsotillstånd fordrar det.

Distriktssköterska/sjuksköterska

Distriktssköterskans och sjuksköterskans arbete kan beskrivas utifrån kompetensområdet [18]. Det innebär att sjuksköterskan bland annat ansvarar för att tillvarata det friska hos patienten, att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov och för att organisera eller delta i teamarbetet kring patienten. Distriktssköterskan eller sjuksköterskan ansvarar också för att leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet i teamet. I ansvaret ingår också att vid behov informera och undervisa patienter eller närstående såväl individuellt som i grupp, samt att utföra eller medverka i undersökningar och behandlingar. Sjuksköterskan ska även planera, konsultera och informera i samverkan med andra aktörer i vårdkedjan.

I distriktssköterskans uppdrag ingår speciellt att upptäcka ohälsa och att ordna förebyggande och hälsofrämjande insatser [19]. En annan viktig uppgift är att beakta de psykosociala problem som kan bli följderna av sjukdom, funktionshinder och åldrande.

Distriktssköterskan och sjuksköterskan i kommunens hälso- och sjukvård kan delegera vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter och ska i samband med det utbilda och instruera personalen samt handleda den när det finns behov och praktiska möjligheter. Distriktssköterskan och sjuksköterskan kan också under vissa förutsättningar, förskriva vissa läkemedel i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter [20].

Arbetsterapeuter, sjukgymnaster

Arbetsterapeuten och sjukgymnasten utreder och bedömer behov av insatser i förebyggande/habiliterande och rehabiliterande syfte. I arbetsterapeutens och sjukgymnastens uppgift ingår också att förskriva tekniska hjälpmedel

till personer med funktionsnedsättning utifrån det individuella behovet. Både arbetsterapeuter och sjukgymnaster använder en stor del av sin tid till att handleda omvårdnadspersonal (undersköterskor, vårdbiträden) [21].

Undersköterskor och vårdbiträden

Personlig omvårdnad och social service dominerar det arbete som omvårdnadspersonalen, det vill säga undersköterskor och vårdbiträden, utför. De ansvarar bland annat för att observera och rapportera tillstånd som tyder på ohälsa till sjuksköterskan. En del av arbetet består också av sjukvård och rehabilitering [21]. När dessa uppgifter genomförs utifrån en delegering, får de som utför uppgiften samma ansvar som hälso- och sjukvårdspersonal i övrigt.

Avtal om läkarmedverkan

Enligt 26 d § HSL ska landstinget avsätta de läkarresurser som behövs i kommunerna så att enskilda personer kan erbjudas en god hälso- och sjukvård i de verksamheter som kommunerna har ett hälso- och sjukvårdsansvar för. Landstinget ska sluta avtal med kommunerna i landstinget om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Från och med den 1 januari 2007 klargörs läkaransvaret ytterligare i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Enligt 26 § d HSL ska landstinget sluta *avtal* med kommunerna inom landstinget om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan i särskilda boenden och i dagverksamhet. Detsamma gäller i ordinärt boende om kommunen har övertagit ansvaret för hemsjukvården. Avtal ska träffas med samtliga kommuner, men inget hindrar att landstinget har olika avtal med olika kommuner. Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning från landstinget för sina kostnader.

I en enkätundersökning som Socialstyrelsen gjorde 2006, ingick frågor till medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna [5]. Myndigheten frågade om kommunen hade tecknat avtal med landsting/region om läkarmedverkan i särskilt boende eller ordinärt boende. Nästan alla kommuner hade avtal om läkarmedverkan i särskilt boende. Tre fjärdedelar av kommunerna hade också tecknat avtal om läkarmedverkan i ordinärt boende (tabell 2).

Tabell 2. Andel kommuner som tecknat avtal med landsting/region om läkarmedverkan i särskilt boende och/eller ordinärt boende 2006

Huvudman för hemsjukvård	Läkaravtal särskilt boende	Läkaravtal ordinärt boende
Kommun	97 %	76 %
Region/landsting	87 %	7 %
Totalt	93 %	49 %

Källa: Socialstyrelsen, Vård i livets slutskede. 2006.

Innehållet i avtalen

De regionala avtalen om läkarmedverkan är strukturerade efter tillgänglighet, kontinuitet, samverkan, information och dokumentation samt efter tid för utvärdering av avtalen. Avtalen omfattar i första hand patienter i särskilt boende, i korttidsboende och i LSS-boende. Ibland omfattas gruppboende och daglig verksamhet. Avtalen reglerar att sjuksköterskan ska ha möjlighet till läkarkontakt dygnet runt året runt samt tillgång till ett direktnummer för telefonkontakt för råd och stöd av ansvarig läkare. Det ska även finnas en namngiven läkare för det särskilda boendet.

Generellt medverkar läkaren genom schemalagda besök en gång i veckan med en omfattning av 6 minuter per boende och vecka. Det finns även avtal där mininivån är 3,5 minuter per boende och vecka. Kommunens sjuksköterskor har tillgång till läkarkonsultationer under kontorstid. Vid behov av läkarkontakt under jourtid hänvisas sjuksköterskan ofta till primärvårdens beredskapsjour. I några fall även till sjukvårdupplysningen eller till central-sjukhuset. Utöver direkt patientarbete ingår tid för indirekt arbete som medicinsk vårdplanering, anhörigsamtal, läkemedelsgenomgångar, handledning, telefonkonsultationer, journalskrivning, ordinationer och kompetensutveckling. Formerna för samverkan varierar mellan avtalen. Utvärdering av avtalen sker med varierande intervall i vissa fall varje år, i andra vart fjärde år. I vissa avtal finns ingen uppgift om när avtalet ska utvärderas.

Statistik- och kostnadsuppgifter

Hemsjukvårdens verksamhet och ekonomi

Sveriges Kommuner och Landsting, SKL har från och med verksamhetsåret 2001 infört en ny verksamhetsindelning, VI2000, som är ett heltäckande patientrelaterat informationssystem. Verksamhetsindelningen används både i den ekonomiska bokslutsredovisningen och i basårsstatistiken. Personalstatistiken bör också anpassas till den nya verksamhetsindelningen. All verksamhet som huvudmannen finansierar oavsett organisations- och driftform ingår i redovisningen, både den egna verksamheten och den verksamhet som köps från andra landsting eller enskilda vårdgivare.

Enligt VI 2000 [7] delas hemsjukvård in i tre grupper:

1. Primärvårdsansluten hemsjukvård (PAH)

Hälso- och sjukvård som patienten genom huvudmannens åtagande och ansvar får i bostaden eller där patienten vistas. Hemsjukvård omfattar vård för patienter som är registrerade mottagare av hemsjukvård. Insatsen ska ha föregåtts av individuell vårdplanering och de medicinska insatserna ska vara ett ansvar som är sammanhängande över tid. Primärvårdsansluten hemsjukvård är avgränsad till insatser för en viss patientgrupp. Enligt definitionen får patienten vården i sitt hem. Till området hör, förutom de insatser som patienterna får i hemmet, även den personaltid på mottagningen som avser planering och förberedelse av insatserna för dessa patienter. Läkarsatser i särskilt boende hör också till primärvårdsansluten hemsjukvård.

2. Specialiserad somatisk hemsjukvård - Sjukhusansluten hemsjukvård (SAH)

Specialiserad hemsjukvård räknas som sjukhusansluten öppen hälso- och sjukvård. Den sjukhusanslutna hemsjukvården är medicinskt specialiserad och oftast inriktad mot vård i livets slutskede. Denna del av hemsjukvården är landstingets ansvar och ingår inte i den hemsjukvård som kan tas över av kommunerna.

3. Specialiserad psykiatrisk hemsjukvård

All psykiatrisk hemsjukvård är specialiserad hälso- och sjukvård. Den psykiatriska hemsjukvården i ordinärt boende bör utföras av sjuksköterska med psykiatrisk kompetens. Landstingen ansvarar för psykiatrisk hälso- och sjukvård i ordinärt boende som har en klart målinriktad terapeutisk karaktär. Även denna del av hemsjukvården är landstingets ansvar och ingår inte i den hemsjukvård som kan tas över av kommunerna.

Den ekonomiska statistikinsamlingen

Landstingen

SKL har fram till och med 2007 samlat in officiell statistik om både verksamhet och ekonomi för landsting och regioner. Fr.o.m. den 1 januari 2008 samlar Statistiska centralbyrån (SCB) in officiell statistik för landstingens verksamhetsindelade bokslutsstatistik. SKL ansvarar fortfarande för att samla in sådana ekonomiska uppgifter från landsting och regioner som avser resultat- och balansräkning (bokslutsredovisningen), landstingens och regionernas verksamhetsstatistik samt statistik om landstingens och kommunernas egen personal.

I den ekonomiska statistik som SKL har samlat in har huvudsakligen ”nettokostnad” använts som kostnadsbegrepp. Med nettokostnader avses bruttokostnad med avdrag för samtliga externa och interna bruttointäkter. Det innebär att kostnader för verksamhet som landstinget har producerat till andra än den egna befolkningen samt patientavgifter har räknats bort. Nettokostnaden är således den kostnad som landstingen ska finansiera med skatter, generella statsbidrag och finansnetto. Produktionskostnaden däremot inkluderar i motsats till nettokostnad kostnader för såld verksamhet och patientavgifter. SKL:s kostnadsbegrepp för landstingens verksamhet skiljer sig från kommunernas kostnadsbegrepp. I det kommunala räkenskapssammandraget (RS) används termen ”kostnad” som avser bruttokostnad minus interna intäkter och försäljning av verksamhet till andra kommuner och landsting. Det handlar med andra ord om den produktionskostnad som avser verksamhet för de egna kommuninvånarna.

När SCB tar över statistikinsamlingen av landstingens verksamhetskostnader från SKL kommer man att använda de kostnadsbegrepp som används i det kommunala räkenskapssammandraget (RS). Detta kommer att göra det lättare att jämföra verksamhet som bedrivs i landstingens regi med verksamhet som bedrivs i kommunal regi.

Kommunerna

Kommunerna har inte tidigare särredovisat kostnader för hemsjukvård i den ekonomiska redovisningen. För att få årlig information om kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL har Socialstyrelsen infört 14 nya rader för hälso- och sjukvårdskostnader under det kommunala räkenskapssammandragets vård- och omsorgsflik från och med verksamhetsåret 2008. Kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården⁴ delas in i äldreomsorg respektive insatser till personer med funktionsnedsättning och i verksamheterna ordinärt boende, särskilt boende, korttidsboende, bostad med särskild service enligt LSS och daglig verksamhet samt övrig verksamhet. De nya raderna och kolumnerna med kostnader för kommunernas hälso-

⁴ Med hälso- och sjukvård här avses *all* hälso- och sjukvård som kommunen utför eller som på kommunens uppdrag utförs med undantag av skolhälsovård, företagshälsovård och den primärvård som bedrivs på försök i vissa kommuner. En del av kommunernas hälso- och sjukvård utgörs av hemsjukvård. Denna definition innebär en vidare tolkning av den hälso- och sjukvård som utförs av kommunerna än den som enbart omfattar hemsjukvård.

och sjukvård under det kommunala räkenskapssammandragets vård- och omsorgsflik innebär att den ekonomiska redovisningen ger bättre möjligheter att följa upp och analysera såväl kostnaderna för kommunens hälso- och sjukvård som övriga kostnader inom äldreomsorg och insatser till personer med funktionsnedsättning [13].

Landstingens hälso- och sjukvårdsinsatser

Uppgifterna till basårsstatistiken (verksamhetsstatistiken) samlas in av SKL som mängdstatistik. Verksamheten delas i VI 2000 in i huvudområden och delområden, där hemsjukvård ingår i de tre huvudgrupperna *primärvård*, *specialiserad somatisk vård* och *specialiserad psykiatrisk vård* (bilaga 1).

De insatser/variabler relaterade till hemsjukvård som redovisas i verksamhetsstatistiken är hemsjukvårdsbesök i patientens bostad av läkare respektive av annan sjukvårdspersonal såsom sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och undersköterskor. Insatserna är indelade i vårdformerna primärvård, specialiserad somatisk vård och specialiserad psykiatrisk vård. Här ingår de medicinska insatser som patienten får i hemmet och även den personaltid på mottagningen som avser planering och förberedelse av insatserna för dessa patienter. Därutöver redovisas antal telefonkontakter som läkare och övrig vårdpersonal tar. De olika typerna av vårdkontakter viktas sedan samman med hänsyn till resursåtgången så att jämförelser kan göras oavsett vem som utför vårdinsatsen (bilaga 2).

Socialstyrelsens termbank definierar ett *hemsjukvårdsbesök* som ”vårdkontakt inom hemsjukvård som innebär personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal”. Hemsjukvårdsbesök ska skiljas från hembesök som hänförs till öppen vård. I den nationella statistiken räknas endast hemsjukvårdsbesök som har dokumenterats i patientens journal. Ett hemsjukvårdsbesök ingår i en vårdplan för hemsjukvård [7].

Socialstyrelsens termbank definierar ett *hembesök* som ”öppenvårdsbesök i patients bostad eller motsvarande”. Som hembesök räknas ett besök i hemmet vid t.ex. akut sjukdom hos en patient som vanligtvis får hemsjukvård, men där orsaken inte omfattas av vård- och omsorgsplanen. Hembesök ska dokumenteras i patientens journal. Vissa huvudmän har dock svårt att separera hemsjukvårdsbesök från hembesök och därför är de statistiska uppgifterna osäkra.

Kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser

Socialstyrelsen är statistikansvarig myndighet för kommunala insatser enligt SoL och HSL till personer i åldern 0–64 år och till personer 65 år och äldre. Fram till och med 2006 samlade Socialstyrelsen in information om antalet personer med kommunal hemsjukvård i ordinärt boende, inom ramen för myndighetens uppgiftsinsamling i äldreomsorgsenkäten och i enkäten om personer med funktionsnedsättning. Enkäten besvarades endast av kommuner som helt eller delvis har övertagit ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende. I insamlingen definierades hemsjukvård (kommunal) som hälso- och sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas. Patienten ska vara registrerad som mottaga-

re av hemsjukvård och ansvaret för de medicinska insatserna ska vara sammanhängande över tiden. Personer som var registrerade som mottagare av hemsjukvård i ordinärt boende den 1 oktober redovisades, oavsett om de fick vård just den 1 oktober eller inte. Insamlingen klassas som mängdstatistik. För hemsjukvård i ordinärt boende samlade Socialstyrelsen in uppgifter med följande variabler, fördelat på ålder och kön:

- antal personer som var registrerade som mottagare av enbart hemsjukvård den 1 oktober
- antal personer som var registrerade som mottagare av både hemsjukvård och hemtjänst.

2007 startade Socialstyrelsen en ny, individbaserad uppgiftsinsamling om kommunal hälso- och sjukvård, med uppgifter om personnummer för de personer som tagit emot hälso- och sjukvårdsinsats som kommunen ansvarar för enligt 18 § HSL under respektive månad januari till december. I den nya statistiken kommer varje person som får någon insats enligt HSL att registreras. Det innebär att inte bara personer inom äldreomsorgen och personer med funktionsnedsättning omfattas av den nya uppgiftsinsamlingen utan även personer som exempelvis ingår i kommunens missbrukarvård eller personer som får stöd och service enligt LSS. Personer som enbart får kommunal hälso- och sjukvårdsinsats, och således ingen annan insats av kommunen, omfattas också av uppgiftslämnandet. Som kommunal hälso- och sjukvårdsinsats avses alla insatser som dokumenteras genom en anteckning i patientjournalen, dvs. både insatser som sker i direkt kontakt med patienten och insatser som berör en patient men som sker utan direkt kontakt. I den senare kategorin finns t.ex. kontakter med andra yrkeskategorier, aktiviteter i samband med bostadsanpassningsärenden m.m.

Hälso- och sjukvårdspersonal

I hemsjukvården finns allmänläkare och geriatriker, legitimerade sjuksköterskor, distriktssköterskor och sjuksköterskor med olika specialistutbildningar, legitimerade sjukgymnaster och arbetsterapeuter samt undersköterskor och vårdbiträden.

Socialstyrelsen samlar in officiell statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samt om personal med specialistbevis. Statistiken redovisas årligen. Statistiken omfattar sysselsatta efter Svensk Näringsgrensindelning (SNI 85.1). Statistiken bygger på registret över hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) som är ett totalregister över samtliga personer med legitimationer inom hälso- och sjukvården. Basen i registret är antalet legitimationer.

SKL sammanställer information om kommun- och landstingsanställd personal, personal anställd inom landstingsägda bolag samt de kommunalförbund som är medlemmar i arbetsgivarorganisationen Pacta. Personal som arbetar med hemsjukvård finns inte specificerad i statistiken över landstingskommunal personal.

Personal i hemsjukvården

Landstingen

Det saknas statistik om hur många som arbetar i hemsjukvården med landstinget som huvudman. Inom landstingens primärvård arbetade 2007 totalt 6 763 läkare, ca 15 000 sjuksköterskor, 1 222 arbetsterapeuter och 2 548 sjukgymnaster. Distriktssköterskeföreningen uppskattar det totala antalet distriktssköterskor till knappt 10 000 i hela landet. Inom geriatriken fanns 2007 ca 500 geriatriker, fördelade på ett fåtal platser i landet.

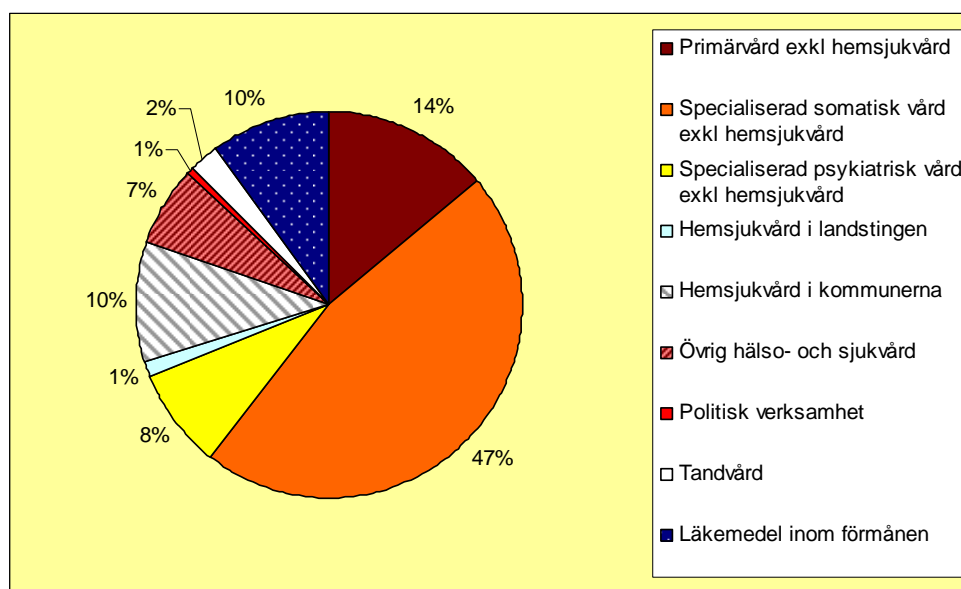
Kommunerna

Den befintliga statistik för den kommunala hälso- och sjukvården 2007 anger att det fanns 14 256 sjuksköterskor, varav 11 853 inom äldreomsorgen och resterande 2 403 inom omsorgen om personer med funktionsnedsättning. År 2005 var cirka 300 av dessa, eller ungefär en per kommun, specialistutbildad med inriktning mot vård av äldre [22]. Av sjuksköterskorna var 340 medicinskt ansvariga sjuksköterskor och 2 100 var distriktssköterskor. I kommunerna fanns samma år också 2 830 arbetsterapeuter, 1 605 sjukgymnaster, 86 000 undersköterskor och 74 200 vårdbiträden. Hur många som arbetar hos privata vårdgivare och hur många som arbetar i hemsjukvården framgår dock inte av statistiken.

Kostnads- och insatsutveckling

De totala kostnaderna för landstingens hälso- och sjukvård inklusive tandvård och kommunernas kostnader för hemsjukvård uppgick 2006 till 192,5 miljarder kronor. Den specialiserade somatiska vården stod för den största andelen, 47 procent. Den specialiserade psykiatriska vårdens andel var 8 procent. Primärvården exklusive hemsjukvård stod för 14 procent av kostnaderna. Landstingens hemsjukvård utgjorde 1 procent av kostnaderna medan kommunernas hälso- och sjukvård/hemsjukvård utgjorde 10 procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna (Figur 2).

Figur 2. Andelen av landstingens nettokostnad för hälso- och sjukvård och tandvård per område samt nettokostnader för kommunernas hemsjukvård 2006, procent



Källa: Socialstyrelsens beräkningar utifrån Sveriges Kommuner och Landsting: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006, Statistiska centralbyrån, Nationalräkenskaper, SHA, Satelliträkenskaper 2001–2006

Landstingens hemsjukvård

För hela landstingens hemsjukvård har kostnaderna under perioden 2002–2006 ökat med 35 procent i fasta priser. Kostnaderna för hela hälso- och sjukvården ökade med 23 procent i fasta priser under samma period. Den primärvårdsanslutna hemsjukvården ökade med 12 procent, medan den specialiserade somatiska hemsjukvården fick mer än fördubblade resurser under perioden. Likaså har den specialiserade psykiatriska hemsjukvården fått en i procent räknat stor resursförstärkning (tabell 3). Kostnaderna avser den hemsjukvård som landstingen ansvarar för.

Tabell 3. Kostnadsutveckling för landstingens hemsjukvård respektive hälso- och sjukvård, exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen, fördelat på verksamhetsområden 2002–2006 samt förändring i procent totalt och kr/invånare. Fastprisberäkning i 2006 års priser, nettokostnad miljoner kronor och kronor

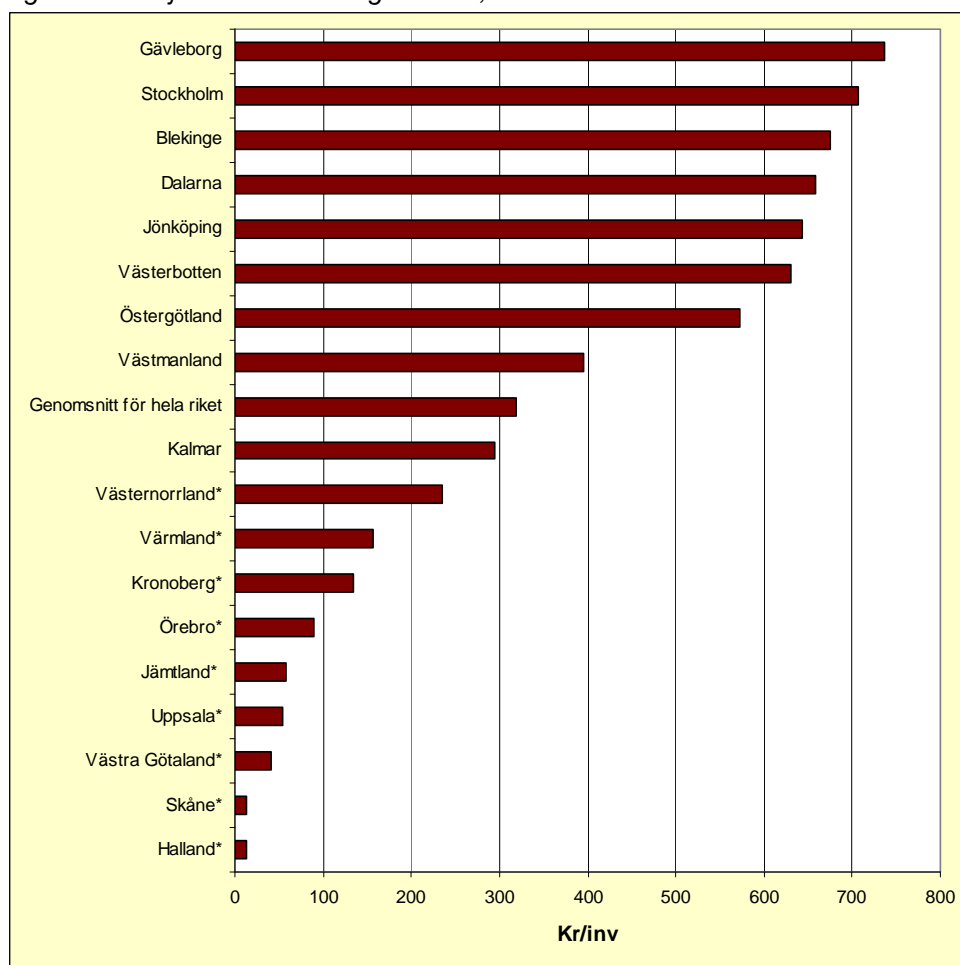
Insats/år	2002	2003	2004	2005	2006	Förändring % 2002– 2006	Kr/inv 2006
Primärvårdsanslutnen hemsjukvård	1 700	1 640	1 710	2 000	1 900	12,3	209
Spec. somatisk hemsjukvård	370	580	750	870	880	135,0	97
Spec. psykiatrisk hemsjukvård	60	90	95	120	90	51,8	10
Hemsjukvård totalt	2 140	2 320	2 560	2 990	2 890	35,0	317
Hälso- och sjukvård totalt	137 400	140 300	140 750	164 400	168 800	22,9	

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2002–2006.

Landstingens kostnader för hemsjukvården varierar

Den genomsnittliga kostnaden i riket för landstingens hemsjukvård var 319 kr/invånare. Då ingår både de landsting som har kvar ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende och de landsting där kommunerna helt eller delvis har tagit över hemsjukvårdsansvaret. Om man gör en uppdelning i landsting som har kvar hemsjukvårdsansvaret och landsting där kommunerna helt eller delvis har tagit över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende blir de två grupperna mer jämförbara. I de landsting som har kvar ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende varierade kostnaderna för hemsjukvården mellan 736 kr/invånare i Gävleborg och 295 kr/invånare i Kalmar. I de landsting där kommunerna helt eller delvis har tagit över ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende varierade kostnaderna mellan 157 kr/invånare i Värmland och 12 kr/invånare i Halland. Att kostnaderna varierade i de landsting där kommunerna har tagit över hemsjukvårdsansvaret beror till del på att övertagandet ser olika ut i olika landsting och kommuner. I Västernorrland har landstinget kvar ansvaret för hemsjukvården, men kommunerna har tagit över undersköterskorna i hemsjukvården. Landstingen i Sörmland och Norrbotten har inte lämnat några uppgifter (figur 3).

Figur 3. Hemsjukvård i landstingen 2006, kr/invånare



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006

* Landsting där kommunerna har tagit över hemsjukvårdansvaret i ordinärt boende.

Kommunernas hälso- och sjukvård/ hemsjukvård

Det har saknats årlig information om kostnadsutvecklingen för den hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL som utförs i kommunal regi. Från och med 2008 redovisas kommunernas kostnader för hälso- och sjukvården separat i räkenskapsammandraget. Beräkningar av hur mycket den kommunala hälso- och sjukvården kostar har tidigare gjorts i ett antal studier. Den första beräkningen gjordes 2000 på uppdrag av Socialstyrelsen. Därefter gjordes en beräkning av den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnader i betänkandet Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68). I rapporten Vad kostar hemsjukvården i kommunerna? utarbetade Sveriges Kommuner och Landsting år 2006 en metod för att mäta hemsjukvårdens omfattning och kostnader. SKL beräknade också kostnaden för den kommunala hälso- och sjukvården på riksnivå. Den senaste beräkningen av den kommunala hälso- och sjukvården gjorde Socialstyrelsen 2008, i rapporten Bättre kostnadsredovis-

ning av hälso- och sjukvården i kommunerna. Där beräknades kostnaderna för den hälso- och sjukvård som bedrivs i kommunerna till cirka 20 miljarder kronor.

Statistiska centralbyrån publicerade i april 2008 för första gången satellit-räkenskaper för hälso- och sjukvården utifrån OECD:s manual A System of Health Accounts (SHA). Dessa mäter totala utgifter för hälso- och sjukvården åren 2001–2006. I hälsoräkenskaperna har kostnader för den kommunala hälso- och sjukvården beräknats med ledning av Socialstyrelsens kostnadsberäkningar. I tabell 4 framgår kostnadsutvecklingen för den kommunala hälso- och sjukvården enligt SHA omräknat i 2006 års fasta priser. Från 2002 har kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården ökat med nästan 10 procent vilket ska jämföras med kostnadsökningen för landstingens primärvårdsanslutna hemsjukvård som var 12 procent åren 2002–2006.

Tabell 4. Kostnadsutveckling för den kommunala hälso- och sjukvården 2002–2006, miljoner kronor i 2006 års priser samt förändring åren 2002–2006 i procent

Kostnader	2002	2003	2004	2005	2006	Förändring % 2002–2006
Kommunernas hälso- och sjukvård	18 308	18 264	18 588	18 782	20 074	9,6

Index: Statistiska centralbyrån, konsumtionsindex för hälso- och sjukvård 2006

Källa: Statistiska centralbyrån, Nationalräkenskaper, SHA, Satelliträkenskaper 2001–2006

Insatsutveckling i hemsjukvården

Landstingens hemsjukvård

Antalet läkarbesök inom primärvårdsansluten hemsjukvård har från 2002 ökat med 40 procent till 2006. Endast den specialiserade somatiska hemsjukvården har haft färre hemsjukvårdsbesök av läkare. Totalt har hemsjukvårdsbesök av läkare ökat med över 30 procent. Det ska jämföras med det totala antalet läkarbesök i hela hälso- och sjukvården som har minskat med nästan 3 procent (tabell 5). Mellan åren 2005 och 2006 har läkarbesöken i den primärvårdsanslutna hemsjukvården dock minskat med 17 600 besök eller nästan 11 procent.

Tabell 5. Utveckling av antal läkarbesök i hemsjukvården 2002-2006 jämfört med totalt antal läkarbesök i hälso- och sjukvården

Antal läkarbesök/år	2002	2003	2004	2005	2006	Förändring % 2002–2006
Primärvårdsansluten hemsjukvård	115 600	146 200	156 600	179 400	161 800	40,0
Spec. somatisk hemsjukvård	19 700	12 400	16 200	20 000	18 600	- 5,6
Spec. psykiatrisk hemsjukvård	300	100	400	400	600	100
Hemsjukvård totalt	135 600	158 700	173 200	199 800	181 000	33,5
Hälso- och sjukvård totalt	26 424 000	25 367 800	25 172 800	25 402 400	25 786 000	-2,4

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2002–2006.

Antalet besök i hemsjukvården av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare har ökat med totalt 16 procent. Den specialiserade somatiska hemsjukvården har ökat mest med nära 59 procent. Ökningen av antalet besök för andra delar av hemsjukvården ligger runt 10 procent. Det totala antalet besök i hela hälso- och sjukvården av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare har under samma period ökat med endast 4 procent (tabell 6).

Tabell 6. Utveckling av antal andra besök än läkarbesök i landstingens hemsjukvård 2002-2006 jämfört med totalt antal andra besök i hälso- och sjukvården

Antal andra besök/år	2002	2003	2004	2005	2006	Förändring % 2002–2006
Primärvårdsansluten hemsjukvård	2 474 500	2 339 500	2 483 400	2 560 900	2 802 700	13,3
Spec. somatisk hemsjukvård	202 900	139 600	216 000	270 200	321 800	58,6
Spec. psykiatrisk hemsjukvård	25 000	14 900	20 300	30 200	27 100	8,4
Hemsjukvård totalt	2 702 400	2 494 000	2 719 700	2 861 300	3 151 600	16,6
Hälso- och sjukvård totalt	32 852 200	32 325 300	31 802 700	33 100 100	34 131 400	3,9

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2002–2006.

Antalet vårdplatser i slutenvården hade 2007 minskat med drygt 6 procent sedan 2002. Antalet platser i den medicinska korttidsvården minskade mest. Hemsjukvårdspatienter med omfattande vårdbehov nyttjar vanligtvis en medicinsk korttidsplats när slutenvård behövs. En viktig förklaring till att antalet platser i slutenvården har minskat är att kommunerna enligt Ädelre-

formen 1992 skulle överta en del av hälso- och sjukvårdsansvaret för äldre och för personer med funktionsnedsättning som hade långvariga behov av hälso- och sjukvård. En annan förklaring är att vårdtiderna har halverats på grund av den medicintekniska utvecklingen (tabell 7).

Tabell 7. Utvecklingen av antalet vårdplatser i slutenvården 2002–2007

Antal genom- snittligt antal vårdplatser	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Förändring % 2002–2007
Primärvård	265	255	127	114	97	96	- 63,8
Medicinsk kort- tidsvård	10 499	10 080	10 145	9 836	9 589	9 656	-8,0
Kirurgisk kort- tidsvård	8 205	7 913	8 031	7 880	7 696	7 663	-6,6
Geriatrisk vård	2 298	2 194	2 036	1 996	2 100	2 038	-11,3
Psykiatrisk vård	4 875	4 587	4 488	4 328	4 443	4 428	-9,2
Övrigt	1 324	1 781	1 841	1 831	1 745	1 700	28,4
SUMMA	27 969	27 332	27 088	26 479	26 223	26 184	-6,4

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007

Sammanfattningsvis så har antalet besök både av läkare och av annan hälso- och sjukvårdspersonal ökat betydligt mer i hemsjukvården än i hälso- och sjukvården totalt. Antalet vårdplatser i slutenvården har sedan 2002 stadigt minskat.

Kommunernas hälso- och sjukvård/hemsjukvård

För att spegla insatsutvecklingen över tid i den hemsjukvård som kommunerna ansvarar för används här de uppgifter som finns t.o.m. år 2006 och som är jämförbara mellan åren. Från och med 2007 års verksamhet samlas uppgifter om kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser in som individstatistik. Den nya personnummerbaserade uppgiftsinsamlingen har inneburit en helt ny mätmetod. Förändringen har bl.a. inneburit att nya krav har ställts på kommunerna att redovisa aktuella uppgifter med ökad detaljeringsgrad. Kvalitetskontrollerna av insamlade uppgifter har också kunnat skärpas jämfört med tidigare mängduppgifter. Fel som inte har kunnat upptäckas tidigare kan nu hittas och rättas. Olika mått, definitioner och mättpunkter kan också påverka resultatet. Detta påverkar möjligheten att göra rättvisande jämförelser med tidigare år.

Enligt statistikinsamlingen fick cirka 170 000 personer hemsjukvård 2006 i någon form i de kommuner som har tagit över hemsjukvårdsansvaret för den primärvårdsanknutna hemsjukvården från landstingen. Tendensen är att allt fler får hemsjukvård i ordinärt boende medan antalet personer med hemsjukvård i särskilt boende minskar. Det är främst antalet äldre i särskilt boende som minskar medan antalet yngre 0–64 år ökar något. Detta samtidigt som befolkningen över 65 år ökade med 3 procent, vilket kan jämföras med en befolkningsökning på 1,7 procent för den yngre befolkningen. Antalet personer som fick vård i korttidsboende har varit tämligen konstant under åren (tabell 8).

Tabell 8. Antal personer i ordinärt boende med kommunal hemsjukvård och antal personer i särskilt boende och korttidsboende totalt 2002–2006

Antal personer med hemsjukvård /år	2002	2003	2004	2005	2006	Förändring % 2002–2006
Ordinärt boende	48 388	53 645	53 818	55 134	55 919	+15,6
Permanent särskilt boende	120 906	116 132	110 112	106 207	104 501	-13,6
Korttidsboende	9 924	9 721	9 923	9 574	9 935	+ 0,1
Totalt antal personer med kommunal hemsjukvård	179 218	179 498	173 853	170 915	170 355	- 4,9

Källa: Socialstyrelsen, Statistik, Socialtjänst 2002–2006: Tabell 6 Äldre – Vård och omsorg och Statistik, Socialtjänst 2002–2006: Tabell 5, Funktionshindrade personer

Mellan åren 2002 och 2006 ökade antalet personer med hemsjukvård i ordinärt boende i kommuner som tagit över hemsjukvårdsansvaret med nästan 16 procent. Antalet personer som fick hemtjänst ökade bara med 12 procent. Antalet äldre personer över 65 år med hemsjukvård i ordinärt boende i kombination med hemtjänst ökade mest, medan de som bara hade hemsjukvård blev färre. Äldre personer över 80 år med hemsjukvård ökade med nästan 20 procent. Hemsjukvård ökade för den yngre åldersgruppen 0–64 år. Ökningstakten var högre för män än för kvinnor (tabell 9).

Tabell 9. Procentuell förändring 2002–2006 av antal personer med hemsjukvård i ordinärt boende och med hemtjänst fördelat på ålder och kön i de kommuner som tagit över hemsjukvårdsansvaret

Antal personer med:	Procentuell förändring både i hemsjukvård och hemtjänst			Procentuell förändring i enbart hemsjukvård			Hemsjukvård Totalt	Hemtjänst i kommuner som tagit över Totalt
	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Totalt</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Totalt</i>		
0–64 år	22,9	13,4	17,9	18,6	13,3	15,9	16,6	
65–w	33,5	26,5	28,7	-8,3	-7,6	-7,9	15,4	23,0
Varav 80–w	36,3	30,7	32,3	-7,0	-6,9	-7,0	19,7	11,2
Totalt	32,3	25,8	27,9	-1,9	-3,7	-3,0	15,6	12,3

Källa: Socialstyrelsens beräkningar ur Socialstyrelsens socialtjänststatistik

Målgrupper för hemsjukvård

Alla Sveriges invånare är potentiella mottagare av hemsjukvård liksom av all annan hälso- och sjukvård. Målgruppen för hemsjukvård i detta uppdrag är alla åldersgrupper uppdelat på barn 0–17 år, vuxna 18–64 år och äldre över 65 år. Även om hemsjukvården omfattar alla åldrar så dominerar äldre människor med komplexa vårdbehov, med nedsatt autonomi och med stort beroende av andra.

Hur många får hemsjukvård?

Genom kommunerna fick 168 700 hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL år 2007. 52 300 personer fick sin vård i särskilt boende i kommuner där landstinget har ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende. 116 300 personer fick hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL i kommuner där kommunerna helt eller delvis har tagit över hälso- och sjukvårdsansvaret, dvs. personer som bor i särskilt och i ordinärt boende. Tabell 10 visar hur många personer som någon gång under 2007 tog emot hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för. Tabellen visar om det är landstinget eller om det är kommunen som har ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende. Av tabellen framgår också att 87 procent av hemsjukvårdspatienterna är över 65 år.

Tabell 10. Antalet personer som någon gång under september månad 2007 var mottagare av hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt 18 § HSL, fördelat efter grad av hälso- och sjukvårdsansvar samt fördelat på ålder och kön

Antal personer med hemsjukvård	Kommuner med landsting som ansvarig för hälso- och sjukvård i ordinärt boende *			Kommuner som helt eller delvis har tagit över hälso- och sjukvårdsansvaret enl. § 18 HSL			Hemsjukvård Totalt
	Män	Kvinnor	Totalt**	Män	Kvinnor	Totalt**	
Ålder							
0–19 år	76	55	131	193	155	348	479
20–64 år	2 692	2 129	4 887	8 045	8 278	16 456	21 343
65–w år	14 806	32 158	47 320	32 818	66 009	99 535	146 855
Därav 80–w	10 071	26 562	36 633	21 241	51 029	72 270	108 903
Totalt	17 574	34 342	52 338	41 056	74 442	116 339	168 677

Källa: Socialstyrelsen, Äldre – vård och omsorg år 2007, Tabell 10; Funktionshindrade personer år 2007, Tabell 8

* I dessa kommuner är det personer som i huvudsak bor på särskilda boenden som avses då alla kommuner har ansvar för hälso- och sjukvården i särskilda boenden.

** Differensen beror på att det saknas uppgift om kön för ett antal personer.

I tabellen saknas alla personer som har primärvårdsansluten och specialiserad hemsjukvård där *landstingen* har ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende, eftersom det saknas statistik för antalet personer som får hemsjukvårdsinsatser genom landstingen. Det vill säga att det saknas statistik för invånare i hälften av Sveriges kommuner, däribland Stockholms läns lands-

ting med en femtedel av Sveriges befolkning. Landstingen har troligtvis en större andel hemsjukvårdspatienter än kommunerna, eftersom landstingens uppdrag även omfattar den specialiserade somatiska och psykiatriska hemsjukvården. Med dessa antaganden så borde minst ytterligare 80 000 personer få hemsjukvård i ordinärt boende genom landstingens försorg. Skattningen har gjorts utifrån det antal personer som får hemsjukvårdsinsats i kommunerna. För att få en total uppgift på riksnivå ska alltså antalet personer som får hemsjukvård genom landstingen läggas till. Grovt skattat skulle hela hemsjukvården omfatta runt 250 000 personer under 2007.

Nästan alla som bodde i särskilt boende hade också en hemsjukvårdsinsats. Av dem som bodde i ordinärt boende i kommuner som tagit över hemsjukvårdsansvaret hade 63 procent hemsjukvård i kombination med hemtjänst. 37 procent hade enbart hemsjukvård (tabell 11).

Tabell 11. Antal personer med insats enligt § 18 HSL fördelad på boendeform 2007

Boendeform	Antal personer med insats enl. § 18 HSL
Ordinärt boende <i>utan</i> hemtjänst	31 020
Ordinärt boende <i>med</i> hemtjänst	52 880
Särskilt boende	80 614

Källa: Socialstyrelsens beräkningar ur Socialtjänstregistret 2007

Hemsjukvårdspatienten

Patienter i primärvårdsansluten hemsjukvård är i de flesta fall äldre personer med flera olika sjukdomar och med ett stort beroende av insatser av såväl hemtjänst- som hemsjukvårdspersonal. Utredningen Senior 2005 konstaterade dock att de allra flesta i 80-årsåldern mår bra och sköter sig själva i sina egna hem [23]. Det är en mindre andel som blir sjuka och som behöver ta del av hälso- och sjukvården. En liten del blir ”multisjuka” och konsumerar stora vårdresurser. Det är naturligt att kroppsfunctionerna blir nedsatta med stigande ålder, vilket märks särskilt tydligt för människor 75–80 år och uppåt. Vanligt förekommande sjukdomar bland äldre personer är demens, hjärtsvikt och cancer. Vanliga skador är restillstånd efter stroke och frakturer (benbrott). Nästan alla sjukdomar är åldersrelaterade i den meningen att förekomsten ökar kraftigt med åldern.

En rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) från 2003 redovisade bland annat vilka symtom/ sjukdomsytttringar eller tillstånd som följer av olika sjukdomar och skador [24]. Exempel på vanligt förekommande tillstånd är:

- undernäring
- åderförkalkning
- högt blodtryck
- hudsår
- tillstånd efter stroke som förflamning, talsvårigheter och sväljsvårigheter
- minnesnedsättning

- syn- och hörselnedsättning
- depression
- muskelsvaghet
- falltendens
- yrsel.

Symtom i form av förstoppning, buksmärter, aptitnedsättning, bensvullnad och dagtrötthet är också vanliga. Flera av dessa symtom eller tillstånd kan bero på läkemedelsbiverkan. SBU-rapporten beskriver den äldre patienten i primärvårdens hemsjukvård i både ordinärt och särskilt boende. Patienter i den avancerade hemsjukvården vårdas framför allt för en cancerdiagnos som innebär bland annat ett avsevärt snabbare förlopp från det att lindrande palliativa vård började tillämpas tills det att döden inträffar. Vårdtiderna är avsevärt kortare och patienterna är yngre i den avancerade hemsjukvården, vid jämförelser med den hemsjukvård som finns i primärvården [10].

Hälso- och sjukvårdsbehoven för de patienter som räknas som utskrivningsklara från sjukhusen har med åren blivit allt större och de behöver alltmer kvalificerade insatser. Primärvården får till exempel ta ett allt större ansvar när det gäller att tillgodose hemsjukvårdspatientens rehabiliteringsbehov. Regeringen har uppmärksammat detta, bland annat genom att via Socialstyrelsen fördela särskilda medel för rehabiliteringsprojekt. Projektets förslag till indikatorer (se sid. 103) för patienter i hemsjukvård speglar vanliga tillstånd och områden i hemsjukvården.

Hemsjukvårdspatienten och slutenvården

En central fråga i uppdraget var att se hur hemsjukvårdspatienter nyttjar slutenvården jämfört med befolkningen i allmänhet. Hur många vårdtillfällen och vård dagar har personer med hemsjukvård i jämförelse med befolkningen i övrigt? För att få fram information om detta har uppgifter hämtats från Socialstyrelsens patientregister och socialtjänstregister. I socialtjänstregistret finns personer med någon hälso- och sjukvårdsinsats enligt 18 § HSL registrerade från och med 2007. Det handlar alltså om personer som har hälso- och sjukvårdsinsats i kommuner som har tagit över hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende samt personer med hälso- och sjukvårdsinsats i särskilt boende i alla kommuner. Hemsjukvårdspatienter som bor i ett landsting där landstinget har ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende ingår således inte.

Vårdutnyttjandet mättes med variablerna antal sammanhängande vårdtillfällen och vårdepisoder fördelat på:

- åldrarna 0–17, 18–64, 65–79, 80 och äldre,
- män och kvinnor,
- boendeform: särskilt boende, ordinärt boende, korttidsboende, bostad med särskild service enligt LSS,
- landsting med ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende resp. landsting där kommunen har ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende.

164 800 personer hade 2007 någon insats i ordinärt och särskilt boende enligt 18 § HSL. Av dessa hade 64 000 personer eller 39 procent också varit inskrivna i slutenvård. 44 procent av 65–79-åringarna hade någon gång varit inskrivna i slutenvården. Flest till antalet med slutenvårdsinsats var de som var 80 år och äldre (tabell 12). I hela befolkningen hade 9,4 procent någon gång varit inskrivna i slutenvården. Det är betydligt vanligare att hemsjukvårdspatienter nyttjar slutenvården än att befolkningen i allmänhet gör det.

Tabell 12. Antal patienter med 18 § HSL insats respektive antal och andel patienter enl. 18 § HSL med slutenvårdsinsats

Ålder	Antal patienter enl. 18 § HSL	Antal patienter enl. 18 § HSL med slutenvårdsinsats	Andel patienter enl. 18 § HSL med slutenvårdsinsats i
0–17 år	309	103	33
18–64	20 962	6 225	30
65–79	36 933	16 380	44
80+	106 645	41 335	39
Totalt	164 849	64 043	39

Källa: Socialstyrelsen Patientregistret, Socialstyrelsen Socialtjänststatistik 2008:7, 2008:8, Statistiska centralbyrån, Befolkningsregistret

Vårdutnyttjande efter ålder

Högst antal vårdtillfällen i slutenvården för hemsjukvårdspatienter enligt 18 § HSL har den allra yngsta patientgruppen 0–17 år. Den yngsta åldersgruppen inom slutenvården är emellertid en mycket liten grupp svårt sjuka barn och ungdomar med många vårdtillfällen och många vårddygn. Personer i åldersgruppen 65–79 år med hemsjukvård har fler vårdtillfällen och fler vårddygn än hemsjukvårdspatienter 80 år och äldre. Att antalet vårdtillfällen och antalet vårddygn är färre för den äldsta gruppen 80 och äldre än för åldersgruppen 65–79 år kan bero på att 80-åringarna i större utsträckning bor på särskilt boende och där får en stor del av sitt vårdbehov tillgodosett. Hemsjukvårdspatienten har betydligt fler vårdtillfällen och vårddygn i alla åldersgrupper jämfört med befolkningen i allmänhet. I hela befolkningen är det åldersgruppen 80 år och äldre som nyttjar slutenvården mest (tabell 13).

Tabell 13. Antal vårdtillfällen och antal vård dygn per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats respektive per 1 000 invånare fördelat på ålder, 2007

Ålder	Antal patienter med insats enl. 18 § HSL	Antal vårdtillfällen i slutenvård per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats	Antal vårdtillfällen i slutenvård per 1 000 invånare	Antal vård dygn i slutenvård per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats	Antal vård dygn i slutenvård per 1 000 invånare
0–17 år	309	1 715	62	7 939	225
18–64	20 962	707	106	6 761	418
65–79	36 933	976	306	9 731	1 960
80+	106 645	712	558	6 476	4 413

Källa: Socialstyrelsen Patientregistret, Socialstyrelsen Socialtjänststatistik 2008:7, 2008:8, Statistiska centralbyrån, Befolkningsregistret

Vårdutnyttjande efter kön

Män med hemsjukvårdsinsats har fler vårdtillfällen och tillbringar fler vård dygn i slutenvården än kvinnor med hemsjukvård. I befolkningen i allmänhet har kvinnorna fler vårdtillfällen och fler vård dygn än männen. Hemsjukvårdspatienten har i genomsnitt fem gånger så många vårdtillfällen och 10 gånger så många vård dygn som befolkningen i allmänhet (tabell 14).

Tabell 14. Antal vårdtillfällen och antal vård dygn per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats respektive per 1 000 invånare fördelat på kön, 2007

Kön	Antal patienter med insats enl. 18 § HSL	Antal vårdtillfällen i slutenvård per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats	Antal vårdtillfällen i slutenvård per 1 000 invånare	Antal vård dygn i slutenvård per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats	Antal vård dygn i slutenvård per 1 000 invånare
Män	57 597	910	130	8 600	714
Kvinnor	107 252	698	160	6 516	840

Källa: Socialstyrelsen Patientregistret, Socialstyrelsen Socialtjänststatistik 2008:7, 2008:8, Statistiska centralbyrån, Befolkningsregistret

Vårdutnyttjande efter boendeform

Flest vårdtillfällen och vård dagar har de hemsjukvårdspatienter som bor i ordinärt boende och som får hjälpinsats även från hemtjänsten. De som bor i särskilt boende har minst antal vårdtillfällen och även minst antal vård dygn. Personer med hemsjukvårdsinsats som bor i ordinärt boende utan att ha hjälp av hemtjänsten nyttjar slutenvården mindre än vad personer i ordinärt boende med hemtjänst gör, men mer än vad personer i särskilt boende gör (tabell 15). Uppgifterna omfattar dock endast dem som bor i ordinärt boende där kommunerna har tagit över ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende.

Tabell 15. Antal vårdtillfällen och antal vårddygn per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats respektive per 1 000 invånare fördelat på boendeform, 2007

Boendeform	Antal patienter med insats enl. 18 § HSL	Antal vårdtillfällen i slutenvård per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats	Antal vårddygn i slutenvård per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats
Ordinärt boende utan hemtjänst	31 020	749	6 278
Ordinärt boende med hemtjänst	52 880	1 114	11 249
Särskilt boende	80 614	557	4 987

Källa: Socialstyrelsen Patientregistret, Socialstyrelsen Socialtjänststatistik 2008:7, 2008:8, Statistiska centralbyrån, Befolkningsregistret

Vårdutnyttjande efter ansvar för hemsjukvård

Skiljer sig antalet vårdtillfällen och antalet vårddygn beroende på om det är landstinget eller kommunen som har ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende? Här går det bara att jämföra landstingen med avseende på dem som bor i särskilt boende, eftersom kommunerna har ansvaret för hemsjukvården i särskilt boende i alla landsting.

För dem som bor i särskilt boende är vårdutnyttjandet i slutenvården i stort sett detsamma. När kommunerna också har ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende så har de som bor i särskilt boende något färre vårddygn i slutenvården (5 procent) än de som bor i landsting med ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende (tabell 16).

Tabell 16. Antal vårdtillfällen och antal vårddygn per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats i särskilt boende fördelat på landsting med hemsjukvårdsansvar resp. landsting där kommunerna har hemsjukvårdsansvar i ordinärt boende, 2007

Boendeform	Antal vårdtillfällen i slutenvård per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats Landsting	Antal vårdtillfällen i slutenvård per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats Kommun	Antal vårddygn i slutenvård per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats Landsting	Antal vårddygn i slutenvård per 1 000 patienter med hemsjukvårdsinsats Kommun
Särskilt boende	557	556	5102	4843

Källa: Socialstyrelsen Patientregistret, Socialstyrelsen Socialtjänststatistik 2008:7, 2008:8, Statistiska centralbyrån, Befolkningsregistret

Hemsjukvårdspatientens läkemedel

För att få reda på läkemedelskonsumtionen hos patienter med hemsjukvårdsinsats gjordes samkörningar i Socialstyrelsens läkemedelsregister och socialtjänstregister. Med läkemedelskonsumtion avses läkemedel som har hämtats ut på recept.

Läkemedelskonsumtionen mättes med variablerna personer med hälso- och sjukvårdsinsats enl. 18 § HSL (hemsjukvård) och antal expedierade läkemedel (på 7-ställig ATC-kod A–S på en fyramånadersperiod) per person fördelat på:

- *åldrarna* 0–17, 18–64, 65–79, 80 år och äldre,
- *män* och *kvinnor*,
- *boendeform*: särskilt boende, ordinärt boende, korttidsboende, bostad med särskild service enligt LSS resp. dagverksamhet,
- *landsting* med ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende respektive landsting där kommunen har ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende.

Antal läkemedel efter kön och ålder

Till hemsjukvårdspatienter förskrivs betydligt mer läkemedel än till befolkningen i övrigt i motsvarande åldrar. Kvinnor med hemsjukvård i alla åldrar ordinerar något fler läkemedel än till män med hemsjukvård i motsvarande ålder. Störst skillnad mellan kvinnor och män med hemsjukvård är det i åldersgruppen 18–64 år, där det skiljer en hel procentenhet (tabell 17).

Tabell 17. Medeltal antal läkemedel hos hemsjukvårdspatienten och i befolkningen, fördelat på kön och åldersgrupp

Kön	Ålder	Medeltal antal läkemedel hos hemsjukvårdspatienten	Medeltal antal läkemedel i befolkningen
Män	0–17	4,0	0,6
	18–64	6,2	1,3
	65–79	9,0	4,5
	80+	8,8	6,7
	<i>Totalt</i>	<i>8,4</i>	<i>1,7</i>
Kvinnor	0–17	4,6	0,6
	18–64	7,2	2,0
	65–79	9,5	5,1
	80+	9,0	7,4
	<i>Totalt</i>	<i>8,9</i>	<i>2,5</i>
Totalt	0–17	4,3	0,6
	18–64	6,7	1,6
	65–79	9,3	4,9
	80+	8,9	7,1
	<i>Totalt</i>	<i>8,7</i>	<i>2,1</i>

Källa: Socialstyrelsen Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen Socialtjänststatistik 2008:7, 2008:8, Statistiska centralbyrån Befolkningsregistret

Antal läkemedel efter boendeform

Till personer med hemsjukvård som bor i ordinärt boende och som också har en hemtjänstinsats förskrivs något fler läkemedel än till personer som bor i särskilt boende och i ordinärt boende utan någon insats från hemtjänsten. (tabell 18).

Tabell 18 Medeltal antal läkemedel hos hemsjukvårdspatienten, per boendeform

Boende	Medeltal antal läkemedel hos hemsjukvårdspatienten
Särskilt boende	8,9
Ordinärt boende med hemtjänst	9,3
Ordinärt boende utan hemtjänst	7,2

Källa: Socialstyrelsen Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen Socialtjänststatistik 2008:7, 2008:8

Hemsjukvårdens speciella förutsättningar

Tillgång till journalhandlingar

Ny patientdatalag

Den 1 juli 2008 trädde patientdatalagen (2008:355) i kraft. Lagen gäller en sammanhängande reglering av personuppgiftsbehandlingen inom hälso- och sjukvården. De nya reglerna ska möjliggöra en ökad patientsäkerhet och ett starkt integritetsskydd. Den nya lagen ersätter patientjournallagen (1985:562) och lagen om vårdregister (1998:544). Lagen gäller alla vårdgivare oavsett huvudmannaskap.

Tillkomsten av den nya lagen utgör en del av den nationella IT-strategin för vård och omsorg [25].

Socialstyrelsen har i samråd med Datainspektionen tagit fram föreskrifter till den nya lagen [26]. Föreskrifterna ställer krav på att vårdgivaren har en informationssäkerhetspolicy, som ska ingå i ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet.

Syftet med den nya lagen är att genom så kallad sammanhållen journalföring göra det möjligt för vårdpersonal och patient att få en samlad (elektronisk) journal som innehåller patientens hela vårdhistorik oavsett hur många eller vilka vårdgivare patienten har.

Med den nya lagstiftningen blir det lättare för olika vårdgivare att på elektronisk väg utbyta information. Men problemet är därmed inte löst, eftersom det finns många journalsystem som inte kan "tala med varandra" elektroniskt. Sjukhus, vårdcentraler och den hemsjukvård som bedrivs med kommunen som ansvarig huvudman har ofta journalsystem som inte kan kommunicera med system på andra vårdinrättningar. Det kommer därför att ta lång tid att genomföra lagens intentioner.

Det är dock möjligt för personal i den kommunala hälso- och sjukvården att, efter samtycke från den enskilde personen, lämna ut muntliga eller skriftliga uppgifter till personal i landstingets hälso- och sjukvård och vice versa om båda vårdgivarna har ett vårdansvar för den enskilde. Ett samtycke kan vara muntligt eller skriftligt. Om samtycket är muntligt ska det dokumenteras i patientens journal.

Gemensamt språk

En övervägande del av all journalföring inom svensk hälso- och sjukvård sker i dag elektroniskt [27]. För att informationen i IT-systemen ska kunna bli överförbara och bli en gemensam resurs för vård och omsorg behövs en

nationell informationsstruktur, klassifikationer och enhetliga, entydiga och jämförbara begrepp och termer. Detta betonar regeringen i sin nationella IT-strategi för vård och omsorg [25]. Socialstyrelsen har genomfört olika arbeten [28, 29] för att undersöka om WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) [30] kan användas för att beskriva patienters/brukares funktionstillstånd och funktionsnedsättning. Dessa studier visar att ICF kan vara användbar i en tvärprofessionell vård- och omsorgsdokumentation. För att enhetligt klassificera åtgärder inom hälso- och sjukvård finns Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) [31]. Under 2008 kompletterades KVÅ med ett antal åtgärder baserade på ICF:s struktur.

Socialstyrelsen har sedan våren 2007 regeringens uppdrag att ta ett övergripande och strategiskt ansvar för att individbaserad patient- och brukarinformation görs mer entydig, uppföljningsbar och tillgänglig i enlighet med de mål och principer som slås fast i den nationella IT-strategin för vård och omsorg [32]. I arbetet ingår dels att utarbeta en nationell informationsstruktur, dels utarbeta, förvalta och tillhandahålla en nationell terminologi- och klassifikationsresurs. Den sistnämnda delen ingår i projektet ”Nationellt fackspråk för vård och omsorg”. Arbetet ska stödja utvecklingen av ett gemensamt fackspråk inom vård och omsorg som ska harmonisera med termerna i Socialstyrelsens termbank, ICF, andra klassifikationer och kodverk samt det internationella termsystemet Snomed CT [33].

I dag finns ingen skyldighet att rapportera vilken typ av diagnoser som patienter i primärvården/hemsjukvården behandlas för. Det finns heller ingen annan beskrivning av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som patienterna får. Därför bör man undersöka möjligheterna för att diagnosrapportera i hemsjukvården samt att registrera vårdåtgärder enligt KVÅ vars terminologi utgår från ICF. Detta stöds också av det regeringsuppdrag Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har i fråga om utvecklingen av hälso- och sjukvårdens ersättningssystem. I uppdraget ingår det bland annat att utveckla primära klassifikationer för primärvård och psykiatri.

Vårdplanering och samverkan

Hemsjukvården präglas av att patienterna ofta får insatser av olika yrkesgrupper. Dessutom kan flera olika vårdgivare förekomma. En vårdgivare med visst specifikt hälso- och sjukvårdsansvar i hemsjukvården, exempelvis sjuksköterskeansvar, kan för viss tid av dygnet eller för helger ha avtal med annan vårdgivare som då ansvarar för sjuksköterskeinsatserna. Olika läkar-specialister kan vara involverade i den enskilde patientens vård och behandling. Gemensamt för hemsjukvårdens patienter är att det i de allra flesta fall finns det ett tydligt behov av att samordna hälso- och sjukvårdsinsatserna, så att patientsäkerheten säkerställs.

Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

Verksamhetens processer ska styras med utgångspunkt från vad som är bäst för patienten. Ledningssystemet ska bland annat säkerställa att det finns rutiner som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter [34, 35]. Det gäller också för samverkan i vårdproces-

serna inom och mellan yrkesgrupper, mellan olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt mellan olika vårdgivare, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Ytterligare vägledning för ledningssystemet och patientsäkerhetsarbetet för hemsjukvården ges i Socialstyrelsens handbok till föreskrifterna i SOSFS 2005:12, ”God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården”. Motsvarande handbok finns för att underlätta det systematiska kvalitetsarbetet i socialtjänsten, ”God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS” [36].

Information om vård och behandling påverkar patienters och närståendes förväntningar på vården. Genom information som kan göra patienten delaktig kan man skapa realistiska förväntningar och tydliggöra patientens egen roll och medverkan samt eget ansvar i vården och behandlingen.

Planering vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård innebär att kommunen har ett betalningsansvar dagen efter att patienten har bedömts vara utskrivningsklar av den behandlande läkaren i landstingets slutna hälso- och sjukvård. Det förutsätter dock att en vårdplan är upprättad och att det har gått fem vardagar efter det att kommunen har mottagit kallelsen till vårdplanering. Landsting och kommuner ska ha rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information [37]. Av en vårdplan, som upprättas vid in- och utskrivning av patient i slutenvården, ska det tydligt framgå vilka insatser som behövs efter utskrivningen för hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet.

Socialstyrelsen har 2007 följt upp utvecklingen av antalet utskrivningsklara och undersökt hur vårdplaneringen har fungerat. Uppföljningen visade bland annat att det behövs ett fortsatt lokalt utvecklingsarbete för att vårdplanerna ska motsvara lagens intentioner och Socialstyrelsens föreskrifter. Innehållet i vårdplanerna behöver struktureras. I många fall saknas mål och uppföljning av planen [38].

Fortlöpande planering av hälso- och sjukvård och socialtjänst

Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter granskade hemsjukvården våren 2005. Granskningen var inriktad på tillgänglighet till hälso- och sjukvård, samverkan samt avvikelshantering och riskanalys [39]. Det framgick bland annat att samordnade vårdplaneringar gjordes inför patientens hemgång från sjukhuset. Däremot var det inte så vanligt med *systematiska och fortlöpande* vårdplaneringar i hemsjukvården där hälso- och sjukvårdsinsatserna samordnats och där patienten och närstående hade haft möjlighet att påverka vården. Omvårdnadspersonalen efterfrågade mer tid för informationsutbyte med sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Vidare konstaterade Socialstyrelsen att helheten för patienten måste vara det centrala om man ska kunna ge hemsjukvård med god kvalitet och hög patientsäkerhet. Därför måste resurserna samordnas och verksamheten måste följas upp bättre.

Delegeringar

I hemsjukvården är det vanligt att delegera olika typer av hälso- och sjukvårdsuppgifter. I och med Ädelreformen räknade man med att en rad olika hälso- och sjukvårdsuppgifter skulle utföras av icke-legitimerad personal genom personliga delegeringar. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) uttrycks detta genom beskrivningen av den medicinskt ansvariga sjuksköterskans ansvar för verksamheten: ”Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en sjuksköterska som svarar för /.../ att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna.” Utredarnas utgångspunkt var dels att brukarnas hälso- och sjukvårdsbehov inte skulle vara särskilt omfattande, dels att antalet legitimerade yrkesutövare skulle ligga på en nivå som förutsatte behov av delegeringar.

Rätten att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter regleras i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får överlåta en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård.” Vad som gäller konkret vid delegering regleras i SOSFS 1997:14 [40]. Arbetsuppgifter kan även delegeras över olika organisatoriska verksamhetsgränser, dvs. en landstingsanställd distriktssköterska kan överlåta en viss sjuksköterskeuppgift till en undersköterska inom kommunal eller enskild hälso- och sjukvård. Det förutsätter att mottagaren av delegeringen har tillåtelse att utföra arbetsuppgiften av sin arbetsledning.

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig inom sitt verksamhetsområde för att delegeringarna går rätt till. För den kommunala hälso- och sjukvården som utövas enligt 18 § HSL har den medicinskt ansvariga sjuksköterskan motsvarande ansvar. Arbetsuppgifter ska inte delegeras slentrianmässigt.

Vad får delegeras?

Delegering av en arbetsuppgift får bara ske då det är förenligt med en god och säker vård. Vissa arbetsuppgifter är reglerade och ska utföras enbart av en viss yrkesgrupp/vissa yrkesgrupper med viss utbildning eller av yrkesutövare med viss befattning. Dessa uppgifter får inte delegeras. I skriften ”Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården” informerar Socialstyrelsen närmare om vilka olika uppgifter som är förbehållna vissa yrkesgrupper [41].

Delegering av läkemedelshantering

Läkemedelshantering är exempel på en uppgift som är strikt reglerad, vilket innebär att uppgiften *inte* får delegeras inom den slutna vården. Inom den öppna vården får enbart en sjuksköterska som är reellt och formellt kompetent på området delegera uppgiften. För patientens säkerhet och trygghet bör läkemedelshanteringen skötas av så få som möjligt och delegering bör göras restriktivt. Sjuksköterskan ska fortlöpande kontrollera att den person som tar emot en delegering har tillräcklig kompetens och erfarenhet, är noggrann och har gott omdöme samt är lämplig i övrigt.

Att en person i ordinärt eller särskilt boende behöver hjälp med att hantera ordinerade läkemedel kan vara en av de bakomliggande orsakerna till att han eller hon har behov av hemsjukvård.

Läkemedelshantering

En viktig del av hemsjukvården handlar om att tillgodose patienternas behov av läkemedelsbehandling. Hanteringen av läkemedel är både komplex och omfattande samt berör förutom vårdtagaren och dennes närstående flera olika personalkategorier.

Enligt SOSFS 2000:1 ”Läkemedelshantering inom hälso- och sjukvårdens område”, ska direktiv och lokala rutiner upprättas för läkemedelshantering. Det är en uppgift för medicinskt ansvarig sjuksköterska och verksamhetschef inom deras respektive ansvarsområden. När det gäller läkemedelshantering är läkarens roll central ur flera aspekter. Därför är det viktigt att den medicinskt ansvariga sjuksköterskan upprättar rutiner för hanteringen i samverkan med läkare och apotek. Ansvarsfördelningen mellan dem som är berörda av läkemedelshantering ska klargöras i rutinerna [42].

Läkemedelsgenomgångar

Läkemedelsbehandling är en vanlig behandlingsform också för hemsjukvårdspatienten. Läkemedelshantering utgör en omfattande process från förskrivning till iordningställande och administrering och engagerar så gott som all vårdpersonal på olika sätt.

Flera undersökningar visar att det finns många brister kring läkemedelsanvändningen [43-46]. Läkemedelsrelaterade problem är också en orsak till att äldre patienter vårdas på sjukhus [47-49].

Läkemedelsgenomgång är en metod för att utifrån den enskilda individens behov granska de läkemedel som han eller hon använder och kritiskt ifrågasätta om alla utskrivna preparat verkligen behövs och ger effekt. Genomgångarna är viktiga för att patienten ska få rätt läkemedel, i rätt tid och på rätt sätt. Genomgångarna löser inte de problem som har uppmärksammats i samband med iordningställande och administrering av läkemedel. Det gäller därför också att säkra processen kring iordningställande och administrering av läkemedel i synnerhet när dessa uppgifter delegeras till icke-legitimerad personal, vilket är vanligt i hemsjukvården. Det är också vanligt att flera hemsjukvårdsuppgifter, däribland läkemedelshantering, läggs över i form av egenvård på den enskilda patienten eller dennes närstående. Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter har vid flera tillfällen kunnat konstatera att detta är vanligare när landstingen ansvarar för hemsjukvården och att förfarandet kan äventyra patientsäkerheten.

Äldres läkemedelsterapi

Under de senaste 20 åren har läkemedelsanvändningen hos dem som är 80 år eller äldre ökat med cirka 60 procent. Äldre över 80 år använder i dag i genomsnitt nästan sex läkemedel. Orsaken till denna ökning är framför allt introduktionen av nya läkemedel och behandlingsprinciper [48]. En särskilt

utsatt grupp är sköra äldre personer som ofta är högkonsumenter av läkemedel och som samtidigt på grund av ålder och sjukdom är känsligast för dem. Många av dessa äldre återfinns i särskilt boende, där läkemedelsanvändningen har ökat kraftigt, till i genomsnitt tio preparat per person [50, 51]. En annan, växande grupp är multisjuka äldre i eget boende. En rad undersökningar har visat att de har en lika omfattande läkemedelsanvändning som äldre i särskilt boende [52-54].

Polyfarmaci hos äldre innebär risker

Polyfarmaci, dvs. att en patient behandlas med flera läkemedel samtidigt, innebär i sig en stor risk för läkemedelsproblem, som biverkningar och läkemedelsinteraktioner [55, 56]. Risken är dock särskilt uttalad hos äldre, som ofta är betydligt känsligare för läkemedel än yngre på grund av kroppsliga förändringar som kommer sig av åldrande och sjukdom. Betydelsen av detta illustreras av att såväl svenska som internationella undersökningar har visat att upp mot 30 procent av äldre patienter läggs in på sjukhus på grund av läkemedelsbiverkningar [47, 48]. Biverkningar förefaller orsaka dubbelt så många inläggningar på sjukhus i dag som under 1970-talet [49].

Enkät om hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende

För att få bättre kunskap om hemsjukvårdens tillgänglighet och innehåll, gjorde Socialstyrelsen en enkätundersökning i sex landsting med tillhörande kommuner. Någon liknande undersökning har aldrig gjorts tidigare och det finns ingen statistik som beskriver givna hälso- och sjukvårdsinsatser till olika personer i hemsjukvården.

Syfte

Undersökningens syfte var att djupare undersöka de hälso- och sjukvårdsinsatser som faktiskt utförs och eventuella skillnader i de olika huvudmännens hemsjukvårdsverksamheter i ordinärt och särskilt boende.

Jämställdhetsperspektiv

Enkäten har som utgångspunkt att beskriva hemsjukvårdsinsatser i olika typer av verksamheter. Socialstyrelsen har inte ställt frågor på individnivå och inte utifrån ett jämställdhetsperspektiv, dvs. inte undersökt om en huvudman erbjuder kvinnor respektive män olika insatser.

Undersökningsmetod – strukturerad enkät

En strukturerad enkätundersökning formulerades med frågor om:

- innehållet i hemsjukvården olika tider på dygnet – 12 frågor om undersökningar, 26 frågor om behandlingar utifrån vilken typ av medicinsk teknik som kan användas,
- tillgängligheten till sjuksköterskor och läkare olika tider på dygnet,
- tillgänglighet till arbetsterapeuter och sjukgymnaster,
- tillgång till journalhandlingar olika tider på dygnet,
- förekomst av olika vårdgivare olika tider på dygnet,
- förekomst av delegeringar, antal personer med delegeringar som en sjuksköterska ansvarar för samt de vanligaste förekommande hälso- och sjukvårdsuppgifterna som delegeras,
- samarbetet mellan kommunen, primärvården respektive specialistvården.

Frågan om delegeringar var av fritexttyp, där svarspersonerna fick ange de vanligaste förekommande delegeringarna. Det fanns också möjlighet att lämna egna kommentarer under rubriken ”Övriga synpunkter”.

En del av frågorna om undersökningar och behandlingar speglar en mer avancerad insats som ställer krav på fortlöpande kompetensutveckling och introduktion till användning av olika tekniker. Det är tveksamt om vissa avancerade insatser ingår i kommunens åtagande enligt 18 § HSL. Enkäten

syftade till att ta reda på om och i vilken utsträckning dessa insatser utförs. Andra mindre avancerade åtgärder bör kunna utföras av samtliga enheter dygnet runt och årets alla dagar.

Enkäten utformades utifrån verksamheternas möjligheter att erbjuda tillgång till vård genom medicinsk teknik. Socialstyrelsen uteslöt därmed frågor om samtal eller rådgivande möten. Verksamhetens betydelse inom dessa områden är inte oviktig men Socialstyrelsen valde att utgå från ett tekniskt perspektiv, eftersom det går att ställa tydliga frågor på detta område.

Urval av landsting och kommuner

Urvalet styrdes av en strävan efter att få en jämn fördelning av hemsjukvårdsverksamheter i ordinärt boende, som:

- leds av landsting respektive kommun,
- finns i storstad respektive på landsbygd,
- finns i olika geografiska delar av landet.

Kommunerna i de landsting som tillfrågades inkluderades i enkäten.

Följande landsting med kommuner valdes ut:

- Skåne, Halland och Jämtland. I dessa landsting ansvarar kommunerna för hemsjukvården i ordinärt boende.
- Östergötland, Västmanland och Västernorrland. Dessa landsting har kvar ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende.

Tabell 19 Antal utskickade enkäter

Utförare av hemsjukvård:	Antal utskickade enkäter i Skåne, Halland, Jämtland:	Antal utskickade enkäter i Östergötland, Västmanland, Västernorrland:	Totalt antal utskickade enkäter:
I särskilt boende	62	32	94
I ordinärt boende, kommunen ansvarig huvudman	62	--	62
I ordinärt boende, landstingen ansvarig huvudman	--	94	94

Tillfrågade svarspersoner

Frågor ställdes till kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterska om hemsjukvården i särskilt boende. Svarspersonerna ombads att enbart svara för särskilda boendeformer för äldre enligt SoL 5 kap. 5 §, andra stycket och bostäder med särskild service för personer med funktionshinder enligt SoL 5 kap. 7 §, tredje stycket. Svarspersonerna ombads också att besvara frågor om hemsjukvård i ordinärt boende i kommunerna i Skåne, Halland och Jämtland samt i Västmanlandskommunen Skinnskatteberg och i Sundsvall i Västernorrland. Dessa kommuner ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende.

Till landsting som har ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende ställdes frågorna om hemsjukvården till vårdcentralscheferna i landstingen i Öster-

götland, Västernorrland (Sundsvalls kommun undantagen) och i Västmanland (Skinnskattebergs kommun undantagen).

Dessutom tillfrågades verksamhetschefer för den specialiserade somatiska hemsjukvården i samtliga sex landsting.

Fakta om tillfrågade landsting

För att undersöka om de utvalda landstingen i Socialstyrelsens enkät var representativa utifrån ett ekonomiskt perspektiv jämfördes kostnadsstrukturen i de sex landstingen. De båda grupperna, landsting med respektive utan ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende hade likartade kostnader för hälso- och sjukvården som riksgenomsnittet. Genomgången visade också att kostnaderna för hemsjukvården generellt är lägre räknat i kronor per invånare i de undersökta landstingen.

Utskick och påminnelser

Det första utskicket av enkäten gjordes i slutet av februari 2008. Första påminnelsen skickades till samtliga svarspersoner som inte hade besvarat enkäten i mitten av mars 2008. Påminnelsen resulterade i att ytterligare svar kom in. En andra påminnelse skickades ut till vårdcentralsscheferna i slutet av mars 2008.

Svarsfrekvens

Svarsfrekvensen blev sammanlagt 78 procent på de tre enkäterna som sändes ut till medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna och till vårdcentralsschefer. Svarsfrekvensen blev över 80 procent för tillfrågade med ansvar för hemsjukvård i särskilt boende och med ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende där kommunen är ansvarig huvudman. Sex kommuners svarspersoner har inte alls besvarat enkäten. Svarsfrekvensen från vårdcentralerna blev 66 procent.

Tabell 20. Svarsfrekvens

Utförare av hemsjukvård	Antal tillfrågade	Antal svarande	Svarsfrekvens
I särskilt boende	94	81	86 %
I ordinärt boende, kommunen ansvarig huvudman	62	51	82 %
I ordinärt boende, landstingen ansvarig huvudman	94	62	66 %
Totalt	250	195	78 %

Den specialiserade somatiska hemsjukvården

Totalt fanns det 23 olika verksamheter i de sex landstingen att tillfråga. Efter den första frågeomgången hade tolv verksamhetschefer besvarat enkäten om den specialiserade hemsjukvården. Samtliga landsting var representera-

de i de svar som kom in. Av dessa kom det fram att verksamheterna fungerar på konsultbasis. Frågorna i enkäten var ställda som om verksamheterna fungerade med ett ansvar för en viss population. För denna målgrupp var därför vissa frågeställningar svåra eller rent av omöjliga att besvara. Påminnelser skickades inte ut.

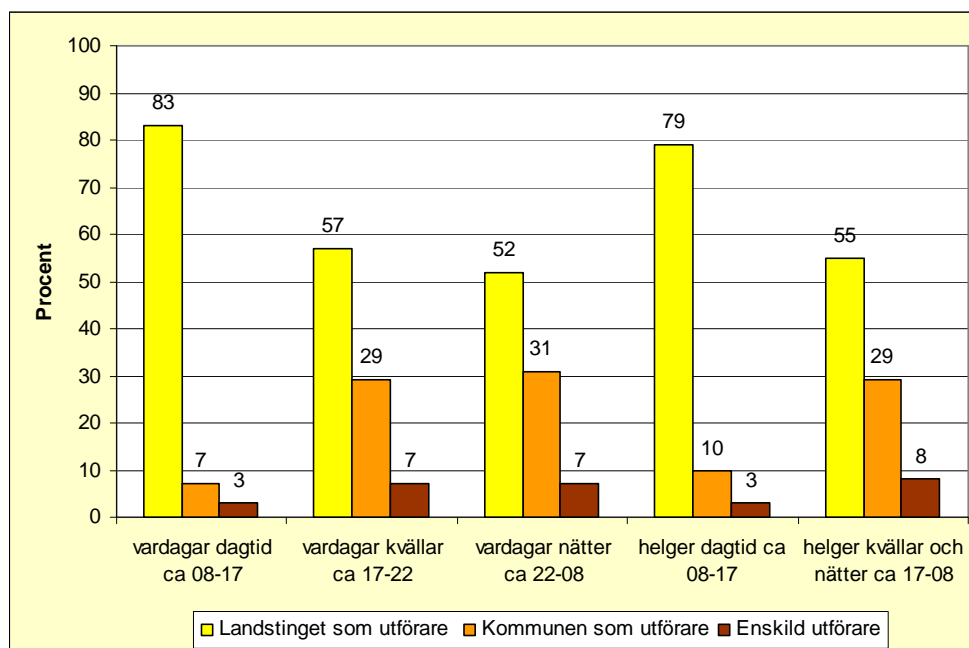
Resultat av enkäten i den primärvårdsanslutna hemsjukvården

Denna del av redovisningen av enkäten avser förhållanden i den primärvårdsanslutna hemsjukvården i landsting och kommuner. Svarspersonerna var vårdcentralschefer i landstingen och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna.

Ansvarsförhållanden

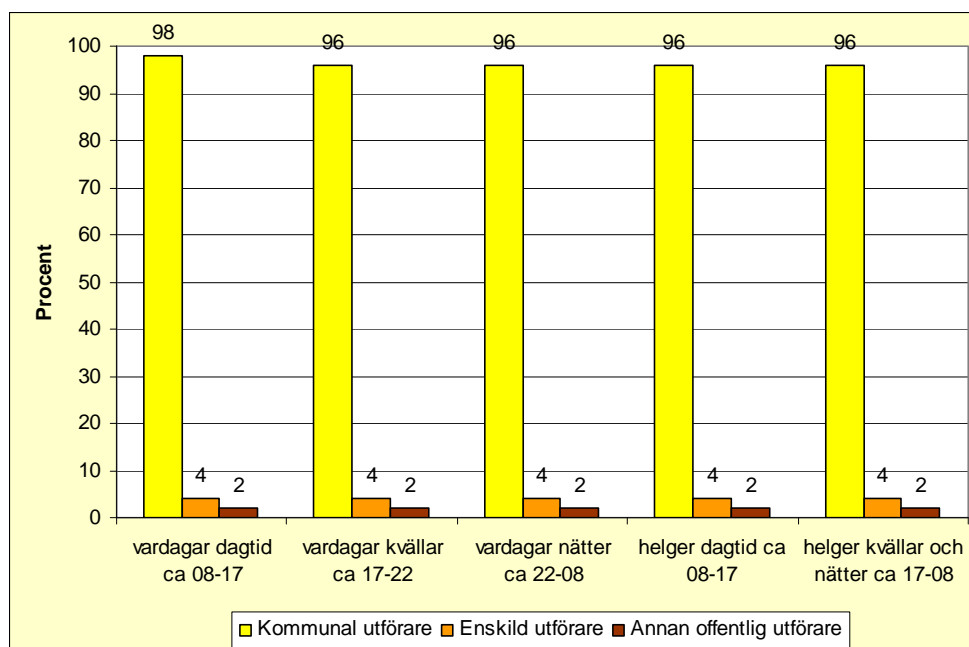
Inledningsvis ställdes en fråga om vilken typ av utförare (landsting, kommun eller privat vårdgivare) som har hemsjukvårdsansvar olika tider på dygnet samt under helger. Svaren visade att när landstingen i undersökningen ansvarar för hemsjukvården så bedrivs den nästan helt av landstingen själva på dagtid. Under nätter och helger däremot, är det företrädesvis kommunerna i området som på landstingen uppdrag driver hemsjukvården. När kommunerna har ansvaret för hemsjukvården så är det nästan uteslutande kommunen själv som är utförare alla tider på dygnet. När det gäller särskilt boende, där kommunen alltid har ansvaret för hemsjukvården, utförs den också nästan uteslutande av kommunen själv. Det är inte vanligt med andra utförare, offentliga eller privata, bland de kommuner som ingår i undersökningen.

Figur 4. Utförare av hälso- och sjukvårdinsatser i ordinärt boende, olika tider på dygnet när landstinget har hemsjukvårdsansvaret



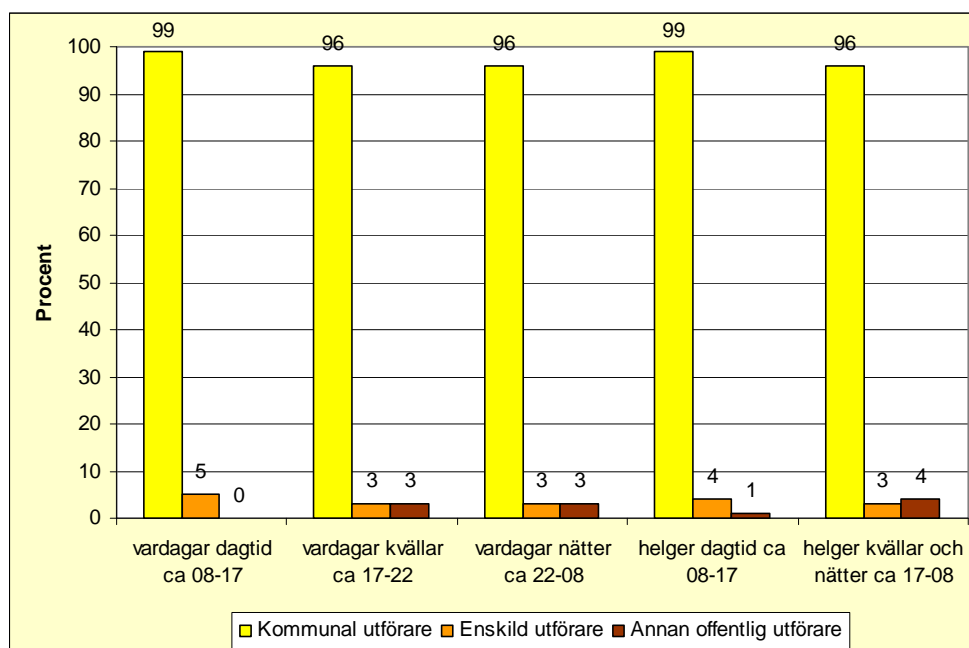
Källa: Socialstyrelsens enkät

Figur 5. Utförare av hälso- och sjukvårdinsatser i ordinärt boende, olika tider på dygnet när kommunen har hemsjukvårdsansvaret



Källa: Socialstyrelsens enkät

Figur 6. Utförare av hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilt boende, olika tider på dygnet



Källa: Socialstyrelsens enkät

Analys av ansvarsförhållanden

Landstingen har utformat sitt dygnet runt-ansvar för hemsjukvården på ett annat sätt än kommunerna. Eftersom verksamheten läggs ut på andra utförare under kvällar, nätter och helger fördelas vården av en hemsjukvårdspatient mellan flera olika vårdgivare. Dessa måste då upprätta en egen jourorganisation. Denna typ av organisation medför att patienten kan få flera olika vårdkontakter, vilket kan äventyra kontinuiteten. Det medför problem i samband med informationsöverföring, dokumentation och vid delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter.

SLUTSATS: Socialstyrelsens enkät visar att landstingen ofta väljer att överlåta hemsjukvården under kvällar, helger och nätter till andra utförare, t.ex. kommunen eller privata vårdgivare. Dagtid, företrädesvis vardagar, utför landstingens vårdcentraler hemsjukvården i egen regi. När kommunerna har ansvaret för hemsjukvården utförs den i huvudsak i egen regi. Kommunerna har möjlighet att erbjuda vård under dygnets alla timmar och under veckans alla dagar i högre utsträckning än vårdcentralerna. Det ger hemsjukvårdspatienten i kommunerna en bättre kontinuitet.

Tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal

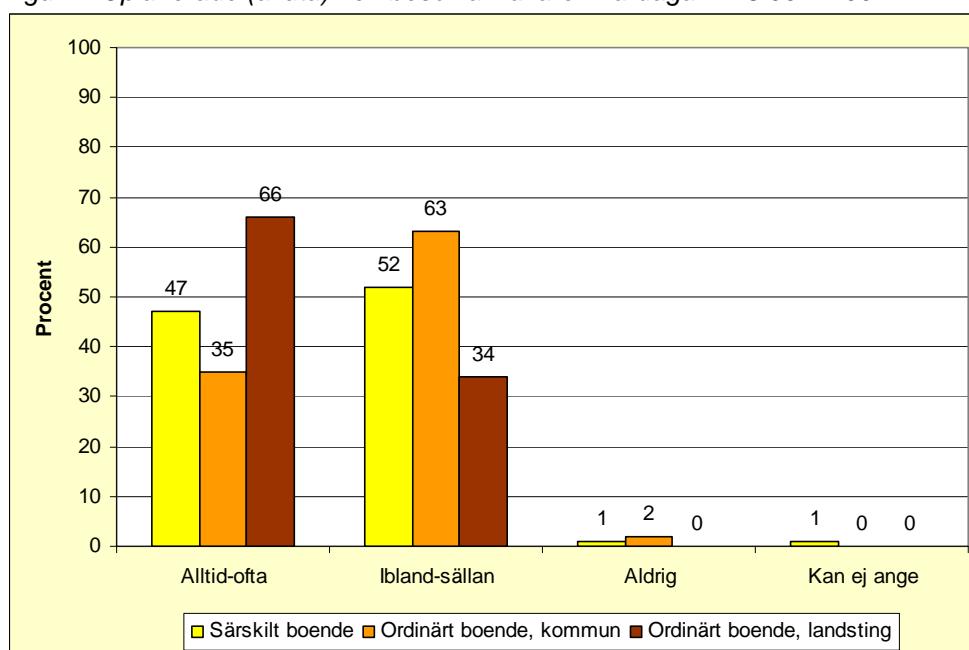
Tillgång till läkare, sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster

En god hemsjukvård kräver bland annat tillgång till både läkare och sjuksköterska dygnet runt. Därför ställdes frågor om tillgången på läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Tillgång till läkare – vardagar, dagtid

En fråga behandlade oplanerade (akuta) hemsjukvårdsbesök av läkare på vardagar, dagtid när sjuksköterska bedömer att det finns ett behov. 66 procent av vårdcentralerna anger att läkaren alltid eller ofta gör sådana besök. 35 procent av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna svarade att läkare gör oplanerade besök i kommunernas ordinära boende och för särskilt boende var motsvarande siffra 47 procent.

Figur 7. Oplanerade (akuta) hembesök av läkare - vardagar kl. 8.00-17.00

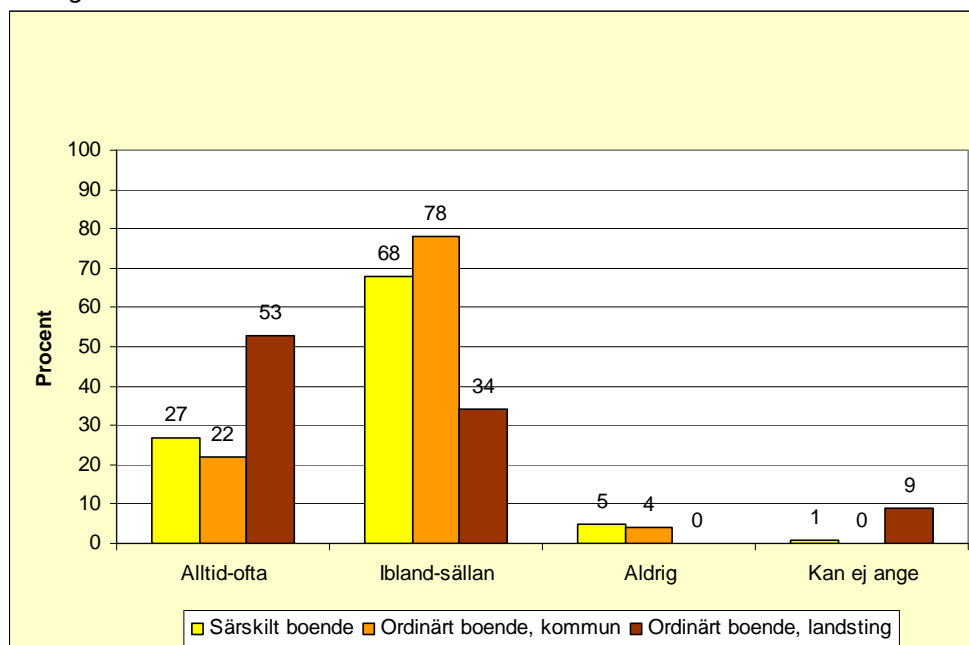


Källa: Socialstyrelsens enkät

Tillgång till läkare – jourtid

53 procent av vårdcentralerna svarade att läkaren gör akuta hemsjukvårdsbesök på jourtid när sjuksköterskan anser att det behövs. 27 procent av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna anser att läkaren gör oplanerade hemsök i kommunernas ordinära boende, 27 procent anser att så är fallet för de särskilda boendena.

Figur 8. Oplanerade (akuta) hembesök av läkare - jourtid, dvs. all annan tid än vardagar kl. 8.00-17.00



Källa: Socialstyrelsens enkät

Tid som läkaren avsätter för **planerade** hemsjukvårdsbesök enligt gällande rutiner och praxis

Avsikten med enkätens fråga om läkarens tid för planerade hemsjukvårdsbesök var att få svar på hur mycket av läkarens tid som avsätts för hemsjukvårdsbesök, angivet i minuter per patient och vecka. Frågan utgick från olika avtal som slutits om läkarmedverkan. I avtalen som finns framgår att vanligtvis planeras hemsjukvårdsbesök för ca 3–6 minuter per patient och vecka för personer i hemsjukvården.

Endast ett fåtal kunde ange tiden som avsätts för läkarens planerade hemsjukvårdsbesök enligt gällande rutiner eller praxis. Det gällde såväl i särskilt boende som i ordinärt boende med både landsting och kommun som huvudman. Eftersom så få kunde svara på frågan, kan förklaringen ligga i att svarspersonerna inte har känt till avtalens innebörd. Det kan även bero på att man inte vet hur många hemsjukvårdspatienter som ingår i ansvarsområdet. Så är det i landstingens hemsjukvård.

Flera av svarspersonerna har särskilt kommenterat frågan om läkartillgänglighet. Följande svar kommer från svarspersoner som arbetar på särskilt boende:

”Möjlighet till hemsjukvårdsbesök av läkare är nästintill omöjligt, eftersom läkare är inbokade på annan verksamhet (BVC, mottagning etc.) på vårdcentralen. Vore önskvärt att landstinget organiserar närsjukvårdsläkare med möjlighet till akuta hemsjukvårdsbesök för att undvika onödiga sjukhusbesök för multisjuka äldre”.

”Läkaren gör mycket sällan akuta hemsjukvårdsbesök, vilket medför att gamla människor måste åka till akutmottagningar med lång väntan på

behandling. Alternativet är att sjuksköterskan får ordination per telefon och behandlar patienten i hemmet”.

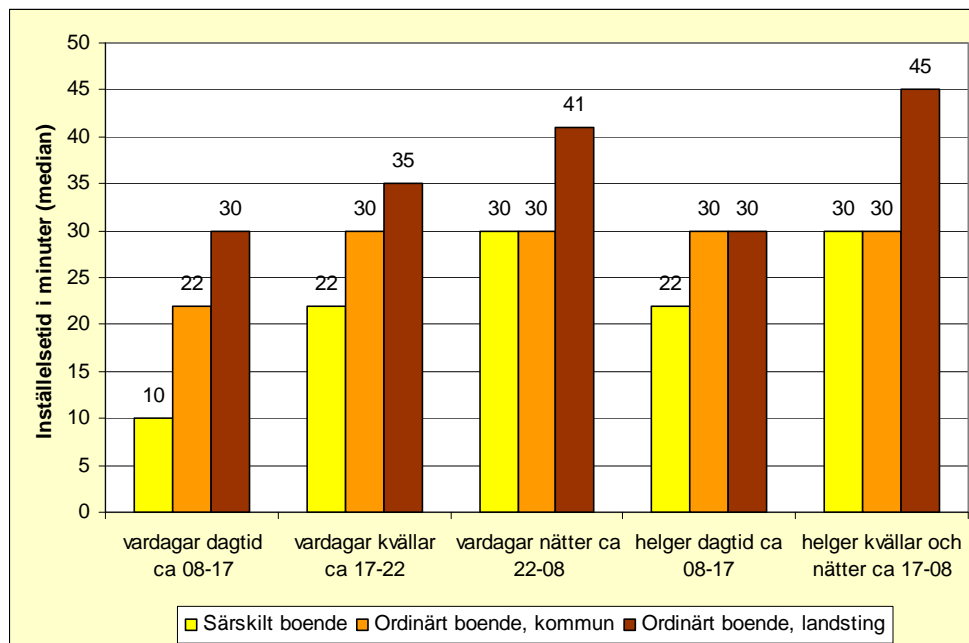
Tillgång till sjuksköterskor – inställelsetid vid hemsjukvårdsbesök

För att få en uppfattning om hemsjukvårdens tillgång till sjuksköterska ställdes frågan om inställelsetid för hemsjukvårdsbesök. Tiden kan kopplas till det geografiska avståndet men också till antalet sjuksköterskor i verksamheten.

Vårdcentralerna kunde i flera fall inte alls ange inställelsetiden. De som svarade angav att när landstinget ansvarar för hemsjukvården, behöver sjuksköterskan mellan 30 till 45 minuter för att åka från vårdcentralen till patienten när en förfrågan kommer.

Det tog 22 minuter på vardagar och upp till 30 minuter under kvällar och nätter för en sjuksköterska att ta sig till patientens hem i kommunens ordinära boende. I särskilt boende varierade inställelsetiden från cirka 10 minuter vardagar till 30 minuter under helger, kvällar och nätter. Inställelsetiden är i allmänhet längre under kvällar, nätter och helger.

Figur 9. Inställelsetid i minuter till hembesök av sjuksköterska

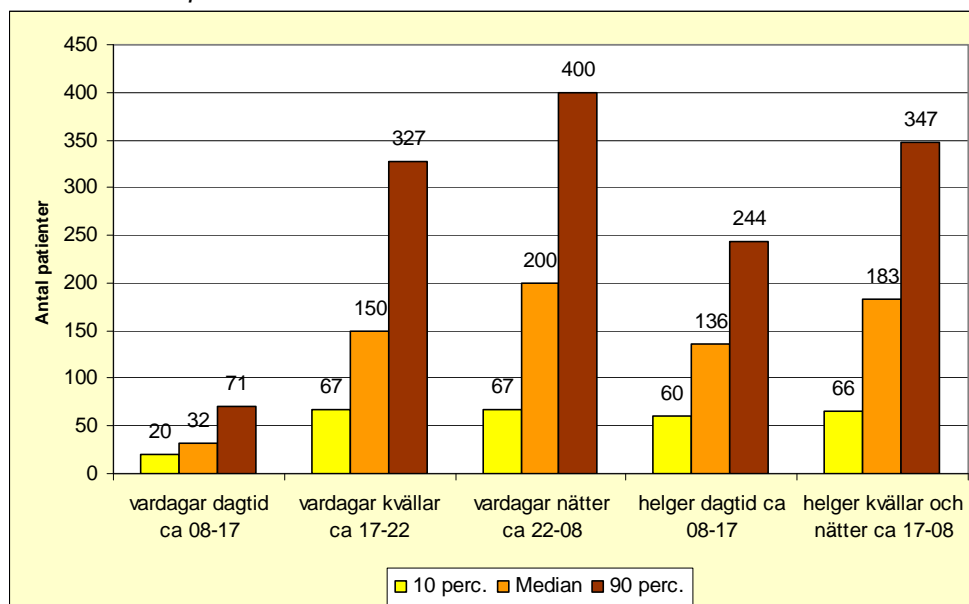


Källa: Socialstyrelsens enkät

Antal patienter en sjuksköterska ansvarar för, särskilt boende

Svarspersonerna ombads att ange det maximala antalet patienter som en sjuksköterska ansvarar för vid olika tider på dygnet. I särskilt boende var medianvärdet 32 patienter under vardagar dagtid. Antal patienter varierade mellan 20–71 patienter. Nattetid vardagar uppgavs medianvärdet vara 200 patienter. Antalet patienter varierade mellan 67–400.

Figur 10. Särskilt boende - Hur många patienter ansvarar varje sjuksköterska för under ett arbetspass

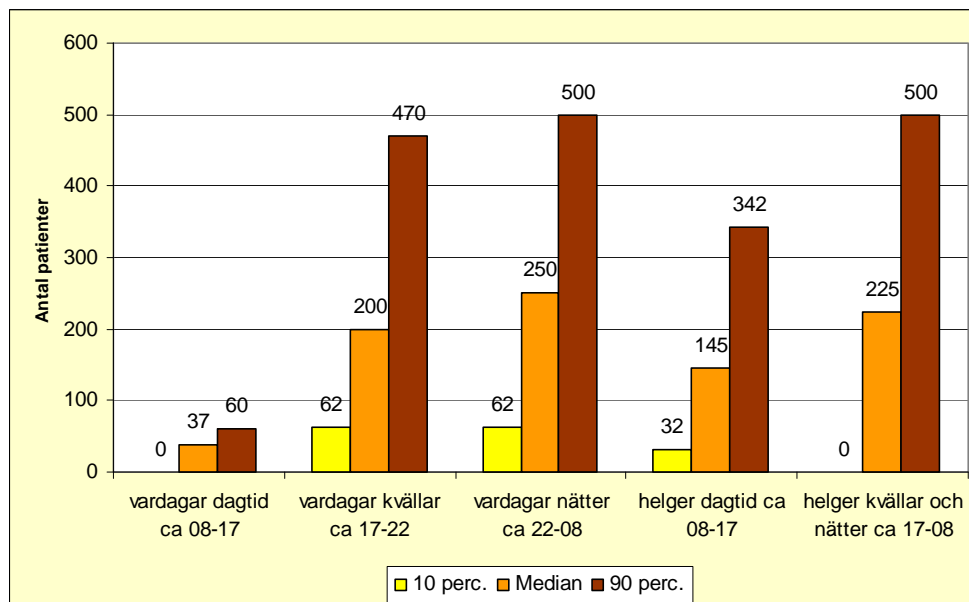


Källa: Socialstyrelsens enkät

Antal patienter en sjuksköterska ansvarar för, ordinärt boende, kommun

På vardagar ansvarade en sjuksköterska för 37 patienter (medianvärdet) och som mest ansvarade hon för 60 patienter. Vardagar, nattetid, angavs här 250, med ytterlighetsvärden om 62–500 patienter.

Figur 11. Ordinärt boende, Kommun - Hur många patienter ansvar en sjuksköterska för ett arbetspass



Källa: Socialstyrelsens enkät

Antal patienter en sjuksköterska ansvarar för, ordinärt boende, landsting

Landstingens svars personer kunde inte besvara frågan.

Tillgång till sjukgymnaster/arbetsterapeuter

Svarspersonerna ombads uppge hur många arbetsterapeuter respektive sjukgymnaster som man hade tillgång till och vad antalet innebar i relation till antalet patienter i hemsjukvården.

Hälften av alla svarspersoner kunde inte ange hur många arbetsterapeuter eller sjukgymnaster som fanns tillgängliga. Det var svårare för landstingen än för kommunerna att besvara frågan. Vårdcentralerna kunde inte svara, eftersom man inte visste hur många hemsjukvårdspatienter uppdraget omfattade. Det är uppenbart att ingen av de personer som svarade på enkäten har överblick över denna del av hemsjukvården. Flera svarspersoner angav dock i kommentarer att man försökte samordna resurserna i ordinärt och särskilt boende, där kommunerna ansvarade för hemsjukvården i ordinärt boende.

Analys – tillgänglighet

Vårdcentralerna svarade att de gör så många oplanerade hemsjukvårdsbesök som behövs. De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna bedömde att det behövdes fler läkarbesök än de som utfördes. Det tyder på att sjuksköterskorna i kommunerna, inte får den respons på begäran om läkarbesök som man anser vara nödvändig. Det gäller särskilt jourtid. Sjuksköterskorna måste välja mellan att själva lösa problemen, att försöka lösa dem tillsammans med ansvarig läkare via telefon eller att ta hjälp av en annan läkare, exempelvis på en akutmottagning.

Möjligheten att få hemsjukvårdsbesök av sjuksköterska avgörs bland annat av hur många patienter som sjuksköterskan ansvarar för under ett arbetspass. Antalet patienter varierar beroende på hur man har valt att organisera verksamheterna. Flera kommuner väljer att lägga sjuksköterskan i en egen konsultorganisation. Det förutsätter att undersköterskor och vårdbiträden har kunskaper för att avgöra när en patient har behov av att få träffa en sjuksköterska, såvida patienten själv inte uttryckligen ber om detta.

En nationell granskning som Socialstyrelsens tillsynsenheter gjorde 2005 visade att tillgängligheten till hälso- och sjukvård för hemsjukvårdspatienten är begränsad, samtidigt som behoven ökar [39]. Det kom också fram att läkare endast gör dygnet runt-besök för att konstatera dödsfall och för att bedöma behov av tvångsvård. Där landstinget har ansvar för hemsjukvården kan det ibland vara svårt för hemtjänstpersonalen att få hjälp och stöd av sjuksköterskor, när någon patient blir akut sjuk. Det kom också fram att hemsjukvårdens organisation ser olika ut i landsting respektive kommun. Detta har också betydelse för tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal, inte minst på jourtid.

Läkarna har inte alltid möjlighet att göra de hemsjukvårdsbesök som efterfrågas. Sjuksköterskan har svårt att tillgodose patienternas behov, speciellt i vård i livets slutskede när sjuksköterskan ansvarar för ett stort antal patienter. En konsekvens av bristen på tillgänglighet till läkare och sjuksköterskor är att hemtjänstpersonalen många gånger står utan stöd när de behöver fatta beslut i hälso- och sjukvårdsfrågor. Nattetid kan det speciellt i ordinärt boende innebära att valet står mellan att avvakta till morgonen när

dagpersonalen infinner sig eller att konsultera en akutmottagning. I bägge fallen riskeras patientsäkerheten.

SLUTSATS: När läkarna inte har möjlighet att göra de hemsjukvårdsbesök som efterfrågas finns det risk för att hemsjukvårdspatienten hänvisas till akutmottagningarna trots att problemet kanske hade kunnat åtgärdas i hemmet. Ju fler patienter en sjuksköterska ansvarar för, desto svårare är det att utföra vissa undersökningar och behandlingar under alla tider på dygnet. När det gäller rehabiliteringsansvaret har sjukgymnaster och arbetsterapeuter en viktig roll. Varken personalen på vårdcentralerna eller de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i kommunerna kan uppge hur tillgången är till sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

I vissa fall ansvarar en sjuksköterska för upp till 400 patienter under jourtid. Detta kan enligt Socialstyrelsens mening inte vara förenligt med god vård och det kan äventyra patientsäkerheten. Det finns fortfarande ett stort behov av att öka tillgängligheten till läkare och sjuksköterskor. Det gäller framför allt under helger, kvällar och nätter.

Tillgång till olika undersökningar och behandlingar

I och med Ädelreformen tog kommunerna över ett hälso- och sjukvårdsansvar i särskilt boende. Enligt beskrivningen omfattade ansvaret alla nivåer upp till sjuksköterskenivå; läkare exkluderades. Bakgrunden var att då det finns förutsättningar för att ge kvalificerad vård i den enskildes bostad ska människor inte behöva flytta till sjukhem/sjukhus för att få sina vårdbehov tillgodosedda. Slutenvården ska endast nyttjas då patienten behöver specialiserade resurser. Sedan tiden för reformens genomförande har kunskaperna på området utvecklats och medicintekniken har gått framåt. Det innebär att fler typer av undersökningar kan göras utanför laboratoriemiljö, i patientens bostad. Det kan många gånger vara att föredra, speciellt i samband med vård i livets slutskede. När Ädelreformen infördes utgick man också ifrån att huvudmannen skulle tillhandahålla den utrustning som läkaren behöver för diagnostik och behandling. Med huvudmannen menas i det här fallet ett landsting eller en annan vårdgivare som arbetar på uppdrag av ett landsting.

I enkäten ställdes därför en fråga om hemsjukvårdens möjligheter att genomföra vissa undersökningar och behandlingar. Vissa frågor handlade om nyare metoder som inte tillämpades i primärvården vid tiden för Ädelreformens genomförande. Formuleringen löd: "Vilka hemsjukvårdsinsatser kan erbjudas när behov uppstår vid de olika tiderna på dygnet och för de olika åldersgrupperna?" För varje undersökning eller behandling kunde svarspersonerna välja mellan följande alternativ:

- kan utföras/erbjudas samtliga hemsjukvårdspatienter i nedan angivna åldersgrupper och tider:
 - vardagar, dagtid, ca 8–17,
 - vardagar, kvällar, ca 17–22
 - vardagar nätter, ca 22–08
 - helger, dagtid 8–17
 - helger, kvällar och nätter ca 17–08.

- kan utföras erbjudas samtliga hemsjukvårdspatienter, alla tider på dygnet
- kan inte utföras/erbjudas

Svaren kunde anges för tre åldersgrupper: 0–17 år, 18–64 år och 65 år eller äldre.

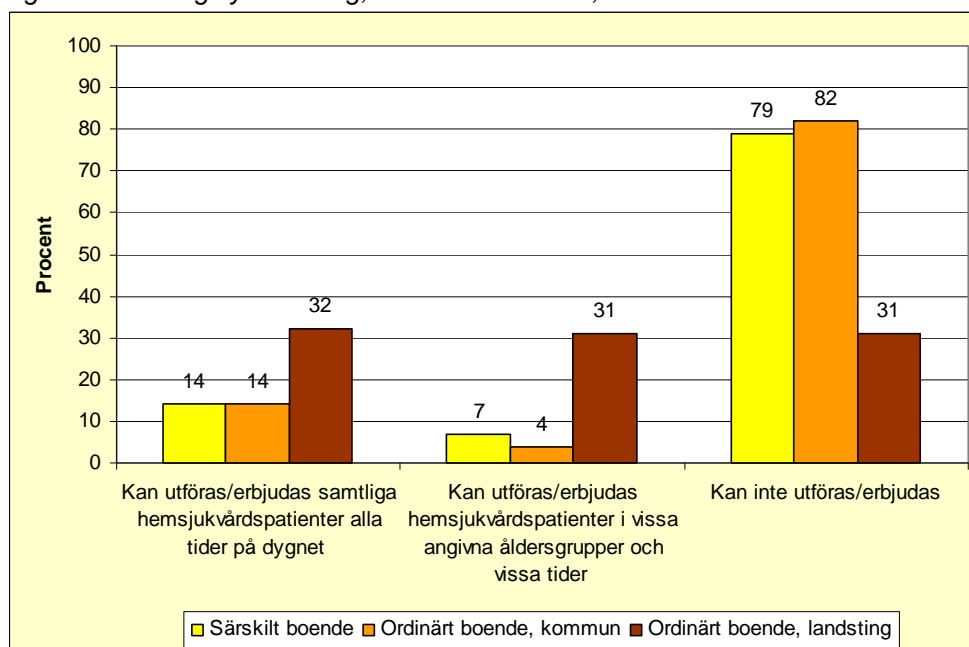
Svarspersonerna ombads att ange vilka hemsjukvårdsinsatser i form av undersökningar och behandlingar som patienterna kunde erhålla av hälso- och sjukvårdspersonal eller av personal med delegering. Svarspersonerna skulle också bedöma vad som var möjligt att genomföra med befintliga resurser, dvs. vad som faktiskt gjordes. Exempel på resurser var medarbetare i organisationen och utomstående, till exempel andra vårdgivare. Tanken var att frågorna skulle besvaras utifrån patientens perspektiv.

Tillgång till undersökningar

Provtagning av blodets syresättning och kontroll av kvarstående urin i urinblåsan

Kontroll av blodets syresättning kan ske med en enkel, icke-blodig metod med hjälp av en så kallad pulsoxymeter. Användningen bidrar till ett underlag för behandling, framför allt för patienter med lungsjukdomar som är vanliga bland personer som vårdas i hemsjukvården. Non-invasiv (icke-blodig) mätning av syresättning i blod kan i större utsträckning erbjudas patienter i hemsjukvården när landstingen har ansvaret. Här kan drygt 60 procent helt eller delvis erbjudas denna undersökning. När kommunen ansvarar för hemsjukvården kan endast 20 procent av patienterna erbjudas behandlingen.

Figur 12. Mätning syresättning, non-invasiv metod, i blod

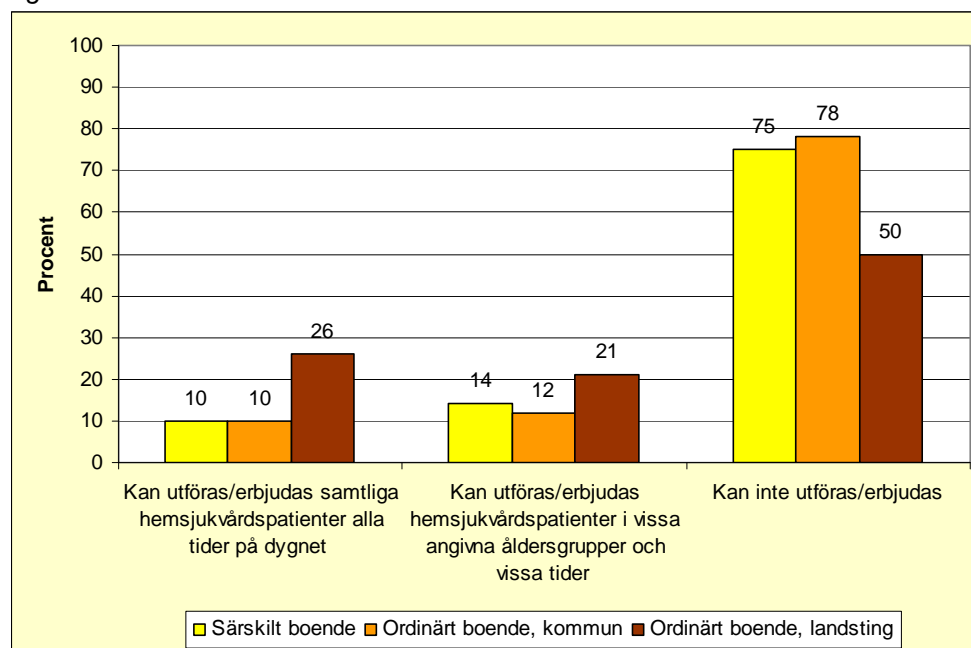


Källa: Socialstyrelsens enkät

Undersökning av urinblåsan med hjälp av en "bladder scanner"

Det går att kontrollera urinblåsan med en ultraljudsmetod, en så kallad "bladder scanner". Med den kan man bland annat enkelt utesluta urinstämning som orsak till plötslig oro eller magsmärta hos patienten. Det är ovanligt att kontroll av urinblåsan med "bladder scanner" kan erbjudas. 22–24 procent av kommunerna kan erbjuda detta helt eller delvis medan nästan 50 procent av vårdcentralerna kan erbjuda denna undersökning när landstinget har ansvar för hemsjukvården i ordinärt boende.

Figur 13. Kontroll av urinblåsa med "bladder scanner"



Källa: Socialstyrelsens enkät

Det går naturligtvis också att undersöka urinblåsan kliniskt, dvs. genom bukpalpation som vanligtvis kompletteras med att man sätter in en kateter i urinblåsan. Syftet är diagnostiskt men kan också vara behandlande. Om det visar sig att det inte finns urin kvar i blåsan var ingreppet onödigt. Samtliga svars personer uppger att man kan erbjuda tappning av urinblåsan till de flesta hemsjukvårdspatienterna så gott som dygnet runt, veckans alla dagar. Det är en traditionell metod som innebär att man för in en kateter i urinblåsan och man riskerar därmed att åstadkomma en infektion. Vidare är katetrisering av urinblåsan en undersökning/behandling som för patienten är förknippad med stort obehag och ofta även med smärta. "Bladder scanner" innebär en möjlighet att undvika ett ingrepp.

Provtagning i blod och urin

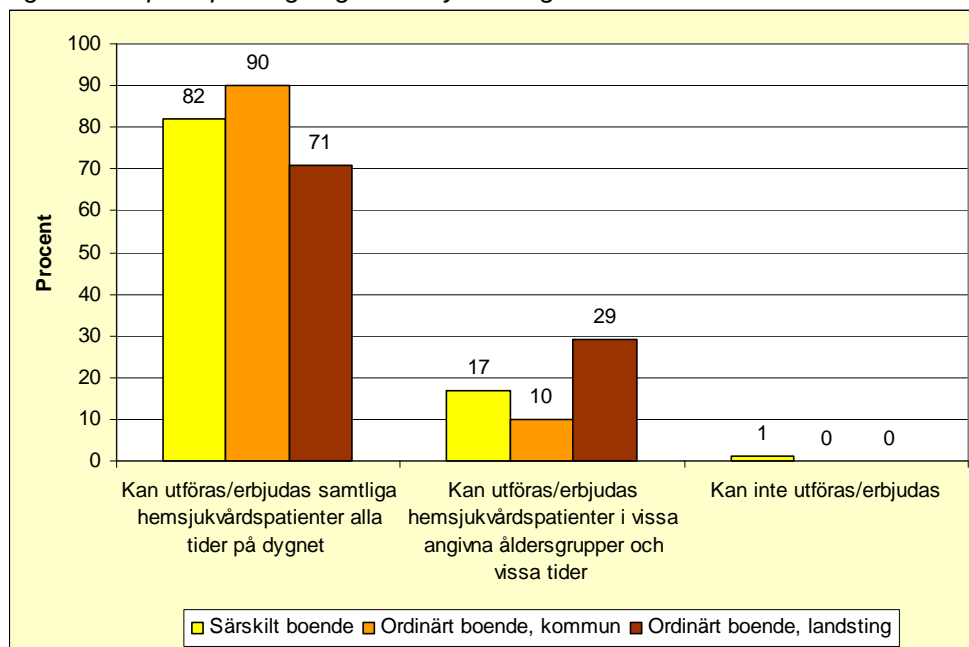
Kapillär provtagning och analys av p-Glukos

Kontroll av blodsocker genom ett stick i fingret och analys med en provsticka är en vanlig undersökning för att ge underlag för behandling vid diabetes (sockersjuka).

Det är vanligt att alla vårdgivare kan erbjuda kapillär provtagning och analys av p-Glukos. 82 procent av de svars personer som representerade sär-

skilt boende angav att rubricerad provtagning och analys kan utföras alla tider på dygnet. För ordinärt boende, med kommunen som ansvarig utförare, angav 90 procent att denna typ av undersökning kan genomföras. Motsvarande siffra för landstingets ordinära boende är 71 procent. 29 procent av svarspersonerna för landstingets hemsjukvård angav att denna typ av undersökning kan genomföras vissa tider på dygnet.

Figur 14. Kapillär provtagning av analys av P-glukos

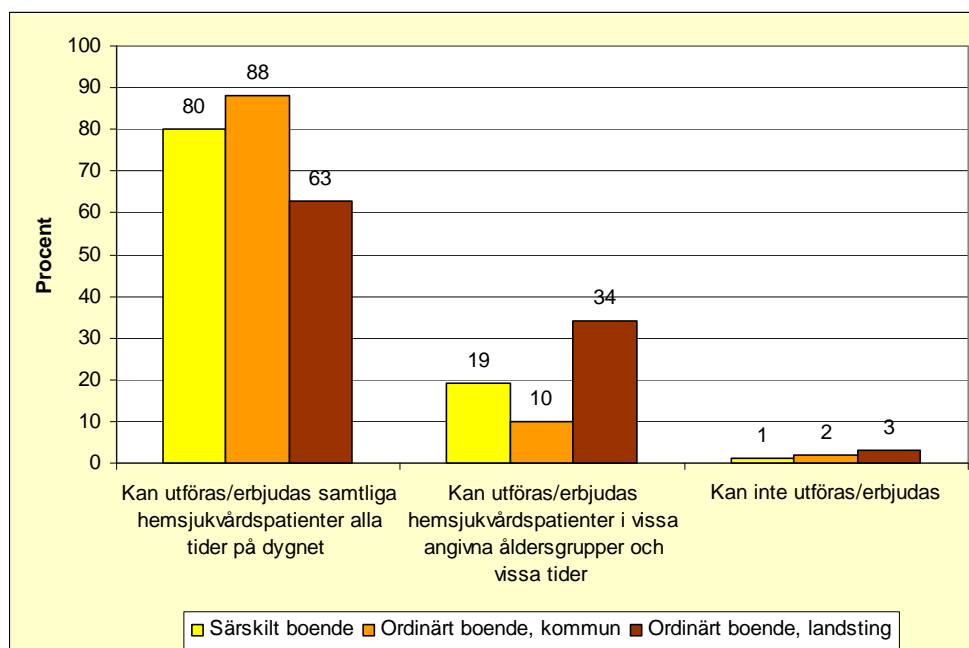


Källa: Socialstyrelsens enkät

Provtagning och analys av urin med urinsticka

Att ta prov på och analysera urinen med urinsticka är vanligt för att preliminärt mäta om det finns exempelvis socker, vita blodkroppar eller vissa bakterier i urinen. Det är en enkel undersökning som är vanligare i såväl särskilt som i ordinärt boende när kommunen ansvarar för hemsjukvården. 80 procent av svarspersonerna för särskilt boende angav att man kan erbjuda denna undersökning alla tider på dygnet, veckans alla dagar. 88 procent svarade att undersökningen går att erbjuda patienterna inom kommunens hemsjukvård för ordinärt boende. 63 procent svarade att undersökningen finns att erbjuda där landstinget ansvarar för verksamheten.

Figur 15. Provtagning och analys av urin och urinsticka



Källa: Socialstyrelsens enkät

Analys av undersökningar

Syrgasanalysen och undersökningen av urinblåsan är enkla att genomföra. Dessa undersökningar är inte vanliga i primärvårdsansluten hemsjukvård. De är exempel på undersökningar som genom den medicintekniska utvecklingen har blivit enkla att genomföra under den senaste tioårsperioden, dvs. efter Ädelreformens genomförande. Flera svarspersoner kommenterade att kommunen inte tillhandahåller utrustningen eller att utrustningen finns på vårdcentralen där den bara kan användas när läkaren finns tillgänglig, oftast dagtid, måndag till fredag. Det visar sig också att viss medicinteknisk utrustning inte används i hemsjukvården på grund av oklarheter om vilken huvudman som har ansvaret. Detta kom också fram i en rapport från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum [57].

Flera vårdcentraler har begränsade möjligheter att tillhandahålla kapillär provtagning och analys av blodsocker under dygnets alla timmar. Det gäller också för provtagning och analys av urinen. För högt eller lågt blodsocker kan vara livshotande tillstånd som kräver omedelbar behandling. Kapillär provtagning och analys av blodsocker krävs som underlag för att kunna ge rätt behandling i ett akut skede. Provtagningsuppgiften delegeras ofta av sjuksköterska till undersköterska eller vårdbiträde, vilket är nödvändigt för att göra tjänsten tillgänglig i så hög utsträckning som möjligt.

SLUTSATS: Allmänt sett visar det sig att när kommunerna ansvarar för hemsjukvården så kan de erbjuda provtagningar i blod och urin i högre utsträckning än man kan inom landstingets hemsjukvård. Det är oklart vilken huvudman som ska tillhandahålla den utrustning som behövs för provtagning. Det innebär att omfattningen av de tjänster som hemsjukvården erbjuder varierar beroende på hur huvudmännen har tolkat och beskrivit uppdraget.

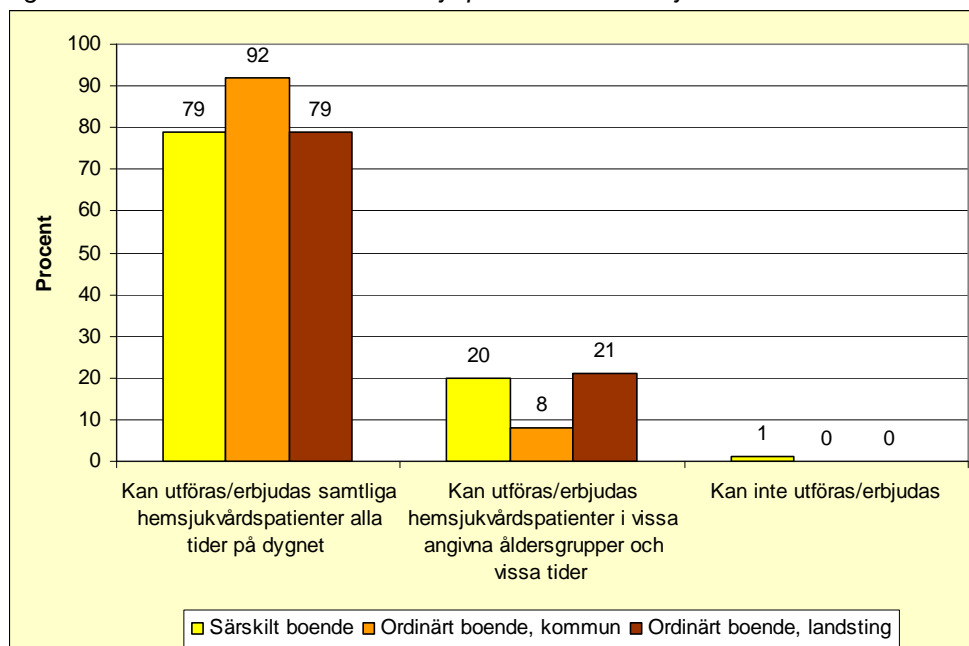
Tillgång till behandlingar

Insulin administrerat med hjälp av subkutana injektioner

Många personer i hemsjukvård behöver hjälp med att ta insulin. Uppgiften delegeras ofta till en undersköterska.

Enkätsvaren visade att 79 procent av svarspersonerna för särskilt boende angav att man kan administrera insulin med hjälp av subkutana injektioner, alla tider på dygnet. För kommunens hemsjukvård i ordinärt boende är siffran 92 procent. Motsvarande siffra för landstingets hemsjukvård i det ordinarie boendet var 79 procent. Variationerna i svaren från kommunerna speglar att man inte kan erbjuda tjänsten till alla åldersgrupper. Det avser främst åldersgruppen 0–17 år. Variationerna i landstingen beror till stor del på att de inte kan erbjuda denna tjänst kvällar och nätter, varken vardagar och helger.

Figur 16. Insulin administreras med hjälp av subkutana injektioner



Källa: Socialstyrelsens enkät

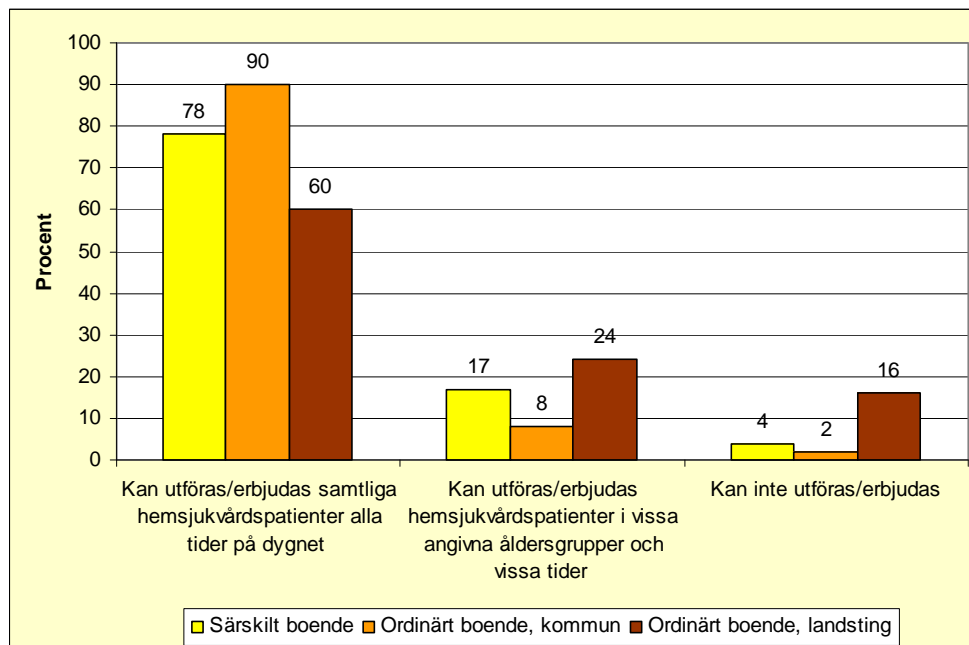
Behandling genom injektioner eller infusioner (dropp) intravenöst

Enkäten innehöll flera frågor om möjligheten att administrera läkemedel i injektionsform i underhuden, i en muskel, i en ytlig ven eller i en djupt liggande ven. Sådan venös administrering kan ske genom infusion (dropp) eller med hjälp av en injektionspump eller manuellt med hjälp av en vanlig injektionsspruta. Denna typ av behandling kan vara aktuell att tillämpa ex-

empelvis vid antibiotikabehandling på grund av en allvarlig infektion eller för att uppnå optimal smärtlindring, exempelvis vid vård i livets slutskede.

78 procent av de särskilda boendeformerna, 90 procent i kommunernas ordinära boende samt 60 procent i landstingens ordinära boende kunde ge intravenösa injektioner dygnet runt. 16 procent av vårdcentralerna kunde inte alls erbjuda intravenösa injektioner.

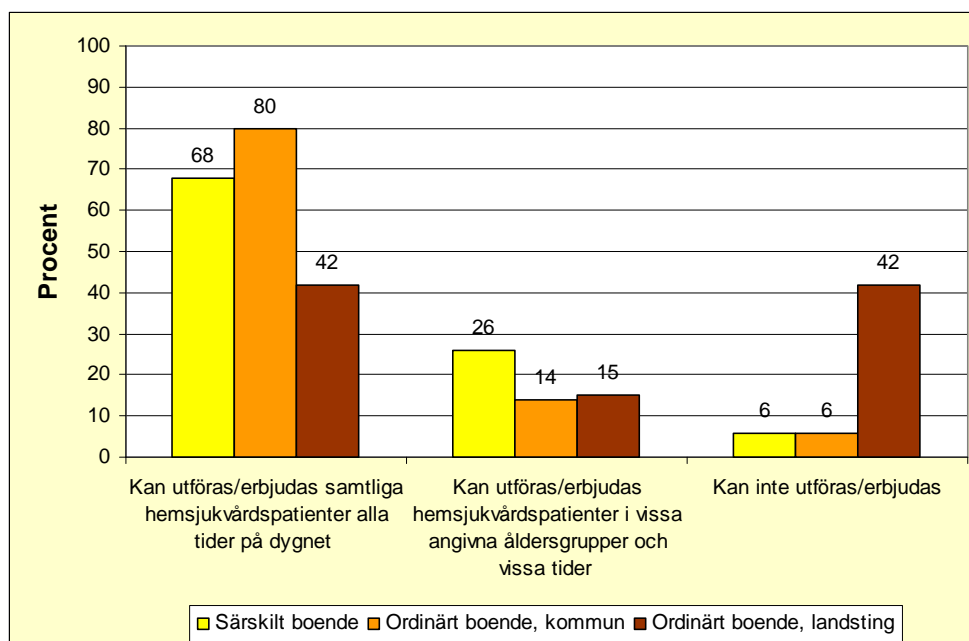
Figur 17. Intravenösa injektioner



Källa: Socialstyrelsens enkät

Vad avser *intravenösa infusioner* (dropp) så kunde 68 procent av de särskilda boendeformerna, 80 procent i kommunernas ordinära boende samt 42 procent i landstingens ordinära boende erbjuda detta dygnet runt. 42 procent av landstingets hemsjukvård kunde inte alls tillhandahålla denna tjänst. Dvs. det var mer vanligt i ordinärt boende med kommunen som utförare.

Figur 18. Intravenösa infusioner



Källa: Socialstyrelsens enkät

Syrgasbehandling

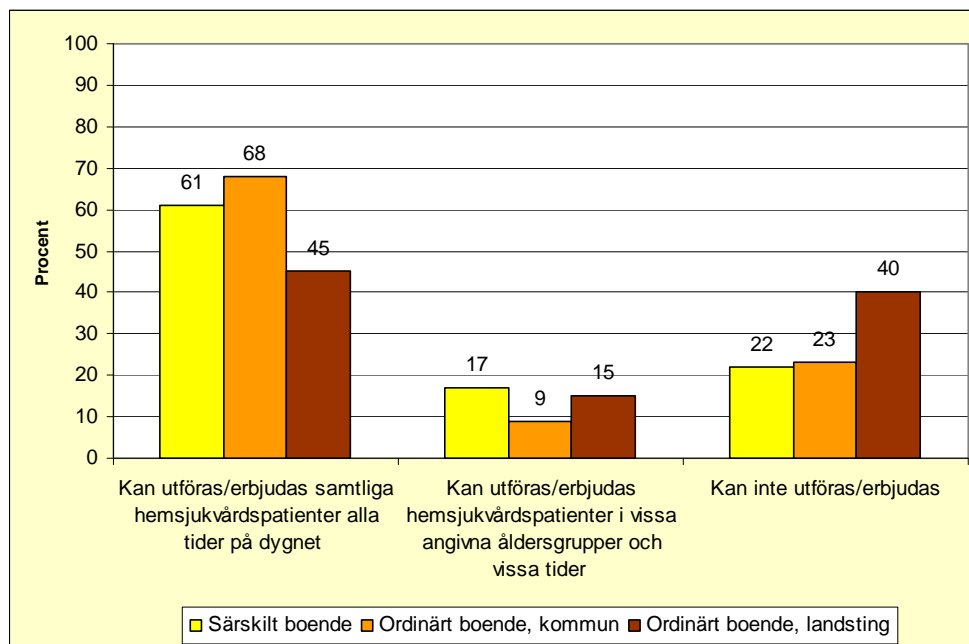
Behandling med syrgas kan ibland ordineras i ett akut skede. Långtidsbehandling med syrgas som kan vara aktuellt vid kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL, behandlas oftast med en så kallad oxygenkoncentrator och kräver ordination och utprovning av specialister. Enkätfrågan avsåg därför enbart sådan korttidsbehandling med syrgas som kan ordineras i ett akut skede.

61 procent av de svarande för särskilt boende, 68 procent av svarspersonerna inom ordinärt boende i kommunerna och 45 procent av svarspersonerna för hemsjukvården i landstingen svarade att de kan erbjuda behandlingen dygnet runt. 40 procent av landstingens svars personer svarade att man inte tillhandahåller syrgas i hemsjukvården.

Kommentar från svars person för särskilt boende:

”Syrgasbehandling kan ej ges akut på grund av att kommunen inte tillhandahåller syrgas”.

Figur 19. Syrgasbehandling exempelvis vid vård i livets slutskede eller vid akuta fall



Källa: Socialstyrelsens enkät

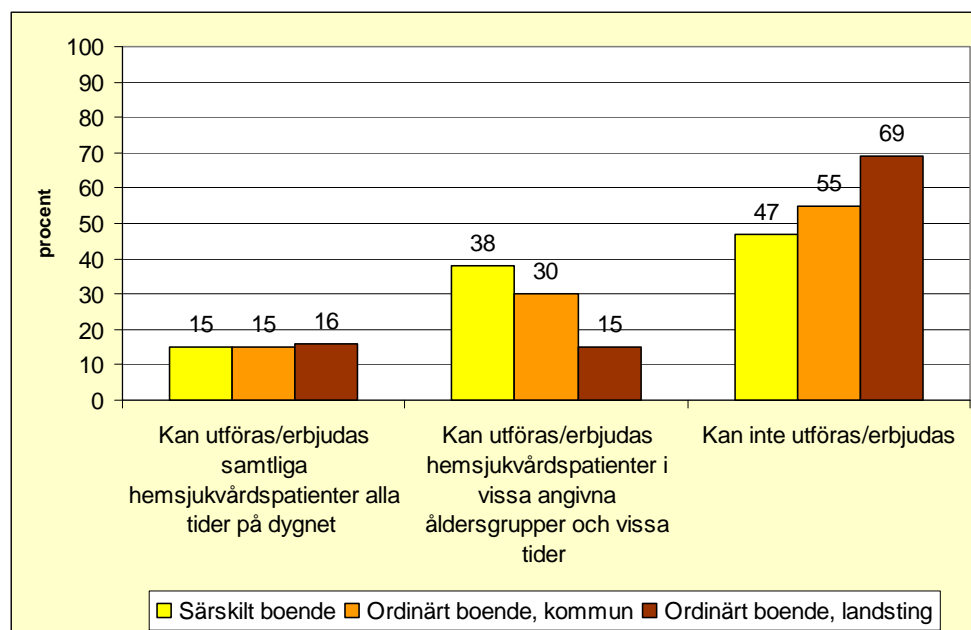
Blodtransfusion

Vid flera sjukdomstillstånd behöver patienterna få blod eller blodplasma. En sådan behandling är alltid förenad med risker i form av överkänslighetsreaktioner som i sig innebär fara för livet. Det medför att det krävs en viss vana och en viss rutin för den hantering som sjuksköterskan ansvarar för. Det är endast en legitimerad sjuksköterska eller läkare som får ansvara för transfusionen⁵. Det behövs därutöver tydliga ordinationer vid behov, grundade på en dokumenterad riskbedömning utifrån den enskilda patientens förutsättningar. Under transfusionen behövs också god tillgänglighet till läkare.

47 procent i särskilt boende, 55 procent i kommunens ordinära boende samt 69 procent i landstingets hemsjukvård svarade att de inte kan erbjuda blodtransfusioner i hemsjukvården.

⁵ Socialstyrelsens föreskrifter 2006:18 om transfusion av blodkomponenter, 5 kap. 2 §

Figur 20. Blodtransfusion



Källa: Socialstyrelsens enkät

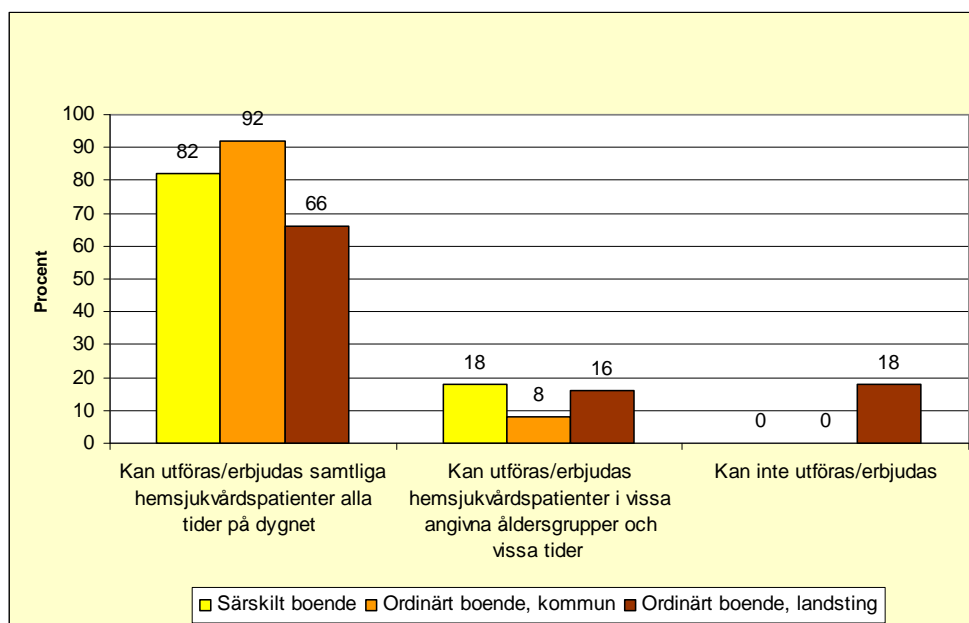
Matning med hjälp av magsond

I enkäten efterfrågades användning av två olika typer av magsonder: dels en typ av sond som når magsäcken via näsan, dels den så kallade PEG-sonden (perkutan endoskopisk gastrostomi). PEG-sonden förs in i magsäcken genom huden på magen, vilket görs genom ett operativt ingrepp.

PEG-sond

Matning med hjälp av PEG-sond kan erbjudas i kommunernas hemsjukvård. 82 procent svarade att det är möjligt i särskilt boende, 92 procent i ordinärt boende. Användningen av PEG är mindre vanligt i landstingens hemsjukvård. 66 procent kan erbjuda sådan behandling och 18 procent angav att denna behandling inte kan erbjudas över huvud taget.

Figur 21. Matning med hjälp av PEG-sond

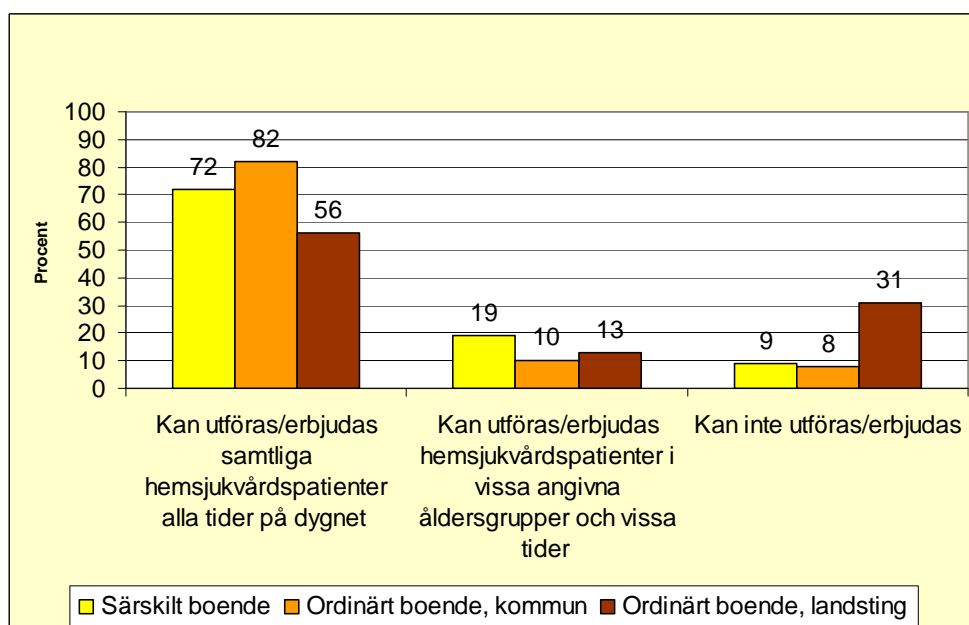


Källa: Socialstyrelsens enkät

Nasal sond

72 procent i särskilt boende, 82 procent i kommunernas ordinära boende och 56 procent i landstingets hemsjukvård tillhandahåller matning med nasal sond. 31 procent av de svarande i landstinget angav att man inte kan erbjuda denna behandling alls.

Figur 22. Matning med hjälp av nasal sond



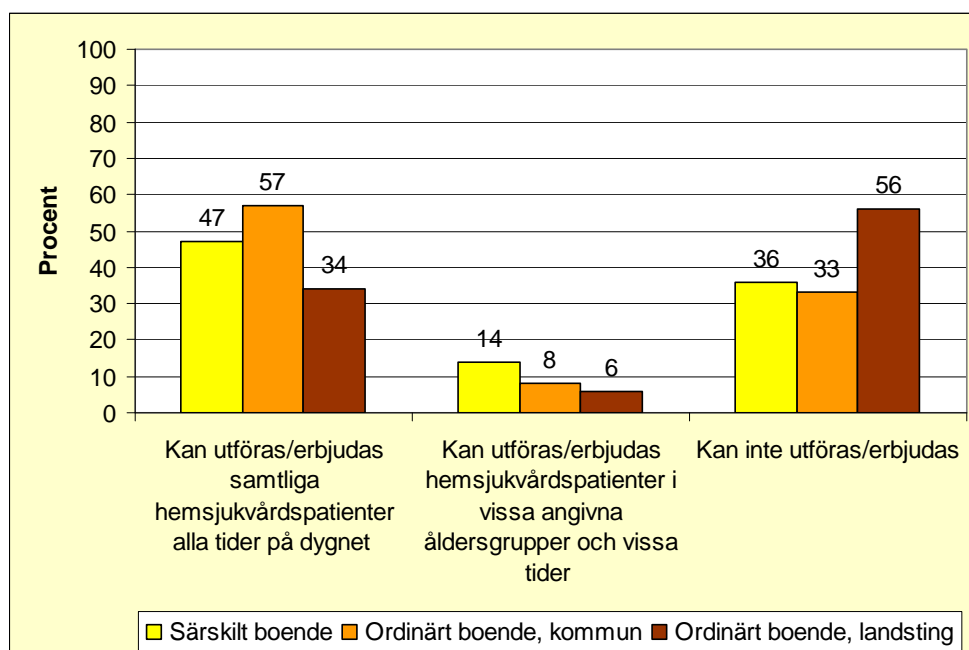
Källa: Socialstyrelsens enkät

Ventilatorbehandling

Enkäten innehöll också frågor om verksamheternas möjligheter att behandla personer som behöver andningshjälp. Ventilatorbehandling är andningshjälp som ges för att förbättra syresättningen, främst i samband med nattvila. Behandlingen kräver i många fall omedelbart ingripande vid problem och därmed god tillgänglighet till vårdpersonal. Ventilatorbehandling är inte det samma som respiratorbehandling. Sådan behandling kräver oftast kontinuerlig insats och övervakning.

Enkäten visade att i särskilt boende kan 47 procent erbjuda hjälp med ventilatorbehandling. Motsvarande siffra för kommunernas hemsjukvård i ordinärt boende är 57 procent och i landstingets hemsjukvård är siffran 34 procent.

Figur 23. Vård vid ventilatorbehandling

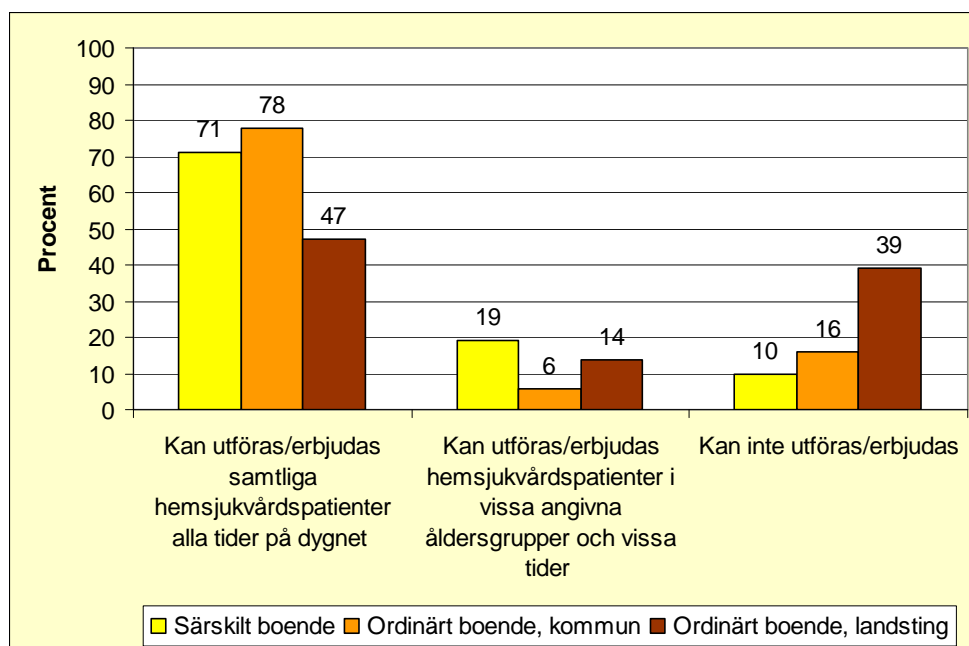


Källa: Socialstyrelsens enkät

Sugning av övre luftvägar

Sugning av övre luftvägar är en åtgärd att ta till när patienten själv inte förmår att göra sig av med exempelvis slem i luftvägarna. Åtgärden behövs ofta vid vård i livets slutskede. 71 procent i särskilt boende, 78 procent i kommunernas ordinära boende samt 47 procent i landstingets hemsjukvård svarade att verksamheterna kan sätta in denna behandling. I landstingets hemsjukvård var det dock inte lika vanligt att kunna erbjuda sugning av övre luftvägar. 39 procent svarade att de inte kunde erbjuda denna typ av behandling.

Figur 24 Sugning av övre luftvägar

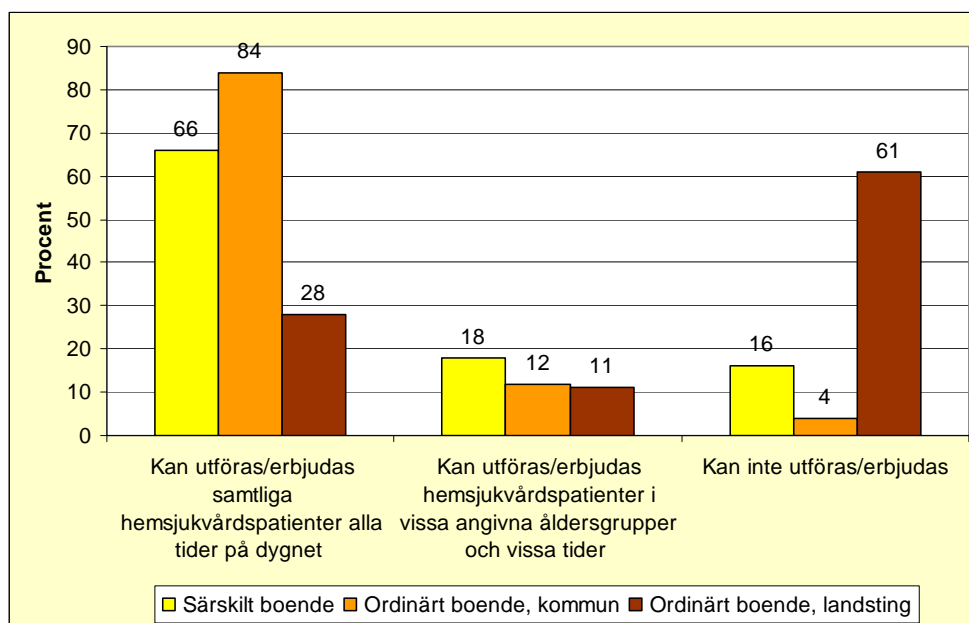


Källa: Socialstyrelsens enkät

Peritonealdialys

Peritonealdialys innebär rening av blodet vid dåligt fungerande njurar där man använder sig av bukhinnan (peritoneum) som membran för reningen av blodet. Behandlingen går under benämningen ”påsdialys” och vissa patienter har möjlighet att själva genomföra behandlingen i ordinärt boende. Enkätsvaren visade att 66 procent i särskilt boende, 84 procent i kommunens hemsjukvård i ordinärt boende och 28 procent i landstingets hemsjukvård erbjuder påsdialys dygnet runt, veckans alla dagar. Behandlingen verkar vara betydligt vanligare i kommunernas hemsjukvård.

Figur 25. Peritonealdialys



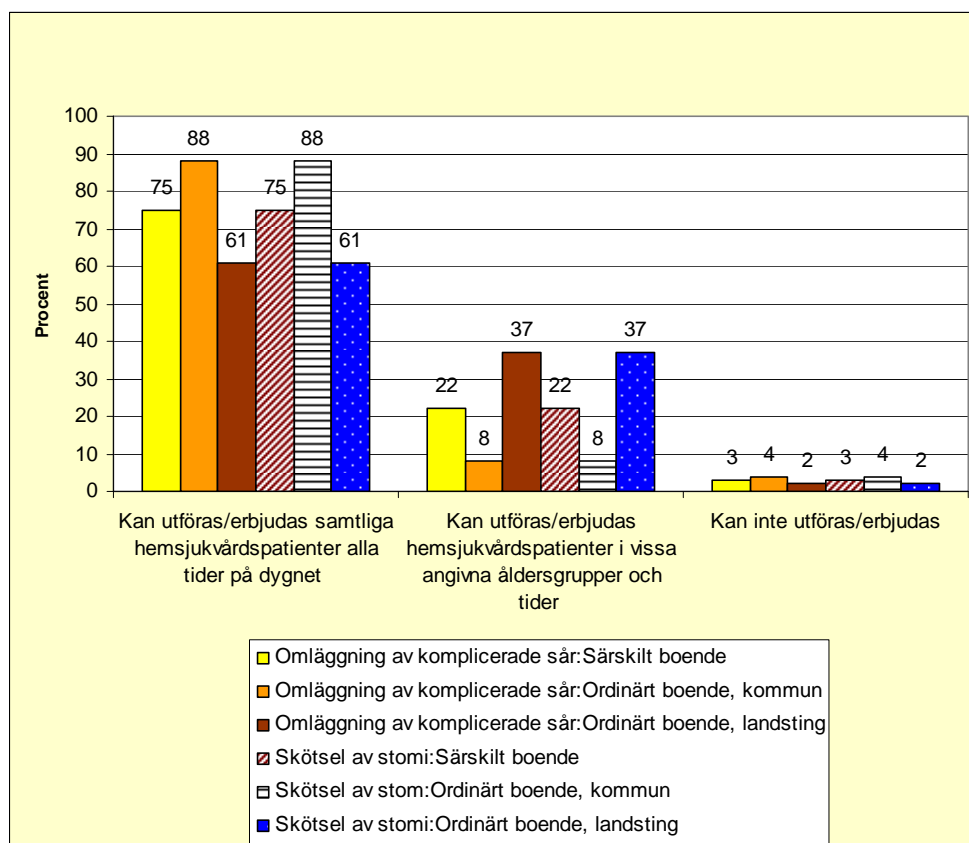
Källa: Socialstyrelsens enkät

Omläggning av komplicerade sår, skötsel av stomi, skötsel av urinkateter, utprovning av inkontinenshjälpmedel

Komplicerade sår handlar ofta om bensår och ibland om trycksår. Stomi innebär att avföringen förs ut via ett hål i buken (patienten har en påse på magen). Samtliga hemsjukvårdsenheter kan i hög utsträckning erbjuda att lägga om komplicerade sår och att sköta stomi. För särskilt boende svarar 75 procent att dessa behandlingar kan utföras. I kommunernas ordinära boende erbjuds det i 88 procent av verksamheterna och i landstingets hemsjukvård förekommer detta i 61 procent.

Samtliga verksamheter provar ut inkontinenshjälpmedel, dvs. personligt utprovade hygienskydd.

Figur 26. Omläggning av komplicerade sår och skötsel av stomi

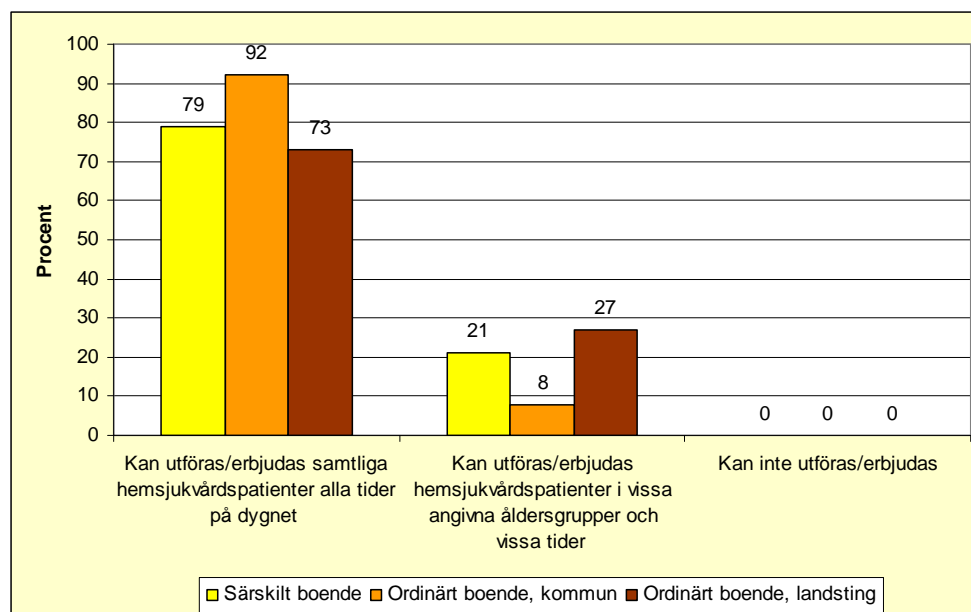


Källa: Socialstyrelsens enkät

Urinkateter

Enkäten innehöll också en fråga om urinkatetrar, och vård av patienter som behöver en sådan. Svaren visade att 80 procent i särskilt boende, 92 procent i kommunernas ordinära boenden och 73 procent av landstingens hemsjukvård erbjuder byte av kvarliggande kateter, under dygnets alla timmar och veckans alla dagar. Viss reservation fanns för vissa tider på dygnet, framför allt i landstingens hemsjukvård. 27 procent av vårdcentralerna angav att de bara kunde byta kvarliggande kateter i urinblåsan, KAD, under vissa tider på dygnet.

Figur 27. Byte av kvarliggande kateter i urinröret, KAD



Källa: Socialstyrelsens enkät

Analys – behandlingar

Behandling med dropp eller med injektioner som ges i en ven kräver att en sjuksköterska är tillgänglig och kan övervaka behandlingen.

Blodtransfusioner ges inte vanligtvis i hemsjukvården. Dock är det rimligt att anta att hemsjukvårdens behov av att kunna ge blod kommer att öka i framtiden. Även patienter i livets slutskede kan få avsevärt högre livskvalitet vid vissa sjukdomstillstånd genom regelbundna blodtransfusioner. Detta är ett exempel på att den primärvårdsanslutna hemsjukvården går mot mer avancerade insatser.

Matning genom PEG-sond är en hälso- och sjukvårdsuppgift som ofta delegeras till undersköterska eller vårdbiträde. PEG-sonden är vanligare än den nasala sonden i den primärvårdsanslutna hemsjukvården. Orsakerna är flera. PEG-sonden kan användas för behandling under en längre tid. Behoven i hemsjukvården är oftast varaktiga och patienten behandlas ofta under en längre period. Den nasala sonden är aktuell för ett övergående behov. PEG-sonden är säkrare att hantera då det inte finns någon risk för att den ska hamna utanför magsäcken, i lungvägarna eller lungorna. Den risken finns med näs-sonden.

Det är inte tydligt vilken huvudman som ska ansvara för vården av patienter som behöver ventilatorbehandling. Vid ventilator- eller respiratorbehandling behöver patientens övre luftvägar så gott som alltid sugas. I en särskild skrivning konstaterar SKL att direkt respiratoranknutna arbetsuppgifter förutsätter och utgår ifrån den slutna vårdens specialkunskaper och tekniska utrustning [58]. Respiratorvård är inte en del av primärvården. Ventilatorbehandling är en typ av andningsstöd som hamnar i en gråzon.

61 procent av landstingen kunde inte erbjuda behandling med påsdialys i hemsjukvården. Även detta borde vara föremål för diskussion om hemsjukvårdens respektive akutsjukvårdens ansvar.

Behandlingar av patienter med komplicerade sår, stomibandage eller urinkateter samt utprovning av inkontinenshjälpmedel är uppgifter som traditionellt förknippas med ett uppdrag för hemsjukvården. Detta bekräftar enkäten. Gemensamt för dessa behandlingar är att de inte kräver kontinuerlig övervaktning.

SLUTSATS: Hemsjukvården bör kunna lösa de problem som uppstår i samband med insulinbehandlad diabetes alla tider på dygnet eftersom det är en vanlig sjukdom bland patienterna. Därför är det anmärkningsvärt att inte all hemsjukvård kan tillgodose behov vid diabetes. Om det inte går att tillgodose behovet inom hemsjukvården så finns bland annat akutsjukvårdens resurser att förlita sig till.

Kommunerna har möjlighet att organisera sin verksamhet på sätt som gör att de kan erbjuda mer avancerad behandling. Landstingen däremot har byggt upp hemsjukvården utifrån vårdcentralernas öppettider, dagtid måndag till fredag. Övriga tider tar andra vårdgivare över vården vilket medför än högre krav på goda rutiner om kontinuitet och säker informationsöverföring ska kunna upprätthållas.

Ventilatorbehandling och sugning av övre luftvägar samt peritonealdialys är exempel på olika behandlingar som hemsjukvården ofta erbjuder, men som många gånger kräver ”slutenvårdsliknande” resurser. Detta ligger inte i linje med Ädelreformens beskrivning av ansvaret mellan slutenvården och primärvården. På nationell nivå måste därför ett förtydligande göras av ansvarsfördelningen för insatser i hemsjukvården mellan primärvården och slutenvården.

Flera svarspersoner anger att de inte är på det klara med vilken huvudman som är skyldig att tillhandahålla syrgas. Syrgas är ett läkemedel som landstingen ansvarar för att bekosta. Svarspersonerna i kommunerna angav att syrgasbehandling inte är vanligt på grund av att kommunen inte tillhandahåller syrgasen. Man verkar inte känna till att det är landstingets ansvar.

Tillgång till riskbedömningar

Åtgärder för att förebygga undernäring

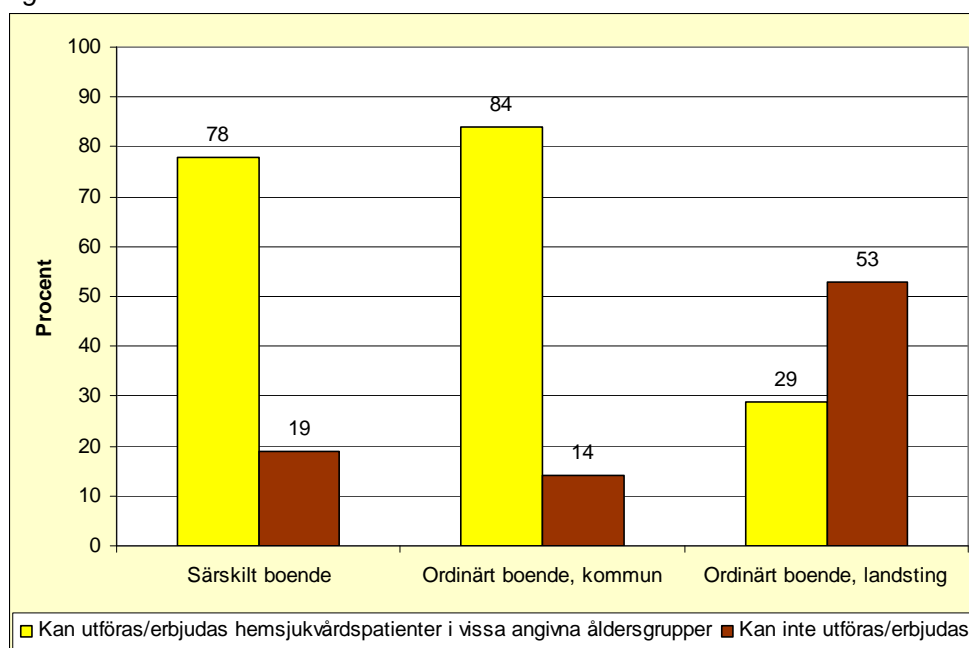
Flera rapporter har visat att undernäring är vanligt hos framför allt äldre personer som vårdas på sjukhus och hos äldre med behov av hemsjukvård. Bakomliggande orsaker är bland annat olika sjukdomar som leder till funktionsnedsättningar som gör det svårt att äta. Genom riskbedömningar kan man identifiera patienternas behov av förebyggande insatser. Därför frågade enkäten om man kunde erbjuda riskbedömningar enligt systematisk metod i

syfte att förebygga undernäring, fallskador och trycksår. Svartalternativen var:

- kan utföras/erbjudas samtliga hemsjukvårdspatienter i åldersgrupperna
 - 0–17 år,
 - 18–64 år,
 - 65 år och äldre,
- kan inte utföras/erbjudas.

78 procent av de svarande för särskilt boende angav att man erbjuder riskbedömning med avseende på undernäring. I kommunernas ordinära boenden angav 84 procent att detta erbjuds patienterna medan endast 29 procent i landstingets hemsjukvård erbjuder detta.

Figur 28. Riskbedömning enligt systematisk metod i syfte att förebygga undernäring



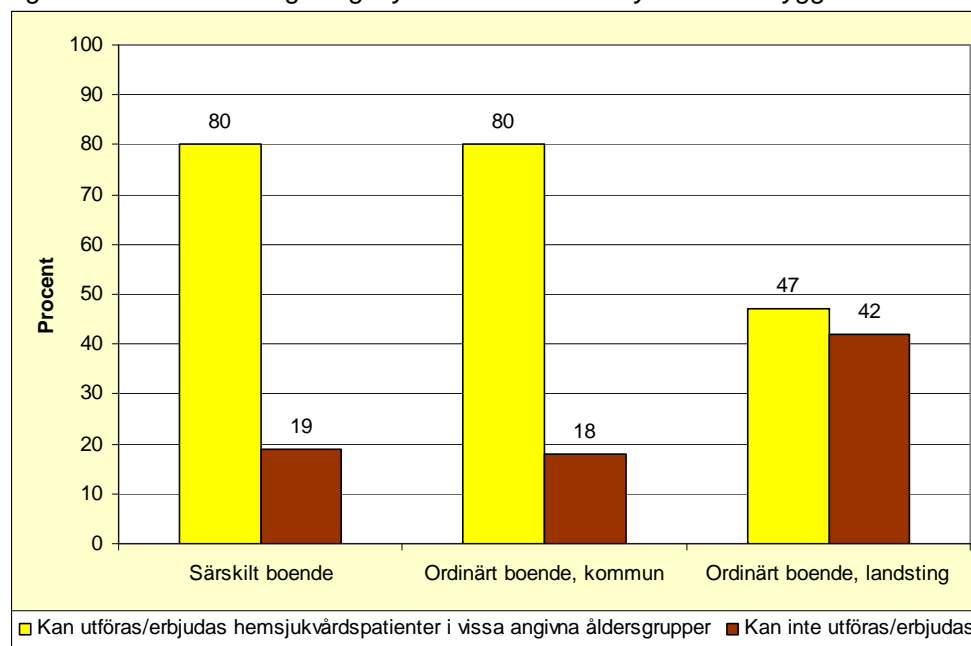
Källa: Socialstyrelsens enkät

Åtgärder för att förebygga fallskador

Fallskador är framför allt ett riskområde bland äldre. Mer än 1 200 personer, 65 år och äldre, avlider varje år av skador förorsakade av fall. En vanlig fallrelaterad skada är höftfraktur, där vårdkostnaden per person beräknas till cirka en kvarts miljon kronor. Kvinnor är särskilt drabbade [59]. Därför ingick det en fråga i enkäten om hur pass vanligt det är att man arbetar förebyggande genom systematisk riskbedömning med avseende på fall.

Svaren visade att det framför allt är personer med kommunal hemsjukvård som erbjuder sådana riskbedömningar. 80 procent i särskilt boende och i kommunal hemsjukvård i ordinärt boende erbjuder denna typ av riskbedömning. I landstingets hemsjukvård angav 47 procent av svarspersonerna att man erbjuder riskbedömning med avseende på fall och fallskador i hemsjukvården.

Figur 29. Riskbedömning enligt systematisk metod i syfte att förebygga fallskador



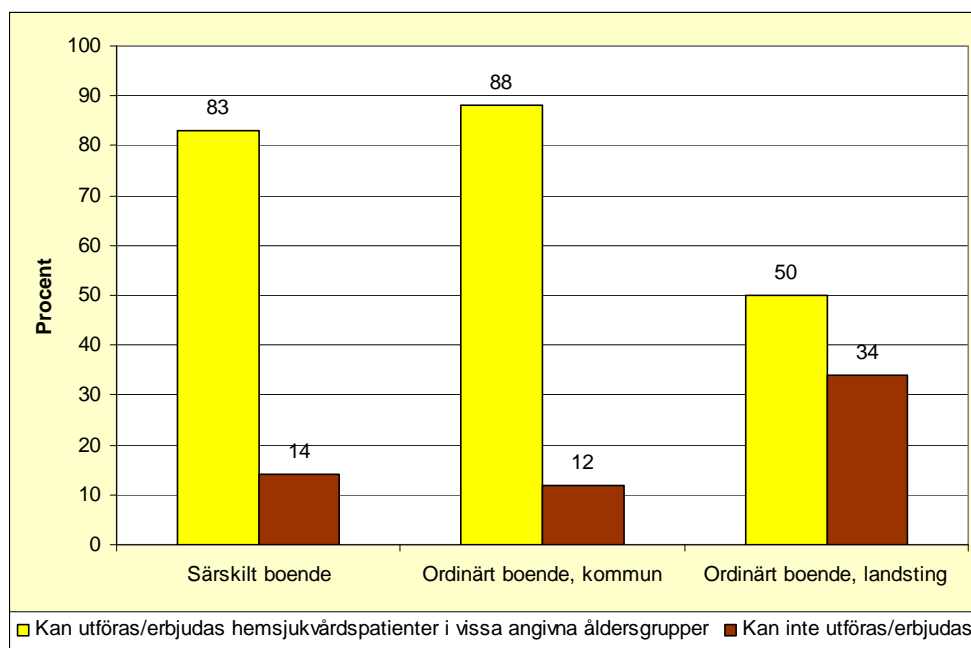
Källa: Socialstyrelsens enkät

Åtgärder för att förebygga trycksår

Personer som har svårt att förflytta sig själva utan hjälp, som av olika skäl är rullstolsburna, sängliggande eller stillasittande i samma ställning riskerar att utveckla trycksår. Risken är särskilt hög hos äldre människor [60, 61]. Det handlar ofta om personer som behöver vård på grund av nedsatt rörelseförmåga eller förlamning eller som exempelvis har drabbats av en höftfraktur [62].

I särskilt boende angav 83 procent av svarspersonerna att de erbjuder riskbedömning med avseende på trycksår. Motsvarande siffra för kommunernas hemsjukvård i ordinärt boende är 88 procent och i landstingets hemsjukvård i ordinärt boende är siffran 50 procent.

Figur 30 Riskbedömning enligt systematisk metod i syfte att förebygga trycksår



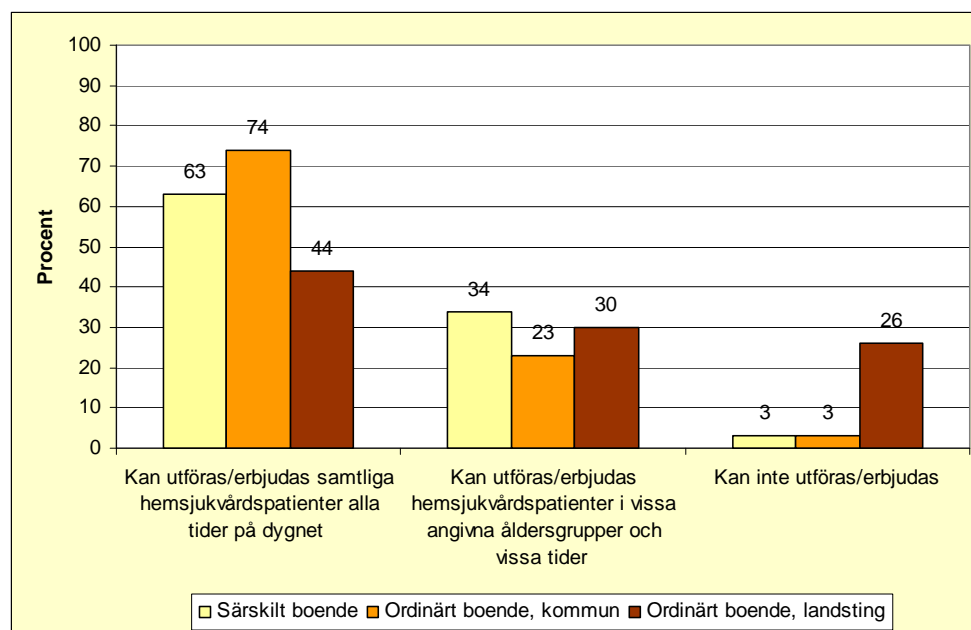
Källa: Socialstyrelsens enkät

TENS-behandling

TENS, transkutan elektrisk nervstimulering, är en behandling som utförs av sjukgymnaster. Vid en TENS-behandling stimuleras hudnära nerver med svag elektrisk ström. Detta stimulerar kroppens egna smärtlindringssystem. Behandlingen sker i syfte att lindra olika typer av smärta och åtgärden kan också påskynda läkning av exempelvis bensår. TENS-behandling används ofta i lindrande syfte i behandling av äldre människor.

63 procent av svarspersonerna i särskilt boende angav att TENS kan erbjudas alla tider på dygnet, veckans alla dagar. Motsvarande siffra för hemsjukvården i ordinärt boende i kommunerna är 74 procent och för landstingets hemsjukvård är den 44 procent. 26 procent av svarspersonerna för hemsjukvården med landstinget som huvudman angav att TENS inte kan erbjudas över huvudtaget. TENS-behandling är vanligare i kommunernas och mer sällan i landstingets hemsjukvård.

Figur 31. TENS-behandling vid smärta och sår



Källa: Socialstyrelsens enkät

Analys – riskbedömningar

Riskerna för undernäring, trycksår eller för fallskada är stora bland äldre personer. Riskbedömningar är vanligare i kommunerna än i landstingen. Landstingens verksamhet omfattar personer i alla åldrar och den blir därmed mera splittrad. Det kan vara ett skäl till att bedömningar med avseende på dessa riskområden är vanligare i kommunernas verksamhet.

SLUTSATS: Riskbedömningar och TENS-behandlingar är åtgärder som speglar framför allt den äldres behov av insatser. Kommunen har en organisation som gör det möjligt att fokusera på den äldre personens problematik.

Tillgång till specifika psykiatriska insatser

Den del av enkäten som handlade om psykiatriska insatser innehöll frågor om möjligheten att få insatser utförda av läkare i hemsjukvården. Med andra ord ställdes frågor om hemsjukvårdspersonalens möjligheter att tillkalla landstingets läkare eller annan psykiatrisk vårdpersonal för dessa insatser.

Inledningsvis fanns det farhågor att specifika psykiatriska insatser inte skulle omfatta patienter i primärvårdsansluten hemsjukvård. Därför ställde enkäten frågor om patienternas möjligheter till vårdintyg, till självmordsriskbedömning samt till psykiatrisk bedömning av läkare. Frågor ställdes också om möjligheten att få stöd vid plötslig svår psykisk ohälsa.

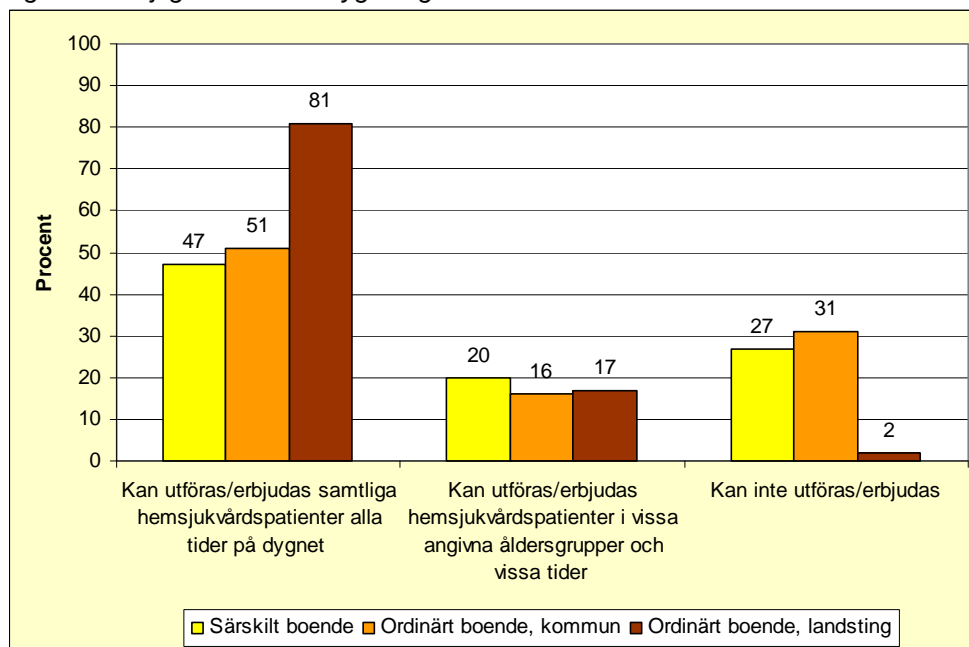
Möjlighet att få vårdintyg utfärdat av läkare

Vårdintyg utfärdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT (1991:1128). LPT är en speciallagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet.

Den innehåller kompletterande bestämmelser till HSL beträffande psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

Här svarade de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna att 47 procent av patienterna i särskilt boende kan vid behov få ett vårdintyg enligt LPT. I kommunernas ordinära boende handlar det om 51 procent och i landstingens hemsjukvård är siffran 81.

Figur 32. Möjlighet till vårdintyg enligt LPT

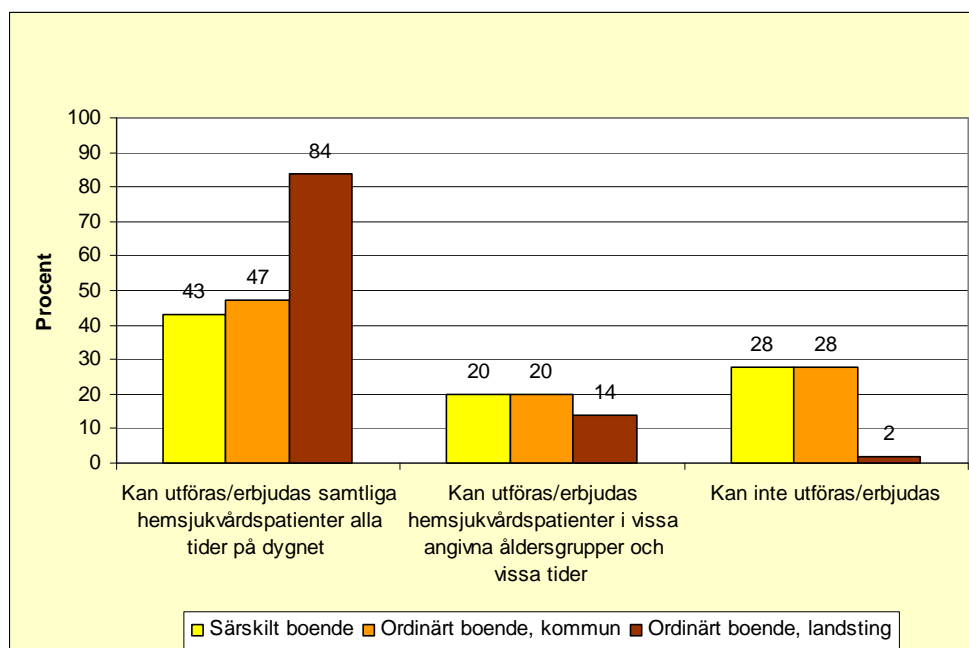


Källa: Socialstyrelsens enkät

Själmordsriskbedömning som utförs av läkare

Bedömningar av självmordsrisk utförda av läkare förekommer oftare när landstinget har ansvar för hemsjukvården. 84 procent av vårdcentralerna erbjuder denna typ av bedömning. Motsvarande siffra för särskilt boende är 43 procent och i kommunernas hemsjukvård, ordinärt boende, är den 47 procent. 28 procent i kommunernas hemsjukvård har inte tillgång till detta.

Figur 33. Möjlighet till självmordsriskbedömning av läkare

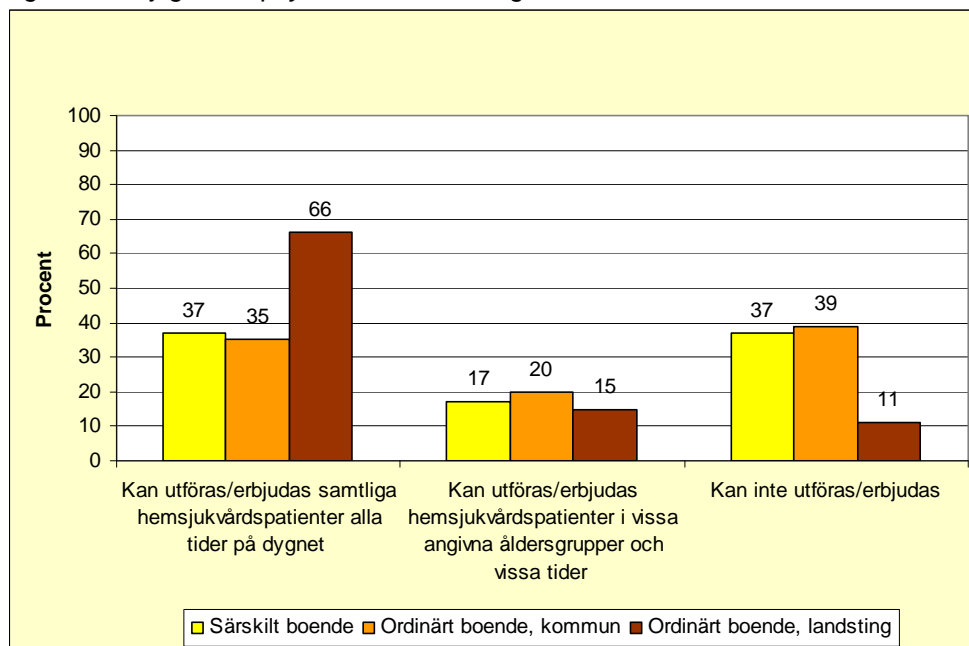


Källa: Socialstyrelsens enkät

Möjlighet till psykiatrisk bedömning av läkare

37 procent av svarspersonerna angav att de särskilda boendena tillhandahåller psykiatrisk bedömning av läkare vid behov. För patienterna i kommunernas hemsjukvård i ordinärt boende var siffran 35 procent, och i landstingets hemsjukvård var den 66 procent.

Figur 34. Möjlighet till psykiatrisk bedömning av läkare

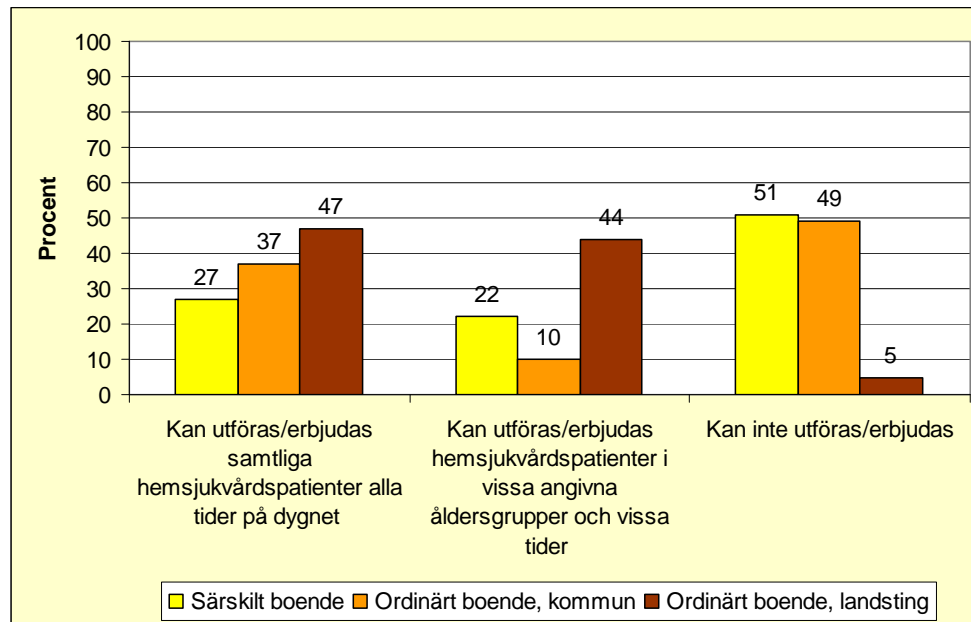


Källa: Socialstyrelsens enkät

*Krisstöd eller intervention till **patienter** i form av inledande samtal vid plötslig, svår psykisk ohälsa*

I landstingens hemsjukvård kan de allra flesta få krisstöd vid plötslig svår psykisk ohälsa. I kommunerna däremot kan bara hälften av patienterna i ordinärt och särskilt boende få detta stöd. I över hälften av kommunerna kan krisstöd således inte ges.

Figur 35. Krisstöd/intervention till patienter i form av inledande samtal i samband med plötslig, svår psykisk ohälsa

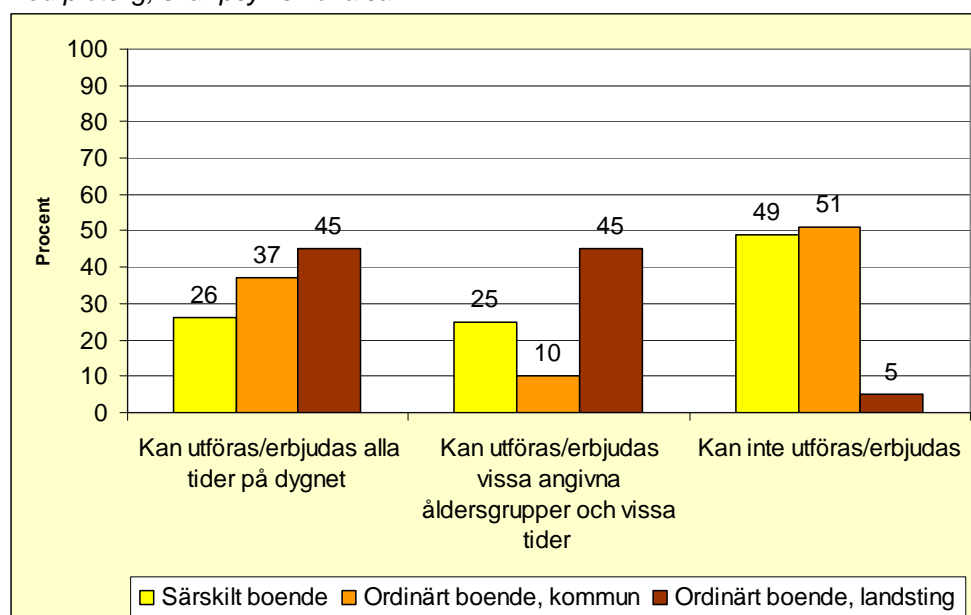


Källa: Socialstyrelsens enkät

*Krisstöd eller intervention till **närstående** i form av inledande samtal vid plötslig, svår psykisk ohälsa*

De flesta i kommunerna angav även här att de inte kan erbjuda de närstående denna typ av krisstöd eller intervention. 49 procent i särskilt boende och 51 procent i kommunernas ordinära boende kan inte erbjuda detta. Däremot svarade 90 procent av vårdcentralerna att sådan behandling kan erbjudas den närstående.

Figur 36. Krisstöd/intervention till närstående i form av inledande samtal i samband med plötslig, svår psykisk ohälsa



Källa: Socialstyrelsens enkät

Analys – psykiatriska insatser

Samtliga psykiatriska insatser tillhandahålls av läkare, varför svaren från landstingens respektive kommunernas svars personer i princip borde överensstämma med varandra. Så är emellertid inte fallet. Man kan anta att vissa av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna har utgått från vad *kommunen* som huvudman har rätt att erbjuda – inte vad de enskilda patienterna kan förvänta sig av att få tillgång till.

Det är betydligt vanligare att landstingen kan erbjuda de psykiatriska insatser som enkäten omfattade. De frågor som ställdes hade en mycket speciell karaktär eftersom det fanns farhågor om att den specialiserade psykiatrin inte tar eller har möjlighet att ta sitt ansvar för psykiatriska insatser i hemsjukvården. Men ställt mot det faktum att många äldre personer drabbas av psykisk ohälsa, att många personer med psykiska funktionsnedsättningar finns i kommunernas verksamhet och att svår somatisk sjukdom också kan innebära t.ex. djup psykisk kris så behövs det en beredskap och en möjlighet till insatser även inom detta område.

SLUTSATS: Det saknas rutiner för hur patienter i kommunernas hemsjukvård ska få sina behov av psykiatriska insatser tillgodosedda.

Tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilt boende är olika beroende på vilken huvudman som ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende.

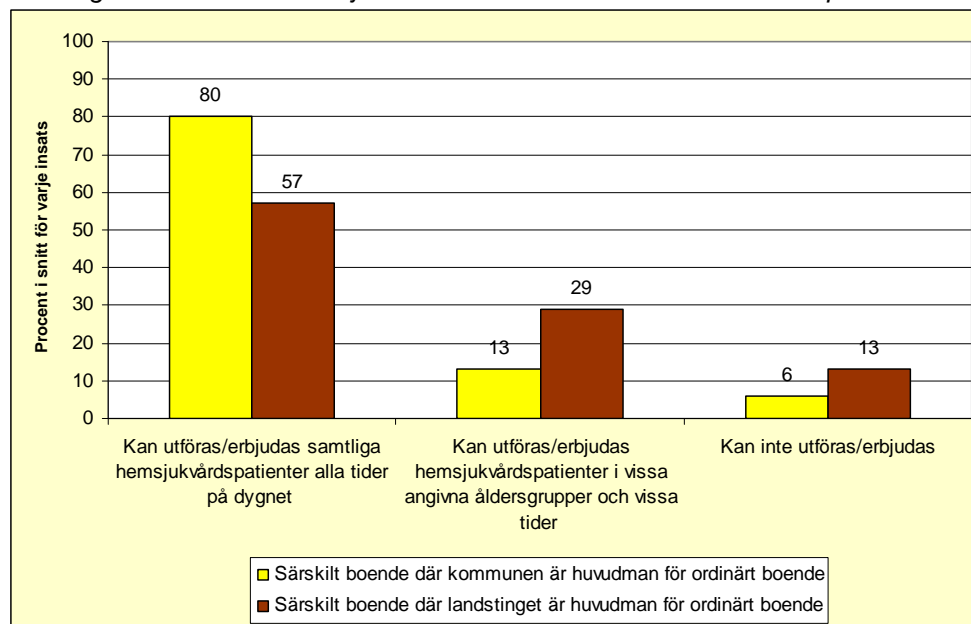
I samband med analys av svaren noterades genomgående vissa likheter i svaren. För flera olika undersökningar och behandlingar angavs att kommu-

nerna i ordinärt boende har större möjlighet att genomföra insatserna än i särskilt boende. Detta kan synas vara märkligt, särskilt eftersom enkäten också visade att särskilt boende erbjuder större tillgänglighet till sjuksköterskor, jämfört med ordinärt boende.

Därför specialstuderades nio olika undersökningar och behandlingar⁶ utifrån en hypotes om att ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende spelar roll för de insatser som kan erbjudas i särskilt boende. Är det så att när kommunen har ansvaret i ordinärt boende så uppstår synergieffekter i särskilt boende? Medför detta att fler typer av hälso- och sjukvårdsinsatser kan ges fler tider på dygnet?

Vid en sammanslagning av de nio särskilt studerade insatserna kom det fram att i de särskilda boendena där kommunen är huvudman för hemsjukvården i ordinärt boende så kan 80 procent av hemsjukvårdspatienten i alla åldersgrupper i snitt erbjudas dessa insatser dygnet runt. När landstinget är huvudman för hemsjukvården i ordinärt boende kan 57 procent av hemsjukvårdspatienterna i särskilt boende erbjudas dessa insatser dygnet runt. I verksamheter där landstinget ansvarar för hemsjukvården fanns en större variation i svaren i fråga om tider och åldersgrupper för insatserna i särskilt boende.

Figur 37. Hemsjukvårdens möjlighet att erbjuda nio olika undersökningar och behandlingar i särskilt boende - jämförelse mellan olika huvudmannaskap



Källa: Socialstyrelsens enkät

⁶ De nio svar som specialstuderades var: möjlighet att erbjuda kapillär provtagning och analys av p-Glukos, provtagning och analys av urin med urinsticka, insulin administrerat med hjälp av subkutana injektioner, andra läkemedel eller behandlingar administrerade med hjälp av intravenösa injektioner, syrgasbehandling exempelvis vid vård i livets slutskede eller vid akuta situationer, vård vid ventilatorbehandling, byte av kvarliggande kateter i urinröret, KAD, tappning av urinblåsan, peritonealdialys.

SLUTSATS: Möjlighet att erhålla vissa medicinska omvårdnadsinsatser varierade i de särskilda boendena beroende på om kommunen eller landstinget *också* har ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende. Där kommunerna ansvarade för hemsjukvården i både ordinärt boende och i särskilt boende så kunde de särskilda boendena oftare ge dessa insatser för alla patienter, alla tider på dygnet. Där landstingen ansvarade för hemsjukvården i ordinärt boende, hade kommunerna inte fullt så goda möjligheter att tillhandahålla dessa insatser i särskilt boende. Resultatet tyder på att patienterna har bättre tillgång till olika undersökningar och behandlingar när hemsjukvårdsansvaret för ordinärt och för särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap.

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter

I den primärvårdsanslutna hemsjukvården är det vanligt att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter. Utan delegeringar skulle det inte finnas tid och möjlighet till de olika hälso- och sjukvårdsuppgifterna som erbjuds personer i hemsjukvården.

Enkäten innehöll därför en öppen fråga om vilka uppgifter som en sjuksköterska delegerar till annan vårdpersonal. Svarspersonerna angav med egna ord de vanligaste förekommande uppgifterna.

Det är vanligast att sjuksköterskan delegerar:

- läkemedelshantering i olika former
- såromläggningar
- hantering av olika sonder
- hantering av urinkateter
- provtagning och analys av blodsocker (plasma-glukos)
- kontrakturprofylax och funktionsträning.

Delegering av olika former av läkemedelshantering

Svarspersonerna angav att den vanligaste delegerade uppgiften var *administrering av läkemedel*. Det innebär att vårdpersonalen ger en ordinerad dos som är iordningställd. Med andra ord finns de läkemedel som ska ges vid en given tidpunkt samlade i en dosett eller i en så kallad Apodos-påse. Sjuksköterskan iordningställer läkemedelsdoser, vanligtvis i en dosett och i allmänhet för en vecka i taget.

Iordningställande av vissa angivna läkemedel, dvs. att göra i ordning en ordinerad dos, är av naturliga skäl också vanligt i alla former av hemsjukvård, oavsett huvudman. Det kan till exempel vara att ställa i ordning en ordinerad mängd flytande läkemedel i en doskopp. De svarande angav detta som den näst vanliga delegerade uppgiften, tillsammans med *iordningställande och administrering av insulin med insulinpenna*. Insulinbehandlad diabetes är vanligt bland personer som har behov av hemsjukvård.

Man delegerade också administrering av *läkemedel som ges vid behov* till patienten. En sådan ordination föregås av att sjuksköterskan har tagit ställning till att patienten kan komma att behöva t.ex. en smärtstillande tablett

under natten. Vårdbiträdet eller undersköterskan kan då ge det iordningställda läkemedlet enligt patientens önskemål när eller om behovet uppstår. Ett fåtal verksamheter delegerar iordningställande av hela veckodoser i en dosett.

Delegering av andra vanligt förekommande hälso- och sjukvårdsuppgifter

Det finns bestämmelser som anger vilka arbetsuppgifter som endast får utföras av vissa yrkesgrupper. Större delen av åtgärderna är dock inte reglerade. Alla hälso- och sjukvårdsuppgifter behöver därför inte delegeras utan kan fördelas i organisationen genom arbetsfördelning. Troligen delegeras en del arbetsuppgifter i onödan på grund av att reglerna missuppfattas. Det är verksamhetschefen i landstinget och medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen som bedömer om en hälso- och sjukvårdsuppgift ska delegeras eller arbetsfördelas. Det är dock inte mindre viktigt att det finns rutiner för hur uppgiften ska utföras i enlighet med ledningsföreskriften SOSFS 2005:12. Dock är det vanligt att många hälso- och sjukvårdsuppgifter i praktiken delegeras. Detta speglar i viss mån vilken hälso- och sjukvård som patienter i hemsjukvård behöver. Det kan gälla allt från såromläggningar som inte kräver ett omedelbart ställningstagande till förändring av ordinationen. Det kan också vara att hantera olika sonder – framför allt PEG-sonder, dvs. en typ av magsond. Matning med hjälp av en sådan sond och skötsel, t.ex. i form av kontroll av att sonden ligger i rätt läge eller av att det inte finns en begynnande infektion, ingår i delegeringen.

Det är vanligt att personer i hemsjukvården är ordinerade att använda en urinkateter. Det är alltid förknippat med behov av täta kontroller. Katetern och urinblåsan kanske behöver spolvas regelbundet. Denna uppgift delegeras vanligtvis också till icke-legitimerad personal. Den som utför uppgiften ska veta när det finns skäl att göra en ny bedömning eller en ny ordination av något slag.

TENS⁷-behandling sker i syfte att lindra olika typer av smärta. Åtgärden kan också påskynda läkning av exempelvis bensår. Det är sjukgymnasten som är formellt kompetent att utföra uppgiften och som delegerar den till icke-legitimerad personal. Undersökningen visar att det är en uppgift som vanligtvis delegeras.

Provtagning och analys av blodsocker (plasma-glukos) delegerades ofta i särskilt boende. Det förekom också i ordinärt boende där kommunerna ansvarade för hemsjukvården, men inte alls särskilt ofta i ordinärt boende där landstinget ansvarade för hemsjukvården. Den diabetessjuka som använder insulin sköter ofta provtagning och analys av blodsocker själv, efter utbildning. Färre delegeringar av denna uppgift kan bero på att de personer som vårdas i ordinärt boende i allmänhet har möjlighet att sköta denna uppgift själv, dvs. uppgiften övergår till egenvård.

⁷ Transkutan elektrisk nervstimulering.

Kontrakturprofylax och funktionsträning⁸

Här handlar det om att fullfölja en behandling som sjukgymnasten eller arbetsterapeuten har ordinerat. I de flesta fall bör behandlingen ingå i den dagliga vården och delegeras när det finns skäl att särskilt beakta specifika omvårdnadsbehov hos patienterna. Uppgiften delegerades oftare i särskilt boende än i ordinärt boende, oavsett huvudmannaskap. Troligen beror det på att personer i särskilt boende har ett betydligt större omvårdnads- och rehabiliteringsbehov. Med det följer ett behov av att förebygga vårdskador i form av exempelvis kontrakturer.

Antal vårdbiträden/undersköterskor med delegering som en sjuksköterska ansvarar för

Delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård. Den som delegerar ska också ha möjlighet att regelbundet följa upp den givna delegeringen, och därmed kontrollera att uppgiften utförs på ett patientsäkert sätt.

Med anledning av detta innehöll enkäten en fråga om det högsta antalet vårdbiträden/undersköterskor med delegeringar som *en* sjuksköterska ansvarar för. Medianvärdet samt lägst respektive högst antal personer med delegeringar som en sjuksköterska ansvarar för var:

- i särskilt boende: 30 stycken med ytterlighetsvärdena 19⁹ respektive 80¹⁰
- i ordinärt boende, kommunen som huvudman: 30 stycken med ytterlighetsvärdena 10 respektive 98
- i ordinärt boende, landstinget som huvudman: 20 stycken med ytterlighetsvärdena 1 respektive 85.

Analys – delegeringar

Den som delegerar, i de flesta fall en sjuksköterska, avgör i varje enskilt fall vad som kan delegeras. I de fall delegering måste tillämpas så måste den som delegerar kunna ompröva och följa upp delegeringsbesluten. Det måste finnas utrymme att utbilda och handleda den personal som ska genomföra uppgifterna samt tid för kontinuerlig uppföljning och genomgång. Det antal personer som en sjuksköterska har delegerat uppgifter till är en av flera faktorer som avgör hur patientsäkerheten säkerställs. Det ska alltid finnas utrymme för en person att avsäga sig eller för en sjuksköterska att dra in en delegering utan att arbetet blir lidande.

Socialstyrelsen har i flera rapporter lyft fram läkemedelshanteringen som ett riskområde. Hanteringen involverar många olika aktörer. Därför är det viktigt att se till att samtliga inblandade hanterar läkemedlen på ett patientsäkert sätt. Enligt föreskriften bör en sjuksköterska inte ansvara för delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter till fler än att hon eller han kan försäkra sig om att de delegerade arbetsuppgifterna utförs på rätt sätt [40]. Det

⁸ Kontraktur = upphävd rörlighet i en led

⁹ Femte percentilen

¹⁰ Nittiofemte percentilen

ska ske genom personlig uppföljning. Det måste också finnas möjlighet till årlig uppföljning och eventuell omprövning av delegeringsbeslut. Rutiner kring och omfattningen av delegeringarna kan vara en uppgift för den interna såväl som för den externa kvalitetskontrollen eller uppföljningen.

SLUTSATS: Socialstyrelsens enkät visade att inom hemsjukvården, i både särskilt och i ordinärt boende oavsett vem som har hemsjukvårdsansvaret, så delegeras framför allt olika former av läkemedelshantering. Undersökningen visar att en sjuksköterska i många fall har ansvar för så många delegeringar att förfarandet strider mot Socialstyrelsens delegeringsföreskrift. Det är inte acceptabelt.

Tillgång till journalhandlingar

Den basala omvårdnaden sköts i stor utsträckning av kommunens omvårdnadspersonal. Det är viktigt att personalen får information från sjuksköterskan om patienterna som de vårdar, och för sjuksköterskan är omvårdnadspersonalens kunskap om patienterna en viktig informationskälla. Det går inte att erbjuda en trygg och säker hemsjukvård utan att de som vårdar patienten har tillgång till journaldokumentation som är tillgänglig dygnet runt.

Dagmaröverenskommelsen, 2008 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, säger att det är angeläget att med hjälp av IT-stöd förbättra informationsutbytet mellan kommuner, landsting och privata eller ideella vårdgivare när patienter under ett vårdförlopp vårdas och behandlas av olika huvudmän. Ett angeläget område där det behövs utvecklingsinsatser är informationsutbytet vid samordnad vårdplanering samt under den efterföljande vården och omsorgen.

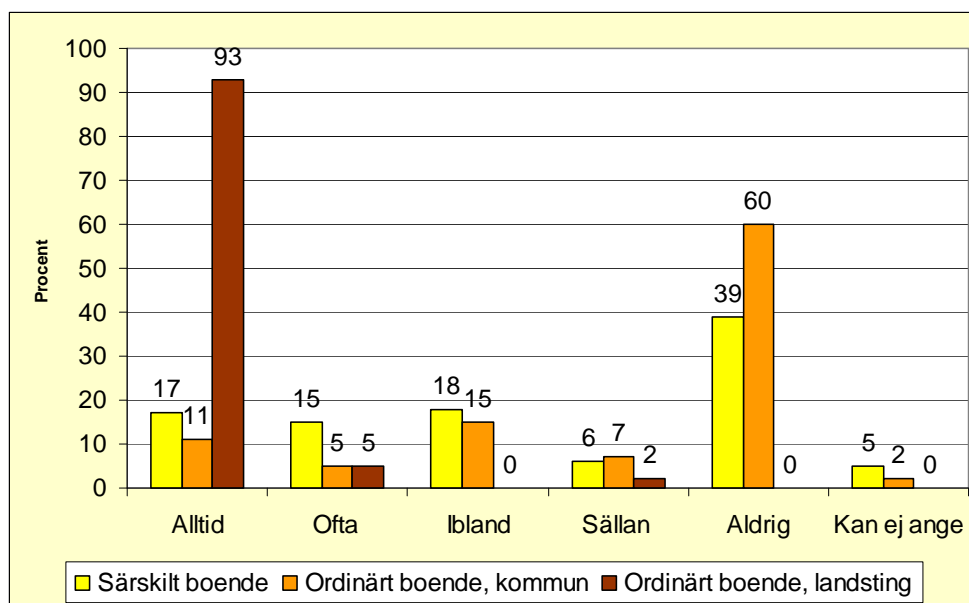
Mot bakgrund av bestämmelserna i lagstiftningen om tillgång till journalhandlingar så borde det vara en angelägen uppgift för varje vårdgivare att med gemensamma rutiner klargöra hur verksamheterna informerar personalen om patienterna. Därför innehöll enkäten en fråga om hur läkare och sjuksköterskor har tillgång till olika typer av journalhandlingar, dagtid under vardagar respektive jourtid. Jourtid definierades som all annan tid än vardagar 8–17.

Tillgång till journalhandlingar dagtid

Sjuksköterskans tillgång till patientens medicinska journal, dagtid

93 procent av svarspersonerna för landstingens hemsjukvård angav att sjuksköterskan *alltid* har tillgång till patientens medicinska journal. Motsvarande siffror för kommunernas hemsjukvård i särskilt boende var 17 procent och för kommunernas ordinära boende 11 procent. 39 procent av svarspersonerna för särskilt boende angav att sjuksköterskorna *aldrig* har tillgång till patientens medicinska journal. I ordinärt boende handlar det om 60 procent.

Figur 38. Sjuksköterskans tillgång till patientens medicinska journal, dagtid

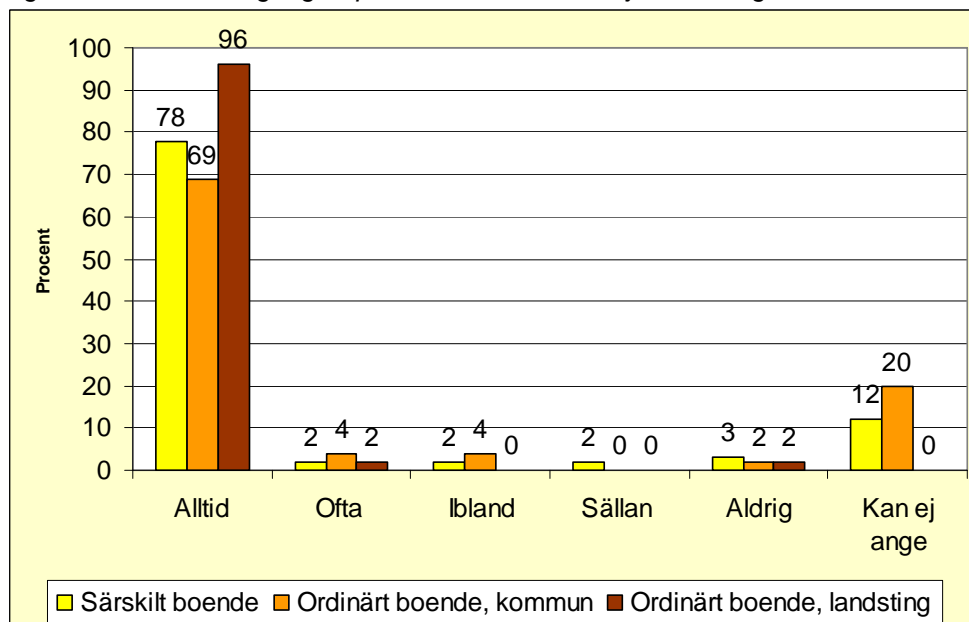


Källa: Socialstyrelsens enkät

Läkarens tillgång till patientens medicinska journal, dagtid

96 procent av svarspersonerna för landstingens hemsjukvård angav att de alltid har tillgång till patientens medicinska journal dagtid. Motsvarande siffra för särskilt boende var 78 procent och för kommunernas ordinära boende var den 69 procent.

Figur 39. Läkarens tillgång till patientens medicinska journal, dagtid



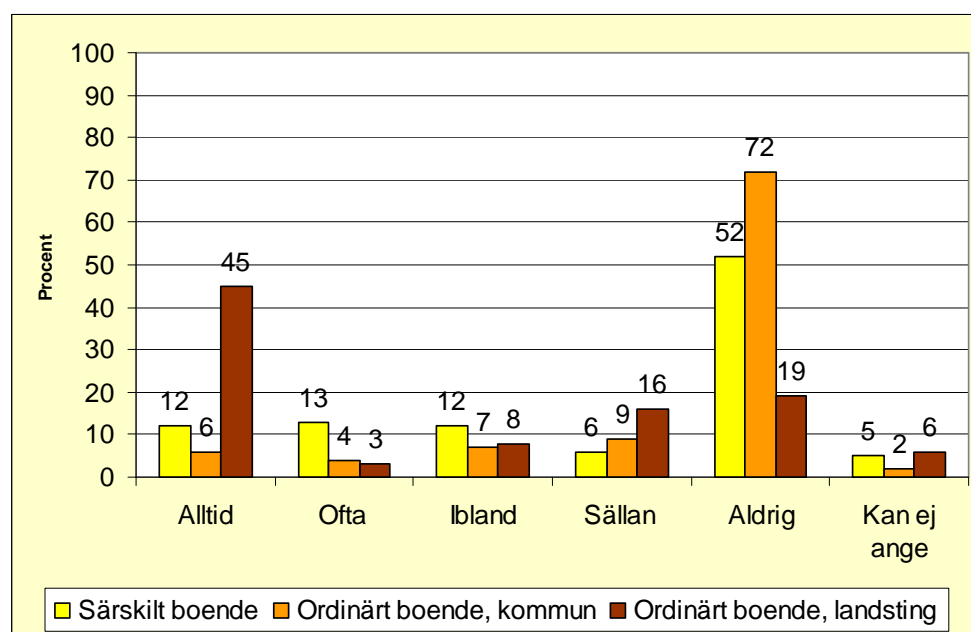
Källa: Socialstyrelsens enkät

Tillgång till journalhandlingar jourtid

Sjuksköterskans tillgång till patientens medicinska journal, jourtid

12 procent av svarspersonerna för särskilda boenden och 6 procent inom ordinärt boende i kommunernas hemsjukvård angav att sjuksköterskan har tillgång till patientens medicinska journaluppgifter jourtid. Det vanligaste svaret var att sjuksköterskan *aldrig* har tillgång till journalhandlingarna *jourtid*. 52 procent av svarspersonerna för särskilt boende och 72 procent av svarspersonerna för kommunernas ordinära boende angav att man aldrig har tillgång till den medicinska journalen. I landstingets ordinära boende fanns en bättre organisation för åtkomsten av journalerna. 45 procent av svarspersonerna angav att sjuksköterskan har tillgång till de medicinska journalhandlingarna under jourtid.

Figur 40. Sjuksköterskans tillgång till patientens medicinska journal, jourtid

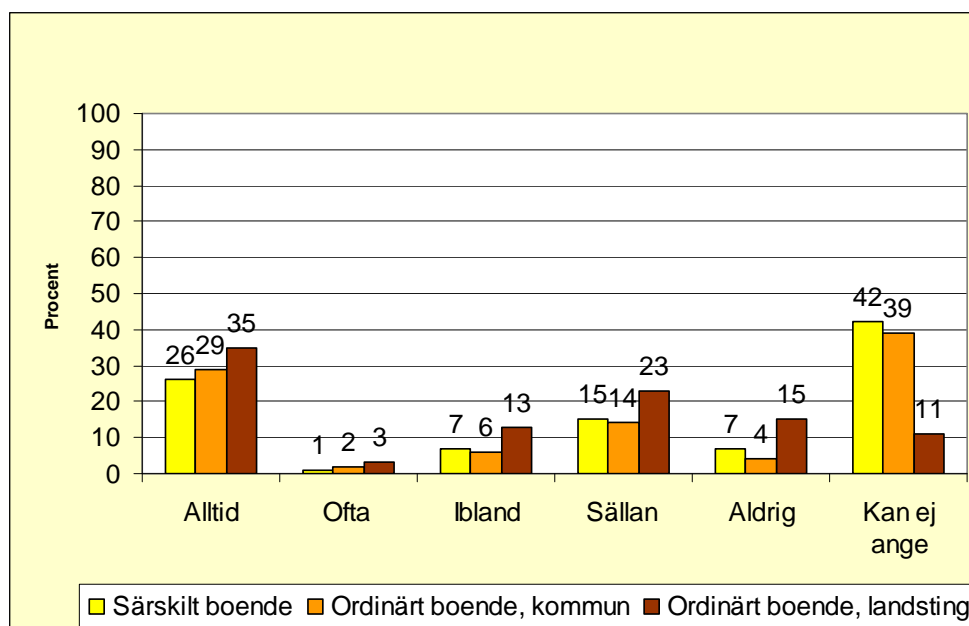


Källa: Socialstyrelsens enkät

Läkarens tillgång till patientens medicinska journal, jourtid

Svaren är här mer spridda. 26 procent av svarspersonerna för särskilt boende angav att läkaren alltid har tillgång till den medicinska journalen, jourtid. Svarspersonerna för kommunernas hemsjukvård, ordinärt boende, angav i 29 procent av fallen att man har tillgång till den medicinska journalen. För landstingens hemsjukvård i ordinärt boende är siffran 35 procent. 42 procent av svarspersonerna för särskilt boende kunde inte ange om tillgång finns till patientens medicinska journal, jourtid. Detsamma gäller i 39 procent av fallen för kommunernas hemsjukvård.

Figur 41. Läkarens tillgång till patientens medicinska journal, jourtid



Källa: Socialstyrelsens enkät

Svarspersonernas kommentarer (särskilt boende):

”Det stora problemet är att vi inte har tillgång till respektive journalsystem”.

”Vid jourtid har inte läkaren alltid tillgång till medicinsk journal då denna endast finns hos familjeläkaren”.

Analys – journalhandlingar

Svarspersonerna har svarat på frågorna om journalhandlingar utifrån de bestämmelser som rådde innan den nya patientdatalagen trädde i kraft.

Den tidigare lagstiftningen försvårade informationsöverföringen. De nya bestämmelserna i patientdatalagen som trädde i kraft den 1 juli 2008 tillåter utbyte av patientinformation på elektronisk väg i en sammanhållen patientjournal mellan olika vårdgivare [63]. Det förutsätter att olika journalsystem kan kommunicera med varandra. Befintliga datasystem måste därför anpassas till varandra. Patientens medgivande till kommunikation krävs dessutom i de flesta fall. Det är därför fortfarande nödvändigt att formulera rutiner kring hur informationsutbytet ska gå till i praktiken. Enkätsvaren visade att det finns ett stort behov av att skapa rutiner för hur åtkomsten till olika journalanteckningar ska gå till, speciellt jourtid.

Svaren i Socialstyrelsens enkät visar att sjuksköterskorna ofta inte har tillgång till patienternas medicinska journal varken dag eller jourtid när kommunen är ansvarig för hemsjukvården. Under jourtid har inte heller läkarna alltid tillgång till patienternas medicinska journal. Enkäten visade att huvudmannaskapet för verksamheterna begränsar sjuksköterskornas åtkomst till information. Uppgifterna om läkarens åtkomst till medicinska journaler i kommunernas hemsjukvård, dagtid, är mer svårförklarade. Eventuellt kan de förklaras av att olika utförare är ansvariga olika tider på dygnet.

Man bör dock vara försiktig när man tolkar svaren som gäller tillgång till journalhandlingar, då svarspersonerna kan ha haft svårt att förstå innebörden av enkätfrågan. Enkäten behandlade inte explicit frågan om tillgång till *innehållet* i journalhandlingarna.

SLUTSATS: Svaren i Socialstyrelsens enkät visar att läkare och sjuksköterskor inte alltid har tillgång till patienternas medicinska journal. Det gäller både dagtid och jourtid. Det bör finnas rutiner kring hur personalen i praktiken ska komma åt innehållet i patientjournalerna. Det är speciellt viktigt när flera olika vårdgivare och utförare är involverade olika tider på dygnet och ännu inte har kommunicerande journalsystem. Rutinerna bör bl.a. tydliggöra hur informationen till patienten ska hanteras samt att dennes medgivande fortfarande krävs för den samordnade patientjournalen.

Samverkan mellan olika vårdformer

Landstinget och kommunen ska också, enligt 26 § HSL, samverka så att enskilda får den vård och den behandling som deras tillstånd fordrar. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Därför innehöll enkäten frågor som gällde omvärldssamarbetet runt den enskilda patienten i de olika hemsjukvårdsverksamheterna. Svarspersonerna kunde välja att ange att samarbetet fungerade dåligt, mindre bra, bra, och mycket bra. De kunde också välja alternativet ”kan ej ange”.

Samverkan med den slutna vården

78 procent av verksamheterna i landstinget angav att samarbetet med den slutna vården fungerade bra eller mycket bra. Motsvarande siffra för kommunernas ordinära boendeformer var 80 procent och för de särskilda boendeformerna var den 78 procent. Det fanns inga skillnader som kan kopplas till huvudmannaskapet för verksamheterna. Den slutna vården fick över lag ett medelgott betyg av hemsjukvårdens olika verksamheter.

Samverkan med kommunernas hemtjänst

När det gäller samarbetet med hemtjänstens personal angav 96 procent av svarspersonerna i landstingen att samarbetet fungerade bra eller mycket bra. Motsvarande siffra för kommunernas ordinära boende var 98 procent och för särskilt boende var den 90 procent. Hemtjänstens personal erhöll genomgående ett gott betyg i alla verksamheter.

Resultat av enkäten i den specialiserade somatiska hemsjukvården

Denna del av redovisningen av enkäten avser förhållanden i den specialiserade somatiska hemsjukvården. Svarspersonerna var verksamhetschefer för specialiserad somatisk hemsjukvårdsverksamhet.

För att få en bild av förutsättningarna och innehållet i den specialiserade somatiska hemsjukvården vände vi oss till 23 verksamheter i de sex lands-

tingen. Samtliga specialiserade somatiska verksamheter bedriver palliativ vård. Vissa är speciellt inriktade mot barn, andra fokuserar på geriatrisk verksamhet. Samtliga svarspersoner, utom två, erbjuder sina tjänster till alla åldrar. Alla angav att landstinget är ansvarig utförare under samtliga tider på dygnet.

Tillgång till sjuksköterska, läkare, arbetsterapeuter och sjukgymnaster

Sjuksköterskans inställelsetid för oplanerade (akuta) hemsjukvårdsbesök varierar mellan 15 och 30 minuter under vardagar, dagtid till 30–60 minuter under kvällar, nätter och helger.

Sjuksköterskans ansvar, mätt med antal patienter per sjuksköterska under ett arbetspass, varierade från 2 stycken under vardagar till som mest 60 patienter under helger, kvällar och nätter.

Läkaren gör vanligtvis akuta hemsjukvårdsbesök, dygnet runt, veckans alla dagar. Läkarbesöken sker alltid eller ofta när sjuksköterskan bedömer att de behövs. De allra flesta kunde inte ange tiden som avsätts för patienterna. De tider som angavs varierade mellan 45 och 180 minuter per patient och vecka.

En heltidsanställd arbetsterapeut ansvarade för mellan 38 och 200 patienter. Hälften av svarspersonerna kunde inte ange hur många arbetsterapeuter som var tillgängliga.

En heltidsanställd sjukgymnast ansvarar för mellan 38 och 100 patienter men inte heller här kunde hälften av svarspersonerna ange tillgången på sjukgymnaster.

Förekomst av delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter

Fyra av verksamheterna delegerar inga uppgifter. Det som delegeras är framför allt allmänna hälso- och sjukvårdsuppgifter som skötsel av urinkater, sugning av munhåla/svalg, omläggning av okomplicerade sår, nervstimulering, TENS, ADL-träning och sondmatning. Att ställa i ordning och administrera olika läkemedel delegeras i relativt liten omfattning.

Undersökningar

Samtliga svarspersoner angav att deras verksamheter kunde erbjuda de flesta undersökningarna med undantag för undersökning med så kallad bladder scanner. Enkäten frågade också om man kunde erbjuda riskbedömning i syfte att förebygga undernäring, fallskador eller trycksår. De flesta kunde erbjuda en riskbedömning med avseende på trycksår. Det var ovanligt med riskbedömning med avseende på fall eller undernäring.

Behandlingar

Samtliga svarspersoner hade möjlighet att administrera läkemedel eller genomföra behandlingar genom olika injektioner eller infusioner givna i en ven, i en central ven, i underhuden eller i en muskel, dygnet runt, veckans alla dagar. Dessa insatser är av betydelse vid vård i livets slutskede.

Följande åtgärder var också vanliga:

- matning med hjälp av PEG-sond eller nasal sond
- TENS-behandling vid smärta och sår
- omläggning av komplicerade sår
- skötsel av stomi
- sugning av övre luftvägar
- syrgasbehandling
- byte av kvarliggande kateter i urinröret
- tappning av urinblåsa
- utprovning av inkontinenshjälpmedel
- blodtransfusion.

Tillgång finns vanligtvis till:

- vårdintygsbedömning enligt LPT
- självmordsriskbedömning av läkare
- psykiatrisk bedömning av läkare
- krisstöd/intervention i form av inledande samtal i samband med plötslig svår psykisk ohälsa – både till patienter och till närstående.

Däremot är det mindre vanligt med:

- peritonealdialyser
- andningshjälp i form av övertrycksbehandling (CPAP) eller ventilatorbehandling.

Journalhandlingar

Läkare och sjuksköterskor hade tillgång till den medicinska journalen respektive omvårdnadsjournalen dygnets alla timmar, veckans alla dagar.

Samarbete

Samarbetet med hemtjänsten bedömdes fungera bra eller mycket bra. Samarbetet med distriktssköterska och distriktsläkare bedömdes fungera bra eller mindre bra.

Analys – specialiserad somatisk hemsjukvård

Svarspersonerna hade vetskap om och kunde ofta svara på frågorna både om tillgänglighet och om möjlighet att genomföra olika undersökningar och behandlingar. Det kan bero på att samma utförare är ansvariga för verksamheten dygnet runt, veckans alla dagar. Den goda tillgången till journalhandlingarna kan förmodligen förklaras på samma sätt.

Sjuksköterskans höga tillgänglighet gör att det inte är så vanligt att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter. Man har dessutom möjlighet att administrera läkemedel i injektionsform eller genom infusioner (dropp) utan begränsningar, olika tider på dygnet. I övrigt medför god tillgång till den legitimerade personalen att man i hög utsträckning kan erbjuda behandlingar dygnet runt, veckans alla dagar. Riskbedömningarna koncentreras till att

omfatta främst trycksår. Det speglar patienternas behov i en palliativ verksamhet.

SLUTSATS: Den specialiserade somatiska hemsjukvården fungerar som en slutenvårdsverksamhet till sitt innehåll och till sitt teambaserade arbetssätt. Det är framför allt den goda tillgängligheten dygnet runt till legitimerad personal inklusive läkare och tillgången till medicinteknisk utrustning som gör detta möjligt. Utmärkande för vårdformen är också tillgången till alternativa vårdplatser, så kallade reträttplatser.

Nationella indikatorer

Nationella indikatorer för God vård

I Socialstyrelsens regleringsbrev för budgetåret 2007 gav regeringen myndigheten i uppdrag att ta fram nationella indikatorer för nationell uppföljning av hälso- och sjukvård. De nationella indikatorerna ska användas för att följa upp att svensk hälso- och sjukvård motsvarar förväntningarna på god vård, det vill säga att den kan anses vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt att den ges inom rimlig tid.

Projektet ”Utveckling, analys och presentation av nationella indikatorer för God vård” är avgränsat till den hälso- och sjukvård som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen. Projektet består av två delar. Den ena delen avser utveckling och fastställande av nationella indikatorer som speglar god vård och den andra delen avser utveckling av en modell för analys och presentation av information (indikatorer) om vårdens kvalitet till olika intressenter.

Regeringsuppdraget lyfter fram primärvården som särskilt prioriterad när nationella indikatorer ska tas fram. Projektet ska säkerställa att såväl de generella som de specifika indikatorerna blir användbara även för primärvårdens verksamhet. Dessutom kommer Socialstyrelsen att föreslå nationella indikatorer som är särskilt avsedda enbart för primärvården. Detsamma gäller för psykiatrin.

De nationella indikatorerna ska användas för:

- uppföljning av vårdens processer, resultat och kostnader över tid lokalt, regionalt och nationellt
- jämförelser av vårdens processer, resultat och kostnader över tid lokalt, regionalt, nationellt och internationellt.

Dessa uppföljningar och jämförelser ska i sin tur vara underlag för att:

- initiera förbättringar av vårdens kvalitet på både lokal, regional och nationell nivå
- öka tillgängligheten till information (öppna redovisningar) om vårdens processer, resultat och kostnader för olika intressenter.

Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre personer är ett annat av Socialstyrelsens pågående regeringsuppdrag. Myndigheten ska bland annat ta fram kvalitetsmått för vården och omsorgen om äldre personer. En beskrivning av kvalitet och effektivitet ur brukarens eller patientens perspektiv utgör ett centralt inslag.

Förslag till nationella indikatorer för hemsjukvård

I dag finns inga nationella indikatorer för hemsjukvård. I Socialstyrelsens hemsjukvårdsuppdrag ingår dock att föreslå indikatorer som kan bidra till redovisning, värdering och jämförelse av hemsjukvårdens processer och resultat. Arbetet samordnas med andra pågående indikatorarbeten. Indikatorer för hemsjukvård för barn och personer i arbetsför ålder ingår dock inte i projektet. Det gör inte heller indikatorer för psykiatri. De förslag som utarbetas inom ramen för den här rapporten måste därför kompletteras med de mått som Socialstyrelsen tar fram för primärvården i projektet "Utveckling, analys och presentation av nationella indikatorer för God vård" och i olika riktlinjearbeten samt i de arbeten inom exempelvis NU!-projektet som berör psykiatri. När det gäller vården av äldre personer sammanfaller hemsjukvårdsprojektets uppgift att lämna förslag till indikatorer för verksamheten helt med uppdraget i "Öppna jämförelser" att föreslå indikatorer för vården av äldre. Socialstyrelsen har därför i den här rapporten i första hand utarbetat indikatorer som berör hälso- och sjukvårdsinsatser för äldre personer i hemsjukvården.

Ett första förslag

De områden och indikatorer som Socialstyrelsen föreslår i denna rapport är ett första förslag. De speglar områden i primärvårdsansluten hemsjukvård som på olika sätt har uppmärksamats och lyfts fram för att visa behov av förbättringar i vården. Indikatorerna har formulerats utifrån en modell framtagen av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting i InfoVU-projektet [64]. Socialstyrelsen föreslår att när indikatorerna har fastställts så kan de införas successivt, allteftersom befintliga datakällor kompletteras och nya utvecklas. Den slutliga utformningen av indikatorerna fortsätter i andra pågående projekt, vilket kan innebära att vissa av de indikatorer som föreslås nedan kan komma att utgå eller att andra kommer till.

Indikatorer föreslås för följande områden:

1. planering av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser
2. förebyggande av undernäring
3. förebyggande av fall/fallskador
4. förebyggande av trycksår
5. läkemedelsgenomgång
6. läkemedel förskrivna och uthämtade från apotek
7. vård i livets slutskede.

1. Planering av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser

Indikatorer

De aktuella indikatorerna är:

- andel personer med aktuell vårdplan
- andel personer som varit delaktiga i att utforma sin egen vårdplan
- andel personer med aktuell genomförandeplan

- andel personer som varit delaktiga i att utforma sin egen genomförandeplan.

För att vara aktuella måste planerna ha reviderats under det senaste året och insatserna ska vara pågående.

Kvalitetsområde

De aktuella kvalitetsområdena är patientfokuserad hälso- och sjukvård, jämlik hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvård i rimlig tid samt effektiv hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Mångfalden av olika yrkesutövare och huvudmän samt olika organisatoriska förutsättningar för hemsjukvården ställer höga krav på att resurserna samordnas så att patienterna kan få bästa möjliga vård och omsorg. En sådan samordning kan åstadkommas genom att fortlöpande planera de olika åtgärderna och insatserna runt patienten eller brukaren. Innehållet i en vårdplan beskrivs i föreskrifterna om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27) [37]. Samma innehåll kan tillämpas för den fortlöpande planeringen av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Vårdplan

Av vårdplanen ska det tydligt framgå vilka insatser som behövs för att en hälso- och sjukvård av god kvalitet ska uppnås. I vårdplanen kan ingå såväl medicinska som rehabiliterande och habiliterande insatser samt omvårdnadsinsatser. Det handlar om att beskriva vårdens planering, genomförande och resultat och vilken bedömning processen utgår ifrån. Det ska framgå vilka som är ansvariga för och vilka som har deltagit i planeringen.

Genomförandeplan

Handläggning av ärenden och genomförande av beslut i socialtjänsten ska dokumenteras¹¹. Dokumentation ska visa vilket beslut som har fattats, vilka åtgärder som har vidtagits m.m. Insatser och beslut om sådana ska dokumenteras fortlöpande¹² och en genomförandeplan ska upprättas och finnas tillgänglig hos den som praktiskt genomför insatsen. Det ska framgå vilka som har deltagit i planeringen.

Var och en som märker att den enskilde patientens behov förändras är skyldig att initiera en förändring av vårdplanen alternativt genomförandeplanen eller eventuellt en ny biståndsbedömning. Detta ska göras tillsammans med den som berörs. Vårdplanerna och genomförandeplanerna syftar till att systematisera och samordna alla insatser kring patienten eller brukaren.

Datakälla

Uppgifter hämtas från Äldreguiden, Socialstyrelsen.

¹¹ 11 kap. 5 § SoL, 21a§ LSS

¹² 6 kap 2 § SOSFS 2006:5

2. Förebyggande av undernäring

Indikatorer

De aktuella indikatorerna är:

- andel personer som vårdas och som erhållit en riskbedömning med avseende på undernäring
- andel personer som vårdas och som har utvecklat undernäring.

Kvalitetsområde

De aktuella kvalitetsområdena är säker hälso- och sjukvård, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. Personer som vårdas har rätt till bedömning av näringstillståndet och till behandling som är anpassad till individens förutsättningar för att tillgodogöra sig mat och dryck. Undernäring är förenat med mänskligt lidande och leder också till stora kostnader i vården på grund av förlängda vårdtider [65]. Parkinsons sjukdom, stroke, hjärt-lungsjukdomar och demens är exempel på skador och sjukdomar som leder till olika funktionsnedsättningar. Dessa medför i sin tur ökad risk för undernäring [66]. Dessa tillstånd, som är vanliga bland äldre personer, kan orsaka ofrivillig viktminskning med undernäring eller felnäring som resultat. Äldre personer som vårdas på sjukhus eller i särskilt boende är ofta undernärda [67, 68]. Undernäringen bidrar till en ökad risk för infektioner och tillståndet försämrar dessutom den enskilde personens möjligheter att klara av ett kirurgiskt ingrepp eller annan behandling av en allvarlig sjukdom [69]. Undernäring ökar risken för trycksår.

Definition, undernäring

Undernäring är ett tillstånd av obalans mellan intag och förbrukning av näringsämnen. En person som är 65 år eller äldre anses vara i riskzonen om han eller hon drabbas av någon av de tre riskfaktorerna: ofrivillig viktförlust, lågt BMI eller svårigheter att äta normalt. Personer i den äldre åldersgruppen räknas som underviktiga vid ett BMI som är mindre än eller lika med 22 [68].

Datakälla

Uppgifter hämtas från webbplatsen Senior Alert, www.senioralert.se.

Diskussion

Under den sista tiden i livet är det vanligt att patienten utvecklar undernäring. Det är naturligt när livet ska avslutas. Det viktiga är att undernäringen inte förblir obehandlad och att de åtgärder som ordineras och följs upp dokumenteras i en vårdplan.

3. Förebyggande av fall/fallskador

Indikatorer

De aktuella indikatorerna är:

- andel personer som vårdas och som erhållit en riskbedömning för risken att falla
- andel personer som vårdats för en höftfraktur orsakad av ett fall.

Kvalitetsområde

De aktuella kvalitetsområdena är säker hälso- och sjukvård, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Personer med någon form av neurologisk eller kognitiv funktionsnedsättning och alla äldre personer löper särskild risk att falla och att bli skadade på grund av fallet [70]. Det är en av de allvarligaste olyckstyperna och den drabbar i synnerhet äldre personer hårt, både i fråga om antalet drabbade och om de konsekvenser och skador som fallet kan ge [71]. Mer än 1 200 personer 65 år och äldre avlider varje år av skador förorsakade av fall. En vanlig fallrelaterad skada är höftfraktur, där vårdkostnaden per person beräknas till cirka en kvarts miljon kronor. Kvinnor är särskilt drabbade [59].

Definition fallskada

En fallskada är en oönskad och plötslig händelse som orsakar en personskada. Nationellt rapporteras de fallskador som resulterar i höftfraktur.

Datakälla

Uppgifter hämtas från webbplatsen Senior Alert, www.senioralert.se.

4. Förebyggande av trycksår

Indikatorer

De aktuella indikatorerna är:

- andel personer som vårdas och som erhållit en riskbedömning avseende risken att utveckla trycksår
- andel personer som vårdas med trycksår, graderade enligt definition.

Kvalitetsområde

De aktuella kvalitetsområdena är säker hälso- och sjukvård, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Personer som har svårt att förflytta sig själva utan hjälp, som av olika skäl är rullstolsburna, sängliggande eller stillasittande i samma ställning riskerar att utveckla trycksår. Risken är särskilt hög hos äldre människor [60, 61]. Det handlar om personer som behöver vård på grund av nedsatt rörelseförmåga, förlamning eller som exempelvis har drabbats av en höftfraktur [62]. Andra riskfaktorer är undernäring, framför allt hos personer med lågt serumalbumin.

minvärde, urininkontinens och nedsatt rörlighet med risk för kontrakturer¹³. Nedsatt kognitiv status tycks också vara korrelerat med förekomst av trycksår [72]. Patienter med trycksår beskriver att de har ont och att de känner sig ängsliga, orena, bundna och beroende av andra. Allt detta leder till sämre livskvalitet [73]. Trycksår innebär ett stort lidande för patienten [62]. Trycksår förlänger vårdtiden, fördyrar den, ökar vårdtyngden och ökar risken för att patienten ska bli sämre och dö [65].

Definition, trycksår

Trycksår är en lokal skada i hud och underliggande vävnad som orsakas av tryck, skjuvkrafter¹⁴ eller friktion [74].

Skadorna graderas enligt följande:

- grad 1: rodnad som inte bleknar vid tryck, kvarstående missfärgning, hel hud
- grad 2: delhudsskada som involverar de yttre hudlagren (epidermis och dermis), ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa
- grad 3: fullhudsskada som involverar både de yttre och de djupare hudlagren (dermis, epidermis och subkutis) ned till men inte igenom bindväven (fascian) utan djup sårhåla
- grad 4: fullhudsskada, vävnadsdöd eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad med djup sårhåla.

Datakälla

Uppgifter hämtas från webbplatsen Senior Alert, www.senioralert.se.

5. Läkemedelsgenomgång

Den aktuella indikatorn är:

- andel personer som vårdas vars läkemedelsbehandling genomgått en årlig läkemedelsgenomgång

Kvalitetsområde

De aktuella kvalitetsområdena är säker hälso- och sjukvård, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Behandling med läkemedel är mycket vanligt. Framför allt äldre personer använder mycket läkemedel. Processen kring läkemedelshanteringen från förskrivning till iordningställande och administrering engagerar så gott som all vårdpersonal på olika sätt. Flera undersökningar visar att det finns många brister kring hantering och användning av läkemedel hos äldre [43-46]. Förbättringar behövs exempelvis i utbildningen av personal på alla nivåer i kommuner och landsting. Det behövs också en ökad samordning mellan olika vårdgivare och professioner och stöd av farmakologiskt sakkunnig

¹³ Kontraktur = upphävd rörlighet i en led.

¹⁴ Skjuvkrafter uppstår då olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra. Skjuvkrafter kan utvecklas i samband med att en person glider nedåt eller dras uppåt i bädden.

person i såväl primärvården som i den slutna vården [75]. Det är viktigt att säkra processen kring iordningställande och administrering av läkemedel, i synnerhet när dessa uppgifter delegeras till icke-legitimerad personal, vilket ofta sker i hemsjukvården. Läkemedelsgenomgångar är *ett* sätt att förbättra läkemedelsbehandlingen. De löser inte de problem som har uppmärksamats i samband med iordningställande och administrering av läkemedel, men de är ett viktigt led i att se till att rätt personer får rätt läkemedel, i rätt tid och på rätt sätt.

Läkemedelsgenomgång – två definitioner

Definition ett:

En läkemedelsgenomgång är en metod för analys, omprövning och uppföljning av en individs läkemedelsanvändning [76].

Syftet med en läkemedelsgenomgång är att genom uppföljning och omprövning säkerställa att:

- varje läkemedelsordination har en välgrundad och aktuell indikation
- läkemedelsbehandlingen är individanpassad och uppvisar god kvalitet med avseende på läkemedelsval, doser och preparatkombinationer
- läkemedelsbehandlingen följer aktuella rekommendationer
- läkemedelsbehandlingen är kostnadseffektiv.

Definition två:

I en rapport redovisar Sveriges Kommuner och Landsting aktiviteter kring och resultatet av flera olika läkemedelsprojekt som genomfördes under 2006 [77]. Här används en definition som förtydligar innehållet i en genomgång av läkemedelsbehandlingen.

Läkemedelsgenomgång innebär en kontinuerlig uppföljning av den äldres läkemedelsanvändning i syfte att upptäcka, åtgärda och förebygga läkemedelsrelaterade problem. Läkemedelsgenomgången

- genomförs enligt ett dokumenterat och systematiskt arbetssätt
- involverar flera professioner
- utvärderar och omvärderar aktuella behov, jämfört med aktuell läkemedelsanvändning
- utvärderas (symtomskattning, effekter, kvalitetsgranskning, m.m.)
- görs regelbundet.

Den första definitionen redogör framför allt för innehållet i en läkemedelsgenomgång. Den andra definitionen behandlar processen för genomförandet. Definitionerna kompletterar på så sätt varandra. Det handlar om att utifrån den enskilda individens behov granska de läkemedel som han eller hon använder och kritiskt ifrågasätta om alla utskrivna preparat verkligen behövs och ger effekt.

Datakälla

Datakälla saknas.

6. Läkemedel förskrivna och uthämtade från apotek

Indikatorer:

Den aktuella indikatorn är:

- andelen personer 80 år eller äldre som:
 - har 10 eller fler läkemedel
 - använder tre eller fler psykofarmaka
 - har minst en läkemedelskombination som kan leda till läkemedelsinteraktion av klass D
 - har minst ett läkemedel med betydande antikolinerga effekter.

Kvalitetsområde

De aktuella kvalitetsområdena är säker hälso- och sjukvård, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Socialstyrelsens indikatorer för äldres läkemedelsterapi från 2003 är ett hjälpmedel för att mäta och följa upp kvaliteten i äldres läkemedelsbehandling [78]. Ett flertal epidemiologiska studier som tillämpat dessa indikatorer har visat påtagliga brister i kvaliteten på äldres läkemedelsanvändning, i synnerhet hos dem med många läkemedel [51, 79, 80].

Polyfarmaci, d.v.s. samtidig användning av många läkemedel, innebär i sig en stor risk för läkemedelsproblem, som biverkningar och läkemedelsinteraktioner [55, 56] men risken är särskilt uttalad hos äldre, som på grund av kroppsliga förändringar och sjukdom, ofta är betydligt mer känsliga för läkemedel än yngre.

En vanlig definition av polyfarmaci, är ”användning av fem eller fler läkemedel”. Användning av tio eller fler läkemedel har i vissa studier tillämpats som mått på ”extrem polyfarmaci”. Antal använda läkemedel är den mest avgörande riskfaktorn för läkemedelsbiverkningar och läkemedelsinteraktioner. Användning av många läkemedel ökar också generellt sannolikheten för olämplig läkemedelsanvändning. Samtidig användning av tio eller fler preparat hos en patient bör därför betraktas som en signal om att det kan finnas risker med läkemedelsbehandlingen.

Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka (till exempel ett neuroleptikum, ett lugnande medel och ett antidepressivum), regelbundet eller vid behov, är en vedertagen indikator på polyfarmaci. Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd.

D-interaktioner kan leda till allvarliga konsekvenser i form av svåra biverkningar [81]. Effekten av läkemedlet kan utebli eller förstärkas. Kombinationer av läkemedel som ger D interaktioner bör därför undvikas.

Den åldrande hjärnan är känslig för läkemedel med antikolinerga egenskaper. Antikolinerga läkemedel kan framkalla alltifrån lättare minnesstörningar till förvirring. Risken tilltar i viss mån vid normalt åldrande men är särskilt stor vid Alzheimers sjukdom, då den kognitiva förmågan redan är reducerad på grund av att vissa nervbanor förtvinar. De vanligaste läkemed-

len med antikolinerga effekter hos äldre är medel mot inkontinens och vissa andra lugnande och antidepressiva läkemedel.

Datakälla

Uppgifter hämtas från Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diskussion

Fördelen med att hämta uppgifterna från detta register är att det är lätt att samla in data. Nackdelen är att måtten begränsas till de läkemedel som är förskrivna på recept och som hämtas ut från apoteket. Här ingår också de läkemedel som förskrivs via Apodos. Måtten fångar dock inte de läkemedel som administreras från läkemedelsförråd i den slutna vården och i vissa verksamheter i särskilt boende eller hemsjukvård i ordinärt boende. Slutligen återspeglar data från läkemedelsregistret inte till fullo det faktiska intaget av läkemedel, dvs. det som individen verkligen använder av det som hämtats ut från apotek.

7. Vård i livets slutskede

Indikatorer:

De aktuella indikatorerna är

- andelen personer som vårdas och som har smärtskattats med hjälp av vedertaget instrument (NRS-skalan, VAS-skalan) under sista veckan i livet
- andelen närstående som har erbjudits efterlevandesamtal.

Kvalitetsområde

De aktuella kvalitetsområdena är patientfokuserad hälso- och sjukvård, säker hälso- och sjukvård, kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård, effektiv hälso- och sjukvård.

Bakgrund

Totalt avlider årligen drygt 90 000 personer i Sverige och allt fler avlider utanför sjukhus. I en registerstudie som Socialstyrelsen publicerade 2005 [82] redovisades utvecklingen av var personer avlider. Innan Ädelreformen var sjukhus den vanligaste platsen för ett dödsfall. Efter Ädelreformen minskade antalet personer som avled på sjukhus med ungefär hälften och 2003 avled cirka 63 procent av personer över 65 år utanför sjukhus.

Flera rapporter och utredningar konstaterar att vården i livets slutskede är ett område där det finns brister och stora skillnader beroende på var i landet man bor. Bristen avser framför allt medicinska insatser, bemötande, information och stöd till närstående. Det är brister som leder till negativa effekter för såväl personerna i vården som för deras närstående, i fråga om vårdens kvalitet [5, 83].

Situationen i livets slutskede kan se mycket olika ut. I vissa fall krävs kvalificerade palliativa insatser dygnet runt, i andra fall krävs inga särskilda sådana insatser [5]. Alla personer har rätt att förvänta sig en god och värdig

vård tills döden inträder. Detta behandlades speciellt av Kommittén om vård i livets slutskede i delbetänkandet 2000:6. Kommittén använder termen palliativ vård för vården i livets slutskede. Palliativ vård beskriver den vård som ska ges efter det att beslut har fattats att avbryta botande behandlingar. Den palliativa vården handlar om att vårda utifrån ett förhållningssätt som förbättrar livskvaliteten hos patienter och deras närstående som drabbas av de svårigheter livshotande sjukdom innebär, genom att förebygga och lindra med hjälp av tidig identifiering, analys och behandling av smärta och andra problem, fysiska, psykosociala och existentiella [84]. Kommittén om vård i livets slutskede uttalade i sitt betänkande att alla patienter i livets slutskede ska tillförsäkras palliativ vård på lika villkor i hela landet och att palliativ vård bör omfatta alla patienter i livets slutskede oavsett vilka diagnoser patienterna har och oavsett var de vårdas [85].

Den palliativa vården skall erbjuda god symtomkontroll oavsett om symtomen är av fysisk, psykisk, social eller av existentiell natur [86]. Symtomkontroll är en viktig kvalitetsaspekt vid vården i livets slutskede. Om den sjuke har mycket plågsamma symtom i form av svår långvarig smärta eller andra plågor kan hon/han inte tänka på något annat. Därför får bristande symtomkontroll sekundära effekter av psykologisk, social och existentiell karaktär. Smärta kan till exempel bedömas med hjälp av en så kallad VAS skala (Visuell analog skala) eller NRS skala (Numeric Rating Scale). Båda dessa ”smärtermometrar” är väl utprovade och kan användas som stöd vid bedömning av smärta och utvärdering av resultatet av smärtbehandlingen.

Den palliativa vården skall ge stöd till de närstående eftersom vård i livets slutskede ofta bygger på stora insatser från de närstående. Att mista en nära närstående kan påverka den totala livssituationen, som t.ex. känslor och tankar, relationer till vänner och närstående, sättet att leva och uppfatta tillvaron samt att praktiskt lösa problem [87]. Flera studier har också påvisat en ökad fysisk och psykisk sjuklighet liksom en ökad dödlighet hos personer som mist en närstående [85, 88]. För att, så långt det är möjligt, förhindra att närstående utvecklar sjuklighet och ökad dödlighet bör de därför erbjudas stöd i form av bl.a. efterlevandesamtal [86].

Datakälla

Uppgifter hämtas från palliativa registret (www.palliativ.se).

Ytterligare områden som har diskuterats för ett utvecklingsarbete

Även andra indikatorer har diskuterats i hemsjukvårdsprojektet. Exempel på områden som har berörts är sociala aktiviteter, gemenskap, delaktighet, bemötandefrågor, livskvalitet, ADL-förmåga, urininkontinens och sömn. Också vårdplanering i samband med in- och utskrivning av patienter i slutenvård enligt SOSFS 2005:27 har diskuterats i detta sammanhang.

De föreslagna indikatorerna utgör bara en början till nationella jämförelser av innehållet i vården och omsorgen om äldre. Ständiga omvärderingar, förbättringar och därmed nya förslag måste ingå som en naturlig del i arbetet.

Sammanfattande slutsatser och förslag

Denna rapport beskriver de skilda förutsättningar som hemsjukvård på olika vårdnivåer i landsting och kommuner arbetar utifrån. Rapporten beskriver organisation och innehåll i den hemsjukvård som bedrivs i ordinärt och särskilt boende. I en särskild enkät har Socialstyrelsen, utifrån ett patientperspektiv och utan att dra gränsen mellan huvudmännens olika ansvar, ställt frågor om hemsjukvårdspatientens tillgång till hemsjukvård, vilka undersökningar och behandlingar som erbjuds patienterna och hur man samverkar med andra vårdformer. En ambition har varit att beskriva skillnader i hemsjukvårdens verksamheter utifrån patientens perspektiv.

Det är dock svårt att jämföra landstingens och kommunernas hemsjukvård utifrån befintlig information, eftersom ansvar och innehåll skiljer sig mellan de båda huvudmännen. Landstingen har ett bredare hemsjukvårdsansvar än kommunerna. Det är också svårt att göra jämförelser mellan kommunerna eftersom innehållet i hemsjukvården varierar beroende på hur avtalen med landstingen är utformade när kommunerna har övertagit hemsjukvården i ordinärt boende. Kommunerna har alltid ansvar för hemsjukvård i särskilt boende och landstingen har alltid ansvar för den specialiserade somatiska och psykiatriska hemsjukvården och den vård som kräver sjukhusens specifika resurser. Det är primärvårdsansluten hemsjukvård i ordinärt boende i både landsting och kommuner som kan organiseras på olika sätt.

Nedan presenteras slutsatserna från enkätsvaren och de datakörningar och litteraturgenomgångar som Socialstyrelsen har genomfört.

Hemsjukvården har förändrats över tid

Grunden för kommunernas övertagande av hälso- och sjukvårdsansvaret har inte förändrats sedan Ädelreformen 1992. Kraven på vårdens innehåll har dock ökat med att allt fler svårt sjuka betraktas som utskrivningsklara och skrivs ut från den slutna vården. Insatser som tidigare krävde slutenvårdens resurser kan under optimala förutsättningar nu också utföras i primärvårdsansluten hemsjukvård. Det har medfört att hemsjukvårdens innehåll varierar både i landstingen och i kommunerna. Patienterna erbjuds därmed inte vård på lika villkor.

Utifrån att hemsjukvårdspatienter många gånger har omfattande vårdbehov, finns det skäl att ifrågasätta om minskningen av antalet slutenvårdsplatser är förenligt med en god vård. En översyn av den primärvårdsanslutna hemsjukvården måste omfatta hela vårdkedjan och också inkludera den slutna vården.

När Ädelreformen genomfördes utgick man från att brukarnas hälso- och sjukvårdsbehov inte skulle vara särskilt omfattande. Vårdpersonalen skulle kunna utföra hälso- och sjukvårdsuppgifterna samtidigt som de tillgodosåg behoven av allmän omvårdnad eller omsorg. Sedan dess har det skett en förskjutning av vårdinnehållet på grund av att hemsjukvårdspatienten behöver alltmer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Socialstyrelsens enkätundersökning visar också att trots de olika begränsningarna för huvudmännens hemsjukvårdsansvar som det befintliga regelverket innebär, håller vårdinnehållet på att förskjutas mot mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser i hemsjukvården. Behandlingar som många gånger kräver ”slutenvårdsliknande” resurser förekommer nu i primärvårdsansluten hemsjukvård. Det innebär att förutsättningarna för ansvarsfördelningen mellan slutenvården och primärvården har förändrats i förhållande till hur detta beskrevs i förarbetena till Ädelreformen och även i förhållande till kommunernas ansvar enligt kommunallagen. Här följer skälen till förskjutningen av vårdinnehållet.

- *Antalet vårdplatser på sjukhusen har minskat.* 1992 fanns 93 679 [89] vårdplatser inom specialiserad somatisk och psykiatrisk vård varav 45 090 vårdplatser i långtidssjukvård. Antalet vårdplatser har under åren minskat och var totalt 26 184 år 2007 [6],
- *Platserna i kommunernas särskilda boenden har minskat med nästan 20 procent, från 118 600 år 2001 till 95 200 år 2007.* Därtill fanns 12.000 platser i korttidsboende 2007.
- *Beslutsfattare önskar och förväntar sig att de befintliga vårdbehoven så långt det är möjligt tillgodoses utanför den slutna vården vilket återspeglas i minskningen av platser.*
- *Den medicintekniska utvecklingen gör det möjligt att utföra fler typer av undersökningar och behandlingar i öppen vård.*
- *Vårdinnehållet har utvecklats, kunskapsmässigt sett. Exempel:*
 - inom medicinsk vård har den relativa överlevnaden i procent vid en cancerdiagnos stadigt ökat mellan 1961 och 2002 [90],
 - inom omvårdnad har man tagit fram pålitliga och valida instrument för riskbedömning av trycksår, fall och undernäring,
 - inom rehabilitering har kunskaperna ökat om tex. hur en förbättring av synförmågan påverkar rehabiliteringen av äldre personer med synnedsättning [91], liksom att satsningar har gjorts för att utveckla hjälpmedel till personer med olika former av funktionsnedsättning.

Minskningen av antalet vårdplatser i den slutna vården, är en betydande orsak till förskjutningen av vårdinnehållet och att allt fler patienter med avancerade hälso- och sjukvårdsbehov vårdas i hemsjukvården. Patienter har rätt att förvänta sig ett tryggt och säkert omhändertagande i hela vårdkedjan. För hemsjukvårdspatienter är den goda vården en angelägenhet inte bara för primärvården, utan också för den slutna vården.

Hemsjukvård i ordinärt boende

Organisation och innehåll i primärvårdsansluten hemsjukvård varierar, beroende på om det är kommunen eller om det är landstinget som ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende.

Hur verksamheten organiseras får betydelse för hur tillgänglig vården är. Socialstyrelsens enkät visar att landstingen ofta väljer att överlåta hemsjukvården på kvällar, helger och nätter till andra utförare, t.ex. kommunen eller privata vårdgivare. Dagtid, företrädesvis vardagar, utför landstingens vårdcentraler hemsjukvården i egen regi. När kommunerna har ansvaret för hemsjukvården utförs den i huvudsak i egen regi. Kommunerna kan då erbjuda en mer kontinuerlig vård än vårdcentralerna under dygnets alla timmar och veckans alla dagar.

Enkäten visar också att patienterna i de landsting som ansvarar för hemsjukvården i ordinärt boende inte får samma tillgång som i kommunerna till undersökningar och behandlingar. Landstingen har byggt upp hemsjukvårdsverksamheten utifrån vårdcentralens öppettider, dagtid måndag till fredag. Kommunerna däremot har möjlighet att organisera sin verksamhet genom att samordna hälso- och sjukvårdsinsatser med socialtjänstens insatser både i ordinärt och i särskilt boende, vilket gör att de oftare kan erbjuda olika undersökningar och behandlingar.

Ett förtydligande av hemsjukvårdens uppdrag

Resultatet av denna undersökning visar än en gång hur svårt det är att definiera och avgränsa hemsjukvården. Ett problem utgörs av svårigheterna med att definiera omfattningen av landstingens ansvar för hemsjukvård och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL. Ett annat problem handlar om ansvarsfördelningen mellan den slutna vården och primärvården som också håller på att förändras genom förskjutningen av vårdinnehållet. Ett förtydligande av hemsjukvårdens uppdrag, innehåll och kompetens behövs därför. En framtida organisation av hemsjukvården måste utgå från patienternas behov där alla ingående delar i en vårdkedja samverkar.

Hemsjukvårdens innehåll har förändrats efter Ädelreformen 1992. Den hemsjukvård som fördes över till kommunerna i Ädelreformen beskrevs som ”den del av primärvården som utförs i någons hem”. Insatser som tidigare krävde slutenvårdens resurser kan nu under optimala förutsättningar utföras i hemsjukvård. Socialstyrelsens enkät visar att verksamheterna uppfattar att det är otydligt var gränsen går mellan landstingens och kommunernas ansvar i primärvårdsansluten hemsjukvård. Bland annat är det oklart vilken huvudman som har finansieringsansvaret för de medicintekniska produkter som används för utredning och behandling. Tillgången till dessa produkter och därmed möjligheten att genomföra vissa undersökningar varierar därför i landet, vilket medför att vården ser olika ut. Det finns heller inga

underlag för att kunna avgöra vilka typer av undersökningar och behandlingar som hemsjukvården ska tillhandahålla.

Socialstyrelsens definition i termbanken beskriver inte tydligt på vilka vårdnivåer hemsjukvården bedrivs, dvs. om definitionen avser den primärvårdsanslutna hemsjukvården eller den specialiserade somatiska och psykiatriska hemsjukvården eller båda verksamheterna. Kravet i den befintliga definitionen, att ansvaret för de medicinska åtgärderna ska vara ”sammanhängande över tid”, är svårtolkat.

Allt detta har medfört att det är otydligt för verksamheterna var gränsen går mellan landstingens och kommunernas ansvar i primärvårdsanslutna hemsjukvård. Ansvarsfördelningen mellan den slutna vården och primärvården håller också på att förändras med den pågående förskjutningen av vårdinnehållet. Därför behövs det en tydlig beskrivning av hemsjukvårdens uppdrag och innehåll som definierar omfattningen av landstingens ansvar för hemsjukvård och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18 § HSL. De indikatorer för hemsjukvård som Socialstyrelsen föreslår i denna rapport skulle kunna utgöra ett av flera underlag för en precisering av hemsjukvårdens innehåll och uppdrag.

Många äldre med omfattande vårdbehov vårdas i hemsjukvården. Verksamheten utgör en växande del av primärvården. Socialstyrelsens undersökning visar bland annat att det är lättare att tillgodose de äldres behov i en samlad organisation som tar hänsyn till att behoven många gånger kräver både socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser med flera olika professioner som samverkar i en hel vårdkedja. En samverkan i vårdkedjan försvåras av den otydliga ansvarsfördelningen. En framtida organisation av hemsjukvården måste därför utgå från patienternas behov där alla delar i vårdkedjan samverkar. Frågan om var, på vilken vårdnivå, som olika behov ska tillgodoses måste också relateras till var man väljer att lägga resurserna.

Hemsjukvårdspatienten

Uppskattningsvis får cirka 250 000 personer hälso- och sjukvårdsinsats i hemsjukvården i Sverige. 87 procent av dem är över 65 år. Kvinnorna är i klar majoritet. Äldre hemsjukvårdspatienter är vanligtvis drabbade av t.ex. demens, hjärtsvikt och cancer samt olika funktionsnedsättningar.

Det är främst i kommuner som tagit över hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende som antalet personer med hemsjukvård i kombination med hemtjänst ökar. Antalet patienter med hemsjukvård ökar mer än antalet personer som får hemtjänst i dessa kommuner. 37 procent av brukarna har enbart hemsjukvård.

Antalet personer 65 år och äldre som fick hemsjukvård i kombination med hemtjänst ökade 2002–2006 i kommuner som tagit över hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende. Fler personer fick också hemsjukvård i den yngre åldersgruppen 0–64 år. För äldre personer över 80 år ökade antalet med nästan 20 procent. Ökningen var större för män än för kvinnor. Ökningstakten för hemsjukvården är högre än för hemtjänsten. Vården i kommunerna har därmed fått ett ökat sjukvårdsinnehåll. Personalen utför inte lika mycket

traditionell hemtjänst, som städning och social omvårdnad. 37 procent av brukarna har enbart hemsjukvård. Uppgifterna avser endast hemsjukvård där kommunerna har tagit över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende, eftersom uppgifter från landstingen saknas.

Hemsjukvårdspatientens tillgång till slutenvård

Hemsjukvårdspatienten nyttjar slutenvården mer än vad befolkningen i allmänhet gör. I befolkningen är det åldersgruppen 80 år och äldre som nyttjar slutenvården mest. Personer i åldrarna 65–79 år med hemsjukvårdsinsats nyttjade slutenvården mer än 80-åringarna med hemsjukvård. Män med hemsjukvård har fler vårdtillfällen och fler antal vårddygn i slutenvården än kvinnor med hemsjukvård. Flest vårdtillfällen och vård dagar har de hemsjukvårdspatienter som bor i ordinärt boende och som får hjälpinsats även från hemtjänsten. De nyttjar slutenvården mer än de som bor i särskilt boende. Något färre vård dygn i slutenvården (5 procent) har patienterna i särskilt boende när kommunerna också har ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende.

Under år 2007 hade 165 000 personer haft någon insats enligt 18 § HSL i ordinärt och särskilt boende i kommunerna. Av dessa hade 64 000 personer eller 39 procent också varit inskrivna i slutenvården. 44 procent av 65–79-åringarna med hemsjukvårdsinsats hade någon gång varit inskrivna i den slutna vården. Flest till antalet med slutenvårdsinsats var de som är 80 år och äldre. I befolkningen hade 9,4 procent någon gång varit inskrivna i slutenvården under 2007. Det är betydligt vanligare att hemsjukvårdspatienten nyttjar slutenvården än att befolkningen i allmänhet gör det.

Män med hemsjukvård har fler vårdtillfällen och tillbringar fler antal vård dygn i den slutna vården än vad kvinnor med hemsjukvård gör.

Flest vårdtillfällen och vård dagar har de hemsjukvårdspatienter som bor i ordinärt boende och som får hjälpinsats även från hemtjänsten. De som bor i särskilt boende har minst antal vårdtillfällen och även minst antal vård dygn.

Hemsjukvårdspatientens tillgång till hemsjukvård

Antalet hemsjukvårdsbesök av läkare och andra personalkategorier till personer med hemsjukvård ökade 2002–2006. Antalet personer som fick hemsjukvård ökade i ordinärt boende där kommunerna tagit över hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende.

Trots att antalet hemsjukvårdsbesök av läkare har ökat så har läkarna inte alltid möjlighet att göra de hemsjukvårdsbesök som efterfrågas. Det finns då risk för att hemsjukvårdspatienten hänvisas till akutmottagningarna trots att problemet kanske hade kunnat åtgärdas i hemmet.

Trots att antalet hemsjukvårdsbesök av läkare till patienter i den primärvårdsanslutna hemsjukvården minskade med 10 procent mellan 2005 och 2006, ökade antalet läkarbesök med 40 procent under hela perioden 2002–

2006. En ökning med drygt 13 procent av antalet hemsjukvårdsbesök av andra personalkategorier noterades också under samma period. Uppgifterna om läkarbesök omfattar den primärvårdsanslutna hemsjukvården i alla landsting. Uppgifterna om hemsjukvårdsbesök av andra personalkategorier omfattar cirka hälften av landstingen, eftersom dessa personalkategorier inte gör hembesök där kommunerna har tagit över hemsjukvården i ordinärt boende. Svarspersonerna på vårdcentralerna i Socialstyrelsens enkät svarade att läkarna gör de oplanerade hemsjukvårdsbesök som behövs medan sjuksköterskorna bedömde att det behövs fler läkarbesök. Det gäller särskilt jourtid. Det finns då risk för att patienten hänvisas till akutmottagningen i stället.

I den hemsjukvård som kommunen ansvarar för är tendensen att allt fler får hemsjukvård i ordinärt boende medan antalet personer med hemsjukvård i särskilt boende minskar. Det beror främst på att antalet platser i särskilda boendeformer har blivit färre.

Tillgången till undersökningar och behandlingar i hemsjukvården är olika beroende på vilken huvudman som har hemsjukvårdsansvaret. Vården ges inte på lika villkor.

Resultaten från Socialstyrelsens enkät tyder på att patienterna har bättre tillgång till olika undersökningar och behandlingar i kommuner som tagit över hemsjukvårdsansvaret i ordinärt boende.

Patienterna i särskilt boende har också bättre tillgång till olika undersökningar och behandlingar när hemsjukvårdsansvaret för ordinärt och särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap.

Synergieffekter av ett samlat huvudmannaskap för hemsjukvården märks både i ordinärt och i särskilt boende.

Vårdcentralerna kan inte erbjuda vissa undersökningar och behandlingar i samma utsträckning som kommunerna, vilket kan bero på att hemsjukvården organiseras på olika sätt. Landstingen måste anpassa verksamheten till hela åldersspannet i befolkningen. Verksamheten blir då mer splittrad vilket medför att landstingen inte har samma möjlighet att fokusera på den äldre hemsjukvårdspatienten med behov dygnet runt.

Kommunerna har större möjligheter att erbjuda vissa undersökningar och behandlingar som bland annat kräver att hälso- och sjukvårdspersonal är närvarande även under obekväm arbetstid. Kommunerna åstadkommer synergieffekter genom att samordna hälso- och sjukvårdsinsatser och hemtjänstinsatser i ordinärt och särskilt boende. Sådan typ av samordning med kommunernas hemtjänst verkar inte förekomma i lika hög utsträckning när landstingen ansvarar för hemsjukvården.

Patientens tillgång till vård och behandling i den specialiserade somatiska hemsjukvården är jämförbar med tillgängligheten i den slutna vården.

För att kunna uppfylla kraven på god kvalitet och hög patientsäkerhet dygnet runt i hemsjukvården, behöver tillgängligheten till läkare och sjuksköterskor bli större. Det gäller framför allt under helger, kvällar och nätter. I vissa fall ansvarar en sjuksköterska för upp till 400 patienter. Detta kan enligt Socialstyrelsens mening inte vara förenligt med god vård och det kan äventyra patientsäkerheten.

Enligt Socialstyrelsens enkät har läkarna inte alltid möjlighet att göra de hemsjukvårdsbesök som efterfrågas. Tillgång till sjuksköterska beror på hur många patienter en sjuksköterska ansvarar för. Har sjuksköterskan många patienter att ansvara för innebär det att vissa behandlingar och undersökningar inte kan utföras under helger, kvällar och nätter. Patienternas behov kan inte alltid tillgodoses i den omfattning som behövs.

Varken personalen på vårdcentralerna eller de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i kommunerna vet hur många sjukgymnaster och arbetsterapeuter som finns tillgängliga.

Socialstyrelsen har i sin tillsyn konstaterat att konsekvensen av bristande tillgång till läkare och sjuksköterskor är att hemtjänstpersonalen många gånger står utan stöd [39]. Nattetid kan det, speciellt i ordinärt boende, innebära att valet står mellan att avvakta till morgonen när dagpersonalen inleder sig eller att patienten hänvisas till en akutmottagning. I båda fallen riskeras patientsäkerheten.

Det ska finnas rutiner som beskriver när det med hänsyn till patientsäkerheten behöver utses en patientansvarig läkare, PAL, och en patientansvarig sjuksköterska med särskilt samordningsansvar.

Äldre personer som behöver flera olika vårdresurser från olika vårdgivare och olika personalkategorier kan många gånger behöva hjälp med att samordna insatserna. Enligt 5 § HSL ska landstinget organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Enligt 27 § HSL ska en patientansvarig läkare utses när patientsäkerheten kräver det. Det behövs ofta när flera olika läkare är involverade i vården av en och samma patient. Även de vårdinsatser som undersköterskor, vårdbiträden, arbetsterapeuter och sjukgymnaster gör behöver samordnas. En sjuksköterska kan samordna de olika insatserna, då det ingår i dennas arbete att planera, konsultera, informera och samverka med andra aktörer i vårdkedjan [18]. En patientansvarig sjuksköterska skulle då få ett särskilt samordningsansvar för de patienter som enligt vårdplanen behöver flera olika vårdresurser. Samordningsansvaret ska utgå från den enskilda patienten.

Även kommittédirektiven till utredningen Patientens rätt i vården (Dir 2007:90) har uppmärksammat behovet av en fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten skulle kunna vårda och vid behov fungera som en vårdlots

framför allt för äldre och multisjuka personer med stora och sammansatta vårdbehov.

Antalet delegeringar per sjuksköterska tyder på att en sjuksköterska har fler delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter än vad som är tillåtet enligt Socialstyrelsens delegeringsföreskrift.

Socialstyrelsens enkät visar att det framför allt är olika former av läkemedelshantering som delegeras i hemsjukvården. Det gäller både i ordinärt och i särskilt boende. Enligt föreskriften [40] bör en sjuksköterska inte ansvara för delegeringar av hälso- och sjukvårdsuppgifter till fler personer än att hon eller han genom personlig uppföljning kan försäkra sig om att de delegerade arbetsuppgifterna utförs på rätt sätt. Patientsäkerheten får inte åsidosättas.

Hemsjukvårdspatientens läkemedelsbehandling

Läkemedelsrelaterade problem är en vanlig orsak till att äldre vårdas i slutenvården. Till hemsjukvårdspatienter som bor i ordinärt boende och får hjälpinsats även från hemtjänsten förskrivs mest läkemedel. Det ordinerar mer läkemedel till kvinnor i alla åldrar med hemsjukvård jämfört med till män med hemsjukvård i motsvarande ålder. Läkemedelshantering delegeras ofta i hemsjukvården. Det finns stora brister kring äldres användning av läkemedel.

Kvaliteten i läkemedelsanvändningen måste förbättras. För en säker läkemedelsbehandling är det avgörande att det finns möjlighet att kommunicera patientens läkemedelsbehandling mellan olika vårdgivare. Även regelbundna läkemedelsgenomgångar är viktiga. En säker läkemedelshantering kräver tydliga rutiner kring att ställa i ordning och administrera läkemedel. Det gäller särskilt när dessa uppgifter delegeras till icke-legitimerad personal, vilket oftast sker i hemsjukvården.

Dokumentation i hemsjukvård

Det bör finnas rutiner kring hur personalen i praktiken ska komma åt innehållet i patienternas journaler. Det är speciellt viktigt när flera olika vårdgivare och utförare är involverade under olika tider på dygnet och ännu inte har kommunicerande journalsystem.

Av svaren i Socialstyrelsens enkät framgår att läkare och sjuksköterskor inte alltid har tillgång till patienternas medicinska journal. Det gäller både under dagtid som under jourtid. De nya bestämmelserna i patientdatalagen som trädde i kraft den 1 juli 2008 tillåter utbyte av patientinformation på elektronisk väg i en sammanhållen patientjournal vilket ger en bättre åtkomst till informationen i journalerna. Patienten måste i de flesta fall ge sitt samtycke även med den nya patientdatalagen. Utbyte av information förutsätter att olika journalsystem kan kommunicera med varandra. Befintliga datasystem måste därför anpassas till varandra. I väntan på detta och då patientens sam-

tycke alltid ska inhämtas bör det finnas rutiner kring hur utbytet av informationen ska gå till.

Vårdplanering i hemsjukvård

Vårdplanering ska vara inträdesbiljett till hemsjukvård. Kontinuerliga vårdplaneringar av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemsjukvården ökar patient-säkerheten. När det behövs ska vårdgivarna samverka med socialtjänsten och dess insatser.

Vårdplanen ska bland annat beskriva patientens behov av insatser och kan därför vara det instrument som ger inträde till hemsjukvård. Mångfalden av olika yrkesutövare och olika organisatoriska lösningar för hemsjukvård ställer höga krav på att resurserna samordnas så att patienterna får bästa möjliga vård och omsorg. En sådan samordning kan ske genom återkommande planering som omfattar både HSL - och SoL-insatser. Samordningen med socialtjänsten är nödvändig då många hemsjukvårdspatienter också behöver insatser från hemtjänsten. Det ska finnas rutiner som beskriver hur planerna för hälso- och sjukvården (vårdplan) och socialtjänsten (genomförandeplan) samordnas så att insatserna resulterar i en sammanhållen individuell planering för varje patient eller brukare. För att patienter på ett säkert sätt ska kunna få del av hälso- och sjukvård i sin hemmiljö krävs ett fortsatt nära samarbete mellan kommuner och landsting oavsett hur man har valt att fördela huvudmannaskapet för hemsjukvård. Verksamheternas ledningssystem ska beskriva ändamålsenliga rutiner för samverkan och samarbete, enligt såväl HSL som SoL.

För patientsäkerheten är det viktigt att det görs återkommande vårdplaneringar där man följer upp resultatet av insatserna, gör nya bedömningar, anpassar vårdinsatserna efter vårdbehovet och dokumenterar i vårdplanen. Det ska göras så länge patienten behöver hemsjukvård. Vårdplanen ska även visa när det är dags för en ny uppföljning eller utvärdering. Vårdplanering ska ske *kontinuerligt*. Vid större oväntade förändringar av patientens tillstånd kan en vårdplan behöva omprövas tidigare än planerat. Detta är särskilt angeläget när vården exempelvis övergår i palliativ vård.

Utvecklad statistik och indikatorer för hemsjukvård ger bättre uppföljningsmöjligheter

En total översyn föreslås för att komplettera och utveckla den ekonomiska statistiken, verksamhetsstatistiken och personalstatistiken som på nationell nivå ska samlas in om hemsjukvård från landsting, kommuner och enskilda vårdgivare så att statistiken blir enhetlig, jämförbar och informativ.

En viktig uppgift i en översyn är att först undersöka vilka variabler som behövs för att beskriva hemsjukvårdens processer, resultat och kostnader.

Kartläggningen och beskrivningen av hemsjukvården har försvårats av att den statistik som finns om hemsjukvårdens omfattning och kostnader inte har ett likartat innehåll i landsting och kommuner. När landstinget ansvarar

för hemsjukvården i ordinärt boende finns i huvudsak statistik för hur många besök som olika kategorier sjukvårdspersonal gör, men inte för hur många personer som får hemsjukvård. Det finns inte heller uppgifter om vilka insatser som ges i hemsjukvården. I landstingens statistikinsamling har uppgiftslämnarna dessutom svårt att skilja på termerna hemsjukvårdsbesök och hembesök, vilket gör statistiken ofullständig. När kommunerna ansvarar för hemsjukvården både i ordinärt och i särskilt boende finns statistik för hur många personer som får hemsjukvård, men det framgår inte hur många besök i hemmet som sjukvårdspersonalen gör eller vilka insatser som hemsjukvården ger. Det saknas också statistik om personaltillgång i hemsjukvården. Gemensamt för båda huvudmännen är också att ingen kan rapportera vilka behov som hemsjukvården tillgodoser. Det finns inte heller något gemensamt nationellt krav på rapportering om vad som görs i verksamheten. Därför behövs en total översyn av statistiken som beskriver hemsjukvård.

För att ytterligare få underlag till uppföljning och utvärdering av hemsjukvård behövs det en registrering av diagnoser och åtgärder.

I dag finns ingen skyldighet att rapportera vilken typ av diagnoser som patienter i primärvård och hemsjukvård behandlas för. Det finns heller ingen annan beskrivning av vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som ges. Därför föreslår Socialstyrelsen att man undersöker möjligheterna att diagnosrapportera i hemsjukvården samt att registrera vårdåtgärder enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) som bygger på WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)¹⁵. Detta stöds också av regeringens uppdrag till Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting om utveckling av hälso- och sjukvårdens ersättningssystem. I uppdraget ingår bland annat att utveckla primära klassifikationer för primärvård och psykiatri.

Områden och indikatorer för hemsjukvård föreslås

Som ett led i att förbättra kunskaperna om och uppföljningen av hemsjukvården har Socialstyrelsen identifierat sju olika områden och beskrivit 17 indikatorer som speglar hemsjukvårdens process och resultat. Indikatorerna ska vara mätbara och spegla respektive område. De indikatorer som Socialstyrelsen i denna rapport föreslår utgör ett första förslag.

¹⁵ International Classification of Functioning, Disability and Health.

Område 1. Planering av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser

Indikatorer:

De aktuella indikatorerna är:

- andel personer med aktuell vårdplan
- andel personer som varit delaktiga i att utforma sin egen vårdplan
- andel personer med aktuell genomförandeplan
- andel personer som varit delaktiga i att utforma sin egen genomförandeplan.

Område 2. Förebyggande av undernäring

Indikatorer

De aktuella indikatorerna är:

- andel personer som vårdas och som erhållit en riskbedömning med avseende på undernäring,
- andel personer som vårdas och som har utvecklat undernäring.

Område 3. Förebyggande av fall/fallskador

Indikatorer

De aktuella indikatorerna är:

- andel personer som vårdas och som erhållit en riskbedömning med avseende på risk för att falla
- andel personer som vårdas för en höftfraktur orsakad av ett fall.

Område 4. Förebyggande av trycksår

Indikatorer

De aktuella indikatorerna är:

- andel personer som vårdas och som erhållit en riskbedömning med avseende på risk att utveckla trycksår
- andel personer som vårdas med trycksår, graderade enligt definition.

Område 5. Läkemedelsgenomgång

Indikatorer

Den aktuella indikatorn är:

- andel personer som vårdas vars läkemedelsbehandling genomgått en årlig läkemedelsgenomgång.

Område 6. Läkemedel förskrivna och uthämtade från apotek

Indikatorer

Den aktuella indikatorn är:

- andel personer 80 år och äldre som:
 - har 10 eller fler läkemedel
 - använder tre eller fler psykofarmaka

- har minst en läkemedelskombination som kan leda till läkemedelsinteraktion av klass D
- har minst ett läkemedel med betydande antikolinerga effekter.

Område 7. Vård i livets slutskede

Indikatorer

De aktuella indikatorerna är:

- andel personer som vårdas och som har smärtskattats med hjälp av vedertaget instrument (NRS-skalan, VAS-skalan) under sista veckan i livet
- andel närstående som erbjudits efterlevandesamtal.

Referenser

1. SOU 2004:68 Sammanhållen hemvård.
2. Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
3. Prop 1990/91:14 Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.
4. Landstingsförbundet. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2004. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: Landstingsförbundet; 2005.
5. Socialstyrelsen. Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
6. Sveriges Kommuner och Landsting. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2008.
7. Sveriges Kommuner och Landsting. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2007.
8. Socialstyrelsen. Psykosocial kompetens i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
9. Prop 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet.
10. Svenska palliativregistret. Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2007.
11. Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.
12. Sahlin J. Hälso- och sjukvårdslagen: med kommentarer. 7 uppl. ed. Stockholm: Norstedts juridik; 2006.
13. Socialstyrelsen. Bättre kostnadsredovisning av hälso- och sjukvården i kommunerna. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
14. Svenska Kommunförbundet. Kommunen kommer hem - Kartläggning av hemsjukvården i kommunerna. Stockholm: Svenska Kommunförbundet; 2002.
15. Prop 1995/96:176 Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.

16. Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:10) om medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunernas hälso- och sjukvård.
17. Prop 1994/95:195 Primärvård, privata vårdgivare m.m.
18. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
19. Riksföreningen för Distriktssköterskor, Familjemedicinska Institutet, Vårdförbundet. Distriktssköterskans uppdrag. [citerad 2008-10-16]. Tillgänglig på:
<http://www.vardforbundet.se/templates/VFArticlePage4.aspx?id=13342>
20. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.
21. Socialstyrelsen. Tid för vård och omsorg. Hur använder personalen inom vården och omsorgen om äldre och funktionshindrade personer sin tid? Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
22. Vårdförbundet. Sjuksköterskan i kommunal äldrevård. En undersökning bland medlemmar i Vårdförbundet. [citerad 2008-10-13]. Tillgänglig på:
<http://www.vardforbundet.se/templates/VFArticlePage4.aspx?id=17050>
23. SOU 2003:91 Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning.
24. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2003.
25. Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Apoteket AB, Carelink. Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Stockholm: Socialdepartementet; 2006.
26. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.
27. Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m.
28. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Mäta och öppet redovisa resultaten i vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
29. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Individbaserad verksamhetsuppföljning för personer som insjuknat i stroke och personer med psykiska funktionshinder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
30. World Health Organization, Socialstyrelsen. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. Svensk version av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.

31. Socialstyrelsen. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). [hämtad 2008-10-13]; Tillgänglig från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/klassifikationer/specnavigatio n/Atgarder/KVA/>.
32. Regeringsbeslut 2007-05-16. Uppdrag angående en nationell informationsstruktur och en nationell terminologi och klassifikationsresurs för hälso-och sjukvården. .
33. Socialstyrelsen. Nationell terminologi- och klassifikationsresurs med Snomed CT. Projektplan. Diarienummer 00-6163/2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
34. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.
35. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:11) om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.
36. Socialstyrelsen. God kvalitet i socialtjänsten - om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
37. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.
38. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning. Undersökning 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
39. Socialstyrelsen. Borta bra men hemma bäst? En nationell granskning av hemsjukvården i Sverige. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
40. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.
41. Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
42. Landstingsförbundet, Apoteket, Svenska Kommunförbundet. Mindre sjukdom och bättre hälsa genom ökad följsamhet till läkemedelsordinationerna - professionernas roll. Rapport från Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA II). Stockholm: Landstingsförbundet; 2001.
43. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling till äldre i hemsjukvården. Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn vid 30 vårdcentraler i sydöstra sjukvårdsregionen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
44. Socialstyrelsen. Avvikelsehantering inom hälso- och sjukvård. Resultat av nationell tematisk verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.

45. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
46. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling inom äldrevården. Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
47. Esbjörn P, End-Rodrigues T, Thylén P, Bergman U. Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre. *Läkartidningen* 2008;105(35):2338-42.
48. Fastbom J. Äldres läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete (MPA). Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005.
49. Bergman U, Ulfvarson J, von Bahr C. Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus. Fokusrapport. Medicinskt programarbete (MPA). Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005.
50. Kragh A. Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. Kartläggning av läkemedelsförskrivningen i nordöstra Skåne. *Läkartidningen* 2004;101(11):994-8.
51. Socialstyrelsen. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. KÄLLA-Projektet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
52. Gurner U, Fastbom J, Hagman L, Shah-Shahid Z. Styckevis och delat. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2006.
53. Gurner U, Fastbom J, Österman J. Vi har inte tid - ring akuten! 24 fallstudier av multisjuka 75+ i Sigtuna - behov och konsumtion av slutenvård och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av anhöriginsatser. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2004.
54. Gurner U, Thorslund M. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre - om nödvändigheten av samordning. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
55. Nolan, L., K. O'Malley. Prescribing for the elderly. Part I: Sensitivity of the elderly to adverse drug reactions. *J Am Geriatr Soc* 1988;36(2):142-9.
56. Field, T.S., J.H. Gurwitz, L.R. Harrold, J. Rothschild, K.R. DeBellis, A.C. Seger, J.C. Auger, L.A. Garber, C. Cadoret, L.S. Fish, L.D. Garber, M. Kelleher, D.W. Bates. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(8):1349-54.
57. Hjalmarsson I. Enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Erfarenheter av och synpunkter på hälso- och sjukvården inom särskilt boende i Stockholms stad. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2006.

58. Sveriges Kommuner och Landsting. Fråga från Växjö kommun till Sveriges Kommuner och Landsting angående respiratorvård i ordinärt boende: Avdelningen för juridik, Ellinor Englund och Avdelningen för vård och omsorg, Ulla Lönnqvist Endre; 2006-06-13.
59. IMS, Statens räddningsverk. Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Om fall, trafikolyckor och bränder. Stockholm: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete; 2007.
60. Vanderwee, K., M. Clark, C. Dealey, L. Gunningberg, T. Defloor. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract* 2007;13(2):227-35.
61. Gunningberg L. Risk, prevalence and prevention of pressure ulcers in three Swedish healthcare settings. *J Wound Care* 2004;13(7):286-90.
62. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
63. Patientdatalag (2008:355).
64. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från InfoVU-projektets nätverk för kvalitetsindikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
65. Idvall E. Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Stockholm: Gothia och Svensk sjuksköterskeförening; 2007.
66. Statens livsmedelsverk. Mat och kostbehandling för äldre. Problem och möjligheter. Uppsala: Statens livsmedelsverk; 2001.
67. Socialstyrelsen. Kommunernas kost- och nutritionsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
68. Socialstyrelsen. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
69. Socialstyrelsen. Bedömning och behandling av nutritions- och undernutritionstillstånd inom äldreården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
70. Sveriges Kommuner och Landsting. Förebygg fall och fallskador. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
71. Räddningsverket, Nationellt Centrum för lärande från olyckor. Fallolyckor bland äldre - samhällets direkta kostnader. Karlskoga: Räddningsverket; 2003.
72. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg av personer med demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen, under utarbetande - beräknas klara 2010.
73. Fox, C. Living with a pressure ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *Br J Community Nurs* 2002;7(6 Suppl):10-22.

74. Gunningberg L, Carlsson S, Willman A. EPUAP-protokollet - en europeisk metod för mätning av trycksår förekomst. *Vård i Norden* 2006;26(2):48-51.
75. Hulter Åsberg K. Viktigt att läkare kvalitetssäkrar läkemedelsbehandling av äldre. *Läkartidningen* 2007;104(1-2):40-3.
76. Sjövik S, Fastbom J, Ulfvarson J, Bastholm Rahmner P, Andersén Karlsson E. Fortbildning och läkemedelsgenomgångar på distans med datoriserat kunskapsstöd. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007.
77. Sveriges Kommuner och Landsting. Rapport från ett av deluppdragen inom ramen för projektet "Äldre och läkemedel". [citerad 2008-10-14]. Tillgänglig på:
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=6995&A=54112&FileID=217694&NAME=f%F6rb%E4ttra+l%E4kemedelsanv%E4ndning.pdf>.
78. Socialstyrelsen. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi - Socialstyrelsens förslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
79. Socialstyrelsen. Kvaliteten på läkemedelsanvändningen hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
80. Giron, M.S., H.X. Wang, C. Bernsten, M. Thorslund, B. Winblad, J. Fastbom. The appropriateness of drug use in an older nondemented and demented population. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(3):277-83.
81. Läkemedelsindustriföreningen. FASS: förteckning över humanläkemedel. 2008. Stockholm: Läkemedelsindustriföreningen; 2008.
82. Socialstyrelsen. Var dör de äldre – på sjukhus, särskilt boende eller hemma? Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
83. SOU 2001:6 Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut.
84. World Health Organization. Better palliative care for older people. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2004.
85. SOU 2000:6 Döden angår oss alla - värdig vård vid livets slut.
86. Strang P, Beck-Friis B. Palliativ medicin. Stockholm: Liber; 2005.
87. Socialstyrelsen. I livets slutskede: De anhörigas roll. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
88. Socialstyrelsen. Forskning som speglar vården i livets slutskede - sammanställning av aktuell forskning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
89. Landstingsförbundet. LKELP 92. Basårsstatistik 1991. Verksamhet och personal. Stockholm: Landstingsförbundet; 1992.

90. Socialstyrelsen. Hälsa- och sjukvård – Lägesrapport 2007. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
91. Hjälpmedelsinstitutet. Erfarenheter av rehabilitering på basnivå – för äldre personer med synnedsättning. [citerad 2008-10-14]. Tillgänglig på: <http://www.hi.se/global/pdf/2007/07372-pdf.pdf>.

Bilaga 1. Verksamhetsindelning för landsting och regioner VI 2000

<i>Huvudområde/Område</i>	<i>Delområde</i>
HÄLSO- OCH SJUKVÅRD	
Primärvård	Allmänläkarvård Sjuksköterskevård Mödrahälsovård Barnhälsovård Sjukgymnastik Arbetssterapi Jourverksamhet <i>Primärvårdsansluten hemsjukvård</i> Sluten primärvård Övrig primärvård
Specialiserad somatisk vård	Somatisk mottagningsverksamhet Somatisk dagsjukvård <i>Somatisk hemsjukvård</i> Somatisk sluten vård
Specialiserad psykiatrisk vård	Psykiatrisk mottagningsverksamhet Psykiatrisk dagsjukvård <i>Psykiatrisk hemsjukvård</i> Psykiatrisk sluten vård
Tandvård	Allmäntandvård vuxna Tandvård för patienter med särskilda behov Allmäntandvård barn och ungdomar Specialisttandvård
Övrig hälso- och sjukvård	Ambulans- och sjuktransporter Sjukresor Handikappverksamhet /hjälpmedelsverksamhet Social verksamhet Folkhälsofrågor FoU avseende hälso- och sjukvård Övrigt
Politisk verksamhet avseende	Politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård
hälso- och sjukvård	

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006- Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner, 2007

Bilaga 2. Variabler om hemsjukvård

Prestationsvariabler VI 2000:

Genomsnittligt disponibla vårdplatser och läkarbesök efter specialitet m. m

- Antal läkarbesök i primärvårdsansluten hemsjukvård
- Varav antal läkarbesök i primärvårdsansluten hemsjukvård av annan vårdgivare

Besök hos annan personalkategori än läkare efter specialist m. m:

- Antal hemsjukvårdsbesök i primärvårdsansluten hemsjukvård
- Varav Antal hemsjukvårdsbesök av annan vårdgivare

Antal läkarbesök

- Hemsjukvårdsbesök inom primärvård
- Hemsjukvårdsbesök inom primärvård, annan vårdgivare
- Hemsjukvårdsbesök inom specialiserad somatisk vård
- Hemsjukvårdsbesök inom specialiserad psykiatrisk vård

Andra besök än läkarbesök

- Hemsjukvårdsbesök inom primärvård
- Hemsjukvårdsbesök inom primärvård, annan vårdgivare
- Hemsjukvårdsbesök inom specialiserad somatisk vård
- Hemsjukvårdsbesök inom specialiserad psykiatrisk vård

Specialiserad somatisk respektive psykiatrisk hemsjukvård

Antal hemsjukvårdsbesök inom specialiserad somatisk vård av:

- Läkare
- Annan personalkategori
- Summa viktade hemsjukvårdsbesök
- Summa viktade hemsjukvårdsbesök per invånare

Antal hemsjukvårdsbesök inom specialiserad psykiatrisk vård av:

- Läkare
- Annan personalkategori
- Summa viktade hemsjukvårdsbesök
- Summa viktade hemsjukvårdsbesök per invånare

Besök i primärvårdsansluten hemsjukvård

- Antal hemsjukvårdsbesök av läkare
- Antal hemsjukvårdsbesök av övrig personal

Vissa huvudmän har svårt att separera hemsjukvårdsbesök från hembesök.

Viktning

Med viktade hemsjukvårdsbesök avses när vård kontakterna har viktats med hänsyn till resursåtgången. Ett hemsjukvårdsbesök har beräknats motsvara två mottagningsbesök och en telefonkontakt 1/3 av ett mottagningsbesök. Besök av annan personalkategori än läkare har antagits motsvara 40 procent av ett läkarbesök.

Antal viktade vårdkontakter i primärvårdsansluten hemsjukvård

- Hemsjukvårdsbesök, läkare i särskilt boende
- Hemsjukvårdsbesök, läkare i ordinärt boende
- Hemsjukvårdsbesök, sjuksköterska i ordinärt boende
- Hemsjukvårdsbesök, sjukgymnast i ordinärt boende
- Hemsjukvårdsbesök, arbetsterapeut i ordinärt boende
- Hemsjukvårdsbesök, undersköterska/biträde i ordinärt boende
- Hemsjukvårdsbesök, annan personalkategori i ordinärt boende

Besöken har viktats med hänsyn till skillnader i resursåtgång. Ett hemsjukvårdsbesök har beräknats motsvara 2 mottagningsbesök och en telefonkontakt 1/3 av ett mottagningsbesök.

Antal viktade telefonkontakter i primärvårdsansluten hemsjukvård

- Telefonkontakter, läkare
- Telefonkontakter, övriga personalkategorier

Antal viktade vårdkontakter i hemsjukvård, totalt

- Antal viktade vårdkontakter i primärvård
- Antal viktade vårdkontakter i specialiserad somatisk vård
- Antal viktade vårdkontakter i specialiserad psykiatrisk vård
- Summa viktade vårdkontakter i hemsjukvården, totalt
- Summa viktade vårdkontakter i hemsjukvården, per invånare

Vårdkontakterna har viktats med hänsyn till resursåtgång. Besök hos andra kategorier än läkare har antagits motsvara 40 procent av ett läkarbesök.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006.

Kostnadsvariabler VI 2000:

Miljoner kronor

- Nettokostnad hemsjukvård exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen: *primärvårdsansluten hemsjukvård*. Miljoner kronor.
- Nettokostnad hemsjukvård exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen, *specialiserad somatisk vård*. Miljoner kronor.
- Nettokostnad hemsjukvård exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen, *specialiserad psykiatrisk vård*. Miljoner kronor.
- Nettokostnad hemsjukvård exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen, *Hemsjukvård totalt* Miljoner kronor.

Kronor/invånare

- Nettokostnad hemsjukvård exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen: *primärvårdsansluten hemsjukvård*. Kr/invånare.
- Nettokostnad hemsjukvård exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen: *specialiserad somatisk vård*. Kr/invånare.
- Nettokostnad hemsjukvård exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen: *specialiserad psykiatrisk vård*. Kr/invånare.
- Nettokostnad hemsjukvård exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen: *Hemsjukvård totalt*. Kr/invånare.

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006.

Variabler för personal i hemsjukvård

1. *Antal legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal* efter arbetsmarknadsstatus och legitimation.

- 1a. Antal legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal efter arbetsmarknadsstatus och legitimation *kvinnor och män* sysselsatta inom Hälso- och sjukvård (85.1) resp. Omsorg och sociala tjänster (85.3): Arbetsterapeut, läkare, sjukgymnast, sjuksköterska.

2. *Legitimerade sjuksköterskor* sysselsatt inom hälso- och sjukvården efter åldersklass och näringsgren, antal, inom Hälso- och sjukvård (85.1) resp. Omsorg och sociala tjänster (85.3) som delas upp i Vård och omsorg i särskilt boende, i öppna insatser för äldre, Vård och omsorg i bostad med särskild service (LSS) öppna sociala insatser för personer med funktionshinder, Övriga omsorg och sociala insatser.

Källa: Socialstyrelsen, Tillgång på personal

3. *Antal anställningar per personalkategori* fördelat på verksamhet, Underköterskor, skötare – Sjuksköterskor inom Vård och omsorg.

1. *Antal sysselsatta och helt lediga efter BSK*, Arbetsterapeut – Sjukgymnast – Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) – Distriktsköterska – Sjuksköterska – Läkare – Sjukvårdsbiträde – Undersköterska. Källa: SKL Kommunal personal.

Bilaga 3. Datakällor till indikatorerna

Läkemedelsregistret, Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen

Registret är avsett att användas för medicinsk uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring, epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik. För personuppgifter, som finns i registret fr.o.m. 2005-07-01, är användningen begränsad till epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Registret innehåller uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som expedierats mot recept eller motsvarande på apotek från 1999 och framåt samt uppgifter om den expedierade varan (identitet, mängd, pris) och datum för expeditionen. Uppgift finns också om utbyte till generiskt eller parallellimporterat läkemedel har gjorts på apoteket sedan den 1 oktober 2002. Patientens kön, ålder och folkbokföringsort (län, kommun, församling) finns i registret och från juli 2005 även personnummer.

Registret Senior Alert

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister för äldres vård och omsorg. Registret innehåller individbunden data om förekomst av risker, åtgärder samt resultat av insatta åtgärder. Det övergripande målet för registret är att fångad data kan ge stöd åt vårdens verksamheter att förbättra hälsan för vårdtagarna. Registret erbjuder också möjligheten att utforma nya arbetssätt och på så sätt stärka verksamheten genom att ta tillvara och använda insamlad data för att förbättra och utveckla praktiken och värdera vårdens kvalitet. Ytterligare ett mål är att kvalitetsregistret också skall kunna vara en källa för forskning och värdeberäkning av hälsoekonomisk karaktär. Registret Senior Alert omfattar medborgare, 65 år och äldre, med någon form av vårdkontakt. Antalet vårdtagare i registret är ca 8500. Data har insamlats från specialistvård, primärvård och hemsjukvård. Inrapportering sker via ett webbaserat formulär.

De process- och resultatmått som används är prevalens och incidens av vårdtagare med undernäring, fallskador/risk för fall och trycksår/risk för trycksår. Beskrivning av antalet vårdtagare med risk, insatta åtgärder och resultaten av dessa. Ytterligare ett processmått är förhållandet mellan antalet utförda riskbedömningar, det totala antalet vårdtagare som uppfyller de kriterierna för inkludering och andelen vårdtagare som får förebyggande åtgärder insatta. Ett resultat mått är beskrivningen av andelen vårdtagare som faktiskt undvikit vårdskador i form av ett fall, ett trycksår eller en undernäring under vårdtiden.

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister för hälso- och sjukvård. Syftet med registret är att successivt förbättra vården i livets slutskede. Målgruppen utgörs av alla döende patienter/vårdtagare oavsett vård-

givare. Registret utgår från ett antal grundläggande idéer om god vård som håller på att bearbetas för att kunna utgöra nationella kvalitetsindikatorer för palliativ vård. Arbetet finansieras med medel ifrån nationella kvalitetsregisterarbetet som handläggs av Sveriges Kommuner och Landsting. Grundprinciperna bakom Svenska palliativregistret är att frågornas innehåll ska avspegla centrala områden i det som kan kallas god palliativ vård i livets slutskede och som lyfts fram i SOU 2001:6.

Äldreguiden, Socialstyrelsen

Socialstyrelsens Äldreguide bygger på enkäter till ansvariga personer i kommuner, landsting, stadsdelar i de tre storstäderna och till äldreboenden. Såväl enskilt utförd som kommunalt utförd verksamhet ingår. 11 kvalitetsområden ingår: tillgänglighet, delaktighet, personaltäthet, kompetens, kontinuitet, självständighet, mat, stöd till närstående, läkarmedverkan, ledning och uppföljning samt information. Uppgifter hämtas också från befintlig statistik t.ex. Socialstyrelsens verksamhetsstatistik, Statistiska centralbyråns utbildningsregister och personalstatistik från Sveriges Kommuner och Landsting.