

Hemsjukvården i Kärra-Rödbo

Hur blev det när stadsdelen
tog över ansvaret?

Lena Larsson

Maj 2005

Hemsjukvården i Kärra-Rödbo

Hur blev det när stadsdelen
tog över ansvaret?

© FoU i Väst/GR

Första upplagan september 2005

Layout: Infogruppen GR

FoU_i**väst** **GR**

Förord

Den här rapporten är resultatet av en tvåårig processutvärdering som följde ett projekt kring hemsjukvården i stadsdelen Kärra-Rödbo i Göteborgs stad. I skrivande stund är projektet över och verksamheten har utmynnat i permanent verksamhet. Skriften är därför tänkt som en slutdokumentation av utvärderingen. Mycket av det skrivna har redan levererats som kunskaper på vägen i projektet, men en del matnyttigt finns kanske att hämta för andra stadsdelar och kommuner som tänker genomföra en liknande förändring.

Det är många som har medverkat till att studien har kunnat genomföras och att den här rapporten har kunnat skrivas. Under utvärderingen har all berörd personal besvarat enkäter och olika personalrepresentanter har också intervjuats. Det är många sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden och personal i rehabiliteringsteamet som, trots en stor arbetsbelastning, har tagit sig tid att besvara frågor i intervjuer och enkäter. Berörda chefer har bidragit med sina upplevelser och erfarenheter. Dessutom medverkade hemsjukvårdsteamet i Lundby och berörd läkare vid vårdcentralen i Kärra-Rödbo i utvärderingen.

Många patienter inom hemsjukvården har bidragit med sina erfarenheter och åsikter om verksamheten vid två olika intervjuundersökningar.

Det har varit spännande att få följa projektet i Kärra-Rödbo, och till er alla som med er kunskap och ert engagemang har gjort denna studie möjlig vill jag säga ett riktigt stort TACK!

Jag vill också tacka min handledare, fil. dr Lisbeth Lindahl vid FoU i Väst/GR, som har haft en viktig roll i arbetet med utvärderingen och rapporten.

Göteborg i maj 2005

Lena Larsson

Innehåll

Sammanfattning	5
Bakgrund	6
Utvärderingsuppdraget	6
Kort om denna rapport	7
Varför ville man ta över hemsjukvården i Kärra-Rödbo?	8
Hemsjukvårdens organisering – före och efter övertagandet	9
Hemsjukvården i Göteborg	9
Hemsjukvården i Kärra-Rödbo	9
Hur genomfördes förändringen?	11
Planeringen av övertagandet	11
Hur personalen fick lära sig sina nya arbetsuppgifter	11
Information och delaktighet	12
Vad innebar förändringen för personalen?	13
Nya arbetsuppgifter	13
Övriga förändringar av arbetssituationen	14
Vilka förväntningar och farhågor hade personalen inför övertagandet av hemsjukvården?	16
Vad innebar förändringen för patienterna?	17
Hemsjukvårdens insatser	17
Insatsernas omfattning	17
Vad tyckte patienterna om hemsjukvårdens insatser?	17
Vad tyckte patienterna om rehabiliteringsinsatserna?	20
Vilka skillnader upplevde patienterna före och efter övertagandet?	20
Förbättringsförslag för hemsjukvården	21
Diskussion och slutsatser	22
Varför är patienterna så nöjda?	22
Varför är personalen så nöjd?	24
Några slutsatser – vad kan vi lära oss av övertagandet av hemsjukvården i Kärra-Rödbo?	26
Referenser	27
Bilagor	28
Bilaga 1. Kort om hemsjukvård och äldrevård.....	28
Bilaga 2. Tillvägagångssätt	30
Bilaga 3. Förutsättningar för övertagandet av hemsjukvården i SDF Kärra-Rödbo	31

Sammanfattning

Hemsjukvård innebär att sjukvård utförs i patientens hem. Under en projektperiod på två år, mellan januari 2003 och december 2004, övertog SDN Kärra-Rödbo på prov ansvaret för hemsjukvården i den egna stadsdelen. Tidigare utfördes hemsjukvården i stadsdelen av anställda i hemsjukvårdsteamet i Lundby, som är resursnämnd för hemsjukvården i alla stadsdelar på Hisingen.

Inför projektet inkom SDN Lundby och SDN Kärra-Rödbo med en gemensam begäran till kommunstyrelsen om en tillfällig förändring. Samtliga stadsdelsnämnder på Hisingen var positiva till projektet. Under projektperioden fattades ett beslut att stadsdelen Kärra-Rödbo också fortsättningsvis kommer att ha ansvar för hemsjukvården i den egna stadsdelen.

Den hemsjukvård som under projektperioden utfördes av personal i Kärra-Rödbo var enklare hälso- och sjukvård som ofta kallas allmän hemsjukvård. En mindre del av hemsjukvården består av medicinskt omfattande sjukvård. Den delen av hemsjukvården fortsatte personalen i hemsjukvårdsteamet Lundby att utföra, på uppdrag av SDN Kärra-Rödbo.

Övertagandet av hemsjukvården i Kärra-Rödbo har följts av en utvärdering under hela projektperioden. Utvärderingens fokus har i första hand varit vad övertagandet innebär för patienterna. Under utvärderingstiden intervjuades patienterna i hemsjukvården vid två tillfällen. Intervjufrågorna utgick från kvalitetskriterierna i de balanserade styrkortet: *information, inflytande, bemötande och trygghet*.

Personalens upplevelser och erfarenheter av övertagandet var också viktiga att undersöka. Representanter för olika personalgrupper intervjuades och all berörd personal fick besvara två enkäter. En enkät besvarades några månader efter övertagandet av hemsjukvården och den andra ungefär ett år senare.

Resultatet av utvärderingen har fortlöpande återrapporterats till uppdragsgivaren och till berörda personalgrupper. Detta har skett skriftligen genom tre delrapporter, och vid muntliga presentationer vid flera olika personalmöten, möten med politiker och fackliga representanter, möten i pensionärsrådet, möten med chefer inom äldreomsorgen på Hisingen och så vidare.

Resultatet av utvärderingen visar att den personal som är mest berörd av förändringen också är mest positiv till den. Personalen i stadsdelen har fått en ökad kompetens i och med projektet och den personal som arbetar med hemsjukvårdsinsatser anser att de har fått roligare arbetsuppgifter, att de har fått lära sig nya saker och att den kunskap som de har genom sin utbildning tas tillvara.

I stort sett alla patienter har varit positiva eller mycket positiva till att hemsjukvården utförs av personal i den egna stadsdelen. De allra flesta har varit nöjda med den information som de har fått och deras eget inflytande när det gäller insatserna. De var allra mest nöjda med personalens bemötande. Närhet och lättillgänglighet var några faktorer som innebar ökad trygghet för patienterna. De visste var hemsjukvården fanns och hur de kunde nå personalen. Närheten gjorde också att patienterna kände sig trygga i att personalen snabbt skulle kunna vara på plats om de behövde hjälp. När det gällde kontinuiteten för patienterna, att det inte var så många olika personer som utförde insatserna, var resultatet av utvärderingen inte entydigt. För dem som både hade hemtjänst- och hemsjukvårdsinsatser ökade kontinuiteten, men inte alltid för dem som enbart hade hemsjukvård.

De förutsättningar som framstår som viktiga för att övertagandet av hemsjukvården i Kärra-Rödbo skulle gå så smidigt som det gjorde beskrivs i rapporten. De handlar om ett omfattande förberedelsearbete, uppföljning och utvärdering av förändringen, personalens inställning, tillgången till sjuksköterska dygnet runt i stadsdelen och ett gott samarbete med primärvården.

Övertagandet tycks vara väl förankrat bland den personal som utför hemsjukvårdsinsatserna och många har beskrivit att de har upplevt fördelar av förändringen i sitt eget arbete. En fördel som lyftes fram av personalen är att Kärra-Rödbo är en ganska liten stadsdel. Det innebär att det inte finns så många patienter som har hemsjukvård och att personalen har lätt att samarbeta eftersom olika personalkategorier finns i närheten av varandra. Detta innebär dessutom att det finns god kunskap om vem man ska vända sig till i olika frågor.

Bakgrund

I Göteborgs Stad finns det 21 stadsdelar som var och en har sin egen stadsdelsnämnd. I debatten framförs ibland åsikten att en stadsdel kan vara en alltför liten enhet för att bedriva viss verksamhet. I organisationen i Göteborgs Stad har det tagit sig uttryck i att vissa frågor inte hanteras i varje stadsdelsnämnd, utan av en resursnämnd som omfattar flera stadsdelar.

När det gäller hemsjukvården har man i stället valt att gå åt motsatt håll. En verksamhet som tidigare planerades och genomfördes för hela Hisingen bedrivs nu, för Kärra-Rödbos del, i den egna stadsdelen.

Det var i januari 2003 som stadsdelsnämnden i Kärra-Rödbo tog över ansvaret för hemsjukvården under en projekttid på två år. Tidigare hade hemsjukvården i stadsdelen utförts av personal som var anställd i hemsjukvårdsteamet i Lundby, eftersom Lundby var resursnämnd för hemsjukvården i alla Hisingens stadsdelar. Samtliga stadsdelsnämnder på Hisingen var delaktiga i beslutet att minst en stadsdelsförvaltning skulle överta ansvaret för hemsjukvården i sitt geografiska område under en provotid på två år. Begäran om att få göra denna förändring gjordes gemensamt från SDN Lundby och SDN Kärra-Rödbo till kommunstyrelsen (Göteborgs stadskansli 2002).

Hemsjukvård innebär att sjukvård utförs i patientens hem där den övervägande delen innebär enklare hälso- och sjukvård. Den benämns som allmän hemsjukvård i den här rapporten. En mindre del av hemsjukvården består av medicinskt omfattande sjukvård som i Kärra-Rödbo fortfarande utförs av personal från Lundby. Kärra-Rödbo har visserligen det ekonomiska ansvaret även för dessa tjänster, men har valt att beställa dem från Lundby. Den som är intresserad kan läsa mer om hemsjukvård och äldreomsorg i bilaga 1.

Utvärderingsuppdraget

Stadsdelsnämnden i Kärra-Rödbo beslutade inför förändringen att övertagandet av hemsjukvården skulle utvärderas av en extern utvärderare. Dels tyckte stadsdelsledningen att det var viktigt med en uppföljning och återkoppling till de egna verksamheterna och dels fanns det ett intresse från andra stadsdelar att få ta del av erfarenheterna av övertagandet.

Det blev FoU i Väst/GR som fick i uppdrag att ge-

nomföra utvärderingen, och jag har därför haft förmånen att som utvärderare få följa övertagandeprocessen under de två år som projektet har pågått.

Utvärderingens syfte

Uppdraget var att följa och beskriva vad som hände under projektets gång och också att värdera de konsekvenser som övertagandet medförde på olika nivåer, i första hand för patienterna men också för personalen.

Under den tvååriga projekttiden har fokus varit inställt på frågor som:

- Hur förbereddes och genomfördes övertagandet?
- Hur organiserades hemsjukvården i Kärra-Rödbo före och efter övertagandet?
- Vilka förändringar innebar övertagandet av hemsjukvården för patienterna och för personalen?

Utifrån patienternas perspektiv var syftet att beskriva den hemsjukvård de fick, och att undersöka vad de tyckte om hemsjukvården. De patienter som kunde göra en jämförelse mellan hemsjukvårdsinsatser från Lundby och från Kärra-Rödbo fick beskriva de skillnader som de eventuellt upplevde.

Ur ett personalperspektiv var syftet att beskriva på vilket sätt deras arbetsituation förändrades och vad de tyckte om dessa förändringar.

Förutsättningar för utvärderingen

Sedan flera år tillbaka pågår ett kvalitetsarbete i Göteborg, bl.a. genom balanserade styrkort, där brukarna varje år genom en enkät tillfrågas om sin uppfattning om verksamheten. Kvalitetsfaktorer som används i de balanserade styrkorterna är *bemötande*, *inflytande*, *trygghet och information*. Brukaren bedömer också omvårdnadens omfattning och utförande, där tre indikatorer ligger till grund för måttet på total kvalitet:

- Hur nöjd man är med verksamheten i dess helhet
- Hur väl verksamheten uppfyller ens förväntningar
- Hur verksamheten är jämfört med en ideal sådan verksamhet

En förutsättning i det här utvärderingsuppdraget var att utvärderingen skulle utgå från samma kvalitetsfaktorer som används i de balanserade styrkorterna.

En annan viktig tanke med utvärderingen var att

den skulle vara en hjälp för verksamheterna under projektets gång. I utvärderingslitteraturen brukar det kallas processutvärdering med formativ ansats, och innebär att utvärderingen blir en slags ”temperaturmätare” som kan ge signaler om vad som behöver modifieras eller förbättras under projektets gång (Vedung 1998).

För att utvärderingen skulle kunna vara en hjälp för projektet var det en förutsättning att resultatet av utvärderingen fortlöpande återfördes till verksamheterna. Detta har dels skett muntligen, genom min medverkan i ett antal möten där jag har berättat om resultatet från utvärderingen, och dels skriftligen, i form av tre delrapporter:

- Personalens uppfattningar 4 månader efter starten (maj 2003)
- Vad tycker patienterna? (en intervjuundersökning hösten 2003)
- Personalens erfarenheter och uppfattningar cirka ett år efter övertagandet av hemsjukvården (augusti 2004)

Ovanstående tre delrapporter finns tillgängliga på FoU i Väst/GR:s webbplats, www.fouivast.com. Den här slutrapporten baseras på de tre tidigare rapporterna, men här ingår också material från ytterligare en intervjuomgång med hemsjukvårdens patienter. Den senaste intervjuundersökningen har inte beskrivits i någon tidigare rapport.

Den som är intresserad av tillvägagångssättet i utvärderingen hittar en beskrivning av den i bilaga 2.

Beslut om hemsjukvården från och med januari 2005

Redan innan projektet och utvärderingen var avslutade, under hösten 2004, fattades ett beslut om att stadsdelsnämnden i Kärra-Rödbo också fortsättningsvis skulle ha ansvar för hemsjukvården. Den här rapporten skrivs därför i efterhand. Trots att frågan redan är avgjord kan det finnas anledning att sammanfatta erfarenheterna i en slutrapport. Dels för att det kan vara intressant för dem som arbetar och/eller bor i Kärra-Rödbo att få en sammanfattande bild av övertagandet av hemsjukvården, och dels för att det kan finnas ett intresse i de andra stadsdelarna av att ta vara på de erfarenheter som har gjorts.

Kort om denna rapport

I såväl delrapporterna som slutrapporten använder jag konsekvent begreppet patient för de personer som får hemsjukvårdsinsatser. Alternativa begrepp kunde ha varit brukare, vårdtagare eller omsorgstagare. Skälet

är att jag tydligt vill markera att utvärderingen handlar om hemsjukvård. Eftersom flera av dem som har hemsjukvårdsinsatser också har insatser från hemtjänsten, har det varit viktigt att tydliggöra att frågorna i intervjuerna har gällt just hemsjukvården. Hemsjukvård är *sjukvård* och regleras i hälso- och sjukvårdslagen.

En invändning mot patientbegreppet är att det fokuserar på sjukdom. De som får hemsjukvårdsinsatser bor i sin egen bostad och hemsjukvården är för många av dem en så liten del av deras tillvaro, att de förmodligen inte skulle beskriva sig själva som patienter. Å andra sidan är vi alla patienter i kontakten med sjukvården oavsett om det handlar om en omfattande vård/ behandling eller en årligen återkommande hälsokontroll.

Rapportens innehåll

Rapporten är uppdelad i olika kapitel. I nästa kapitel beskrivs skälen till varför man ville ta över hemsjukvården i Kärra-Rödbo. I det följande kapitlet beskrivs hemsjukvårdens organisering före och efter övertagandet. Därefter följer ett kapitel om hur förändringarna genomfördes. Sedan är det dags för en beskrivning av vad förändringen innebar för personalen. Här efter följer en beskrivning av konsekvenserna av övertagandet för patienterna och deras syn på hur hemsjukvården fungerar. Slutligen finns ett kapitel med diskussion och slutsatser.

För att underlätta läsandet har jag undvikit att återge alltför många sifferuppgifter från svaren i utvärderingens enkäter och intervjuer. Den som är intresserad av dessa uppgifter kan hitta dem i utvärderingens tre tidigare delrapporter. I några fall har jag dock valt att redovisa sifferuppgifter som jag tycker är intressanta att lyfta fram, för att konkretisera något som jag ser som viktiga effekter av övertagandet.

Förkortningar som används i rapporten

Kärrahus = Kärrahus äldreboende i stadsdelen Kärra-Rödbo
 Lillekärr = Lillekärrs äldreboende i stadsdelen Kärra-Rödbo
 MAS = medicinskt ansvarig sjuksköterska
 MOS-patienter = patienter i behov av medicinskt omfattande sjukvård
 PAS = patientansvarig sjuksköterska
 SDF = stadsdelsförvaltning
 SDN = stadsdelsnämnd

Varför ville man ta över hemsjukvården i Kärra-Rödbo?

Övertagandet av hemsjukvården var en strategisk satsning som hade flera olika motiv (Kärra-Rödbo 2002 och muntlig information). Syftet var, enligt stadsdelsledningen, *inte* kostnadsbesparingar. Något sparbetning fanns inte heller kopplat till förändringen. Däremot hoppades man kunna *använda resurserna* på ett *bättre* sätt. Genom att slippa långa resvägar mellan Lundby och Kärra-Rödbo skulle personalen få mer tid att vara hos patienterna.

Man hoppades också få en *ökad kontinuitet* för patienterna, det vill säga att samma personal skulle återkomma i stället för att olika personal från hemtjänst och hemsjukvård skulle avlösa varandra. *Närheten* till hemsjukvården förväntades också innebära en större trygghet för patienterna. Den personliga närheten och kontakten med sjuksköterskan skulle kunna öka möjligheten för patienterna att bo kvar i det egna hemmet.

För personalen i den egna stadsdelen skulle de nya arbetsuppgifterna medföra en *kompetenshöjning*. Detta trodde man också skulle göra tjänsterna mera attraktiva och därigenom ha betydelse för rekrytering av ny personal.

Ett naturligt *samarbete* mellan *hemtjänst* och *hemsjukvård* var också en konsekvens som övertagandet förväntades leda till. Hemtjänstpersonalen hamnar ofta i situationer då de måste ta kontakt med hemsjukvården, vilket skulle kunna lösas lättare och bättre genom ett nära samarbete. Det sågs också som en fördel och en förutsättning för bra kvalitet, att ha tillgång till sjukvårdskunnig personal som tillsammans med hemtjänstens personal kunde planera det dagliga arbetet i stadsdelen.

Fanns det då inga farhågor eller negativa konsekvenser som man trodde att övertagandet av hemsjukvården skulle innebära? De risker som beskrevs handlade om att småskaligheten skulle kunna innebära nackdelar genom fördyrande omständigheter och en ökad sårbarhet vid sjukdom och semestrar.

Lite information om förutsättningarna i stadsdelen Kärra-Rödbo som kan ha påverkat övertagandet finns i bilaga 3.

Hemsjukvårdens organisering – före och efter övertagandet

Hemsjukvården i Göteborg

Den 1 januari 1999 organiserades hemsjukvården i Göteborg i fem geografiska områden. Fem SDF (Kortedala, Härlanda, Centrum, Lundby och Högsbo) fick det organisatoriska ansvaret för verksamheten. I hemsjukvårdens verksamhet finns olika yrkeskategorier representerade: sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och administrativ personal.

Kristina Lundberg har i en utvärdering av hemsjukvården i Göteborg (2003) beskrivit att organisationen i de fem stadsdelarna har en snarlik uppbyggnad, men att arbetet runt patienten har organiserats enligt två olika principer. Detta exemplifieras genom en jämförelse mellan hemsjukvården i SDF Kortedala och SDF Lundby. I nordost, där SDF Kortedala ansvarar för hemsjukvården, har sjuksköterskorna ansvar för *alla* patienter oavsett diagnos i sitt geografiska område. En annan organisation finns på Hisingen där SDF Lundby ansvarar för hemsjukvården. Där har MOS-patienterna skilts ut på så vis att en grupp sjuksköterskor och undersköterskor enbart arbetar med dem oavsett var de bor på Hisingen. Den allmänna hemsjukvården handhas däremot av en annan grupp sjuksköterskor och undersköterskor.

Kärra-Rödbo är inte den första SDN som har beslutat sig för att ta över ansvaret för hemsjukvården i den egna stadsdelen. Den första var Styrso, där övertagandet genomfördes i januari 2001.

Hemsjukvården i Kärra-Rödbo

När övertagandet ägde rum var det cirka 30 ärenden som var aktuella i den allmänna hemsjukvården i Kärra-Rödbo (Kärra-Rödbo 2002). Efter övertagandet är hemsjukvårdens omfattning ungefär densamma, antalet patienter som får allmän hemsjukvård brukar vara mellan 30 och 35 per månad.

Kärra-Rödbo fick i och med övertagandet ansvaret för hela hemsjukvården, men valde att dela upp utförandet på olika enheter. Insatserna i den allmänna hemsjukvården utförs även fortsättningsvis av personal i SDF Kärra-Rödbo. Den medicinskt omfattande hemsjukvården ligger däremot kvar hos personalen vid hem-

sjukvården i SDF Lundby, som utför insatserna på Kärra-Rödbos uppdrag och mot ekonomisk ersättning. Rehabiliteringsinsatserna ges i dag av personal vid rehabiliteringsteamet i Kärra-Rödbo. Kärra-Rödbo har däremot inte övertagit det ekonomiska ansvaret för hjälpmedel som ligger kvar i Lundby.

Allmän hemsjukvård

Den personal som utför hemtjänstinsatserna i Kärra-Rödbo har fått ett utökat ansvarsområde och ger också hemsjukvårdsinsatser på delegation av ansvarig sjuksköterska. Det var inte heller aktuellt att Kärra-Rödbo skulle ta över någon personal från hemsjukvården i Lundby vid övertagandet. För att klara uppdraget med hemsjukvård i Kärra-Rödbo skedde i stället nyrekrytering av personal.

En av sjuksköterskorna vid Kärrahus är patientansvarig för hemsjukvården och ansvarar för delegationen till hemtjänst/hemsjukvårdspersonalen. I hennes arbete ingår också att handleda personalen. Vissa insatser, exempelvis injektioner, delegeras inte utan ges av sjuksköterskan själv. Organisatoriskt har det ordnats med uppbackning för de tillfällen då den patientansvariga sjuksköterskan är frånvarande. Någon annan av sjuksköterskorna på Kärrahus går då in och ansvarar för hemsjukvården.

Intervjun med MAS:en i Kärra-Rödbo visar att hon var nöjd med hur de delegerade arbetsuppgifterna utfördes. Hon betonade att det är individuellt hur exempelvis en såromläggning ska göras på olika patienter. De personbundna delegationerna blir då en garanti för att den personal som ger en insats också har fått utbildning och instruktion om hur en insats ska ges till varje enskild patient.

All personal som ska börja ge sjukvårdsinsatser får en halv dags introduktionsutbildning. Där informerar MAS:en om vilka regelverk och lokala rutiner som styr verksamheten. En sjuksköterska undervisar om läkemedelshandling och en annan går igenom olika sjukdomar och dess läkemedelsbehandling. Denna halvdag har under 2005 utökats till en heldag, där personalen också får utbildning i förflyttning av patienter. Den

patientansvariga sjuksköterskan har sedan ansvar för att följa upp utbildningsdagen med personalen och gå igenom det de behöver lära sig för att ge specifika insatser till enskilda patienter. För att få delegation ska personalen dels klara ett grundläggande prov och dels praktiskt kunna ge den insats som patienten behöver.

Rehabiliteringsinsatser

Rehabiliteringsinsatserna utförs av ett rehabiliteringsteam bestående av två arbetsterapeuter och en sjukgymnast som finns på Kärrahus. Före övertagandet av hemsjukvården fanns det också ett rehabiliteringsteam i Kärra-Rödbo, men personalen gav då insatser enbart till dem som bodde på något av stadsdelens äldreboenden. Efter övertagandet ges rehabilitering även inom ramen för hemsjukvården till patienter i ordinärt boende.

Rehabiliteringsteamets personal delar lokal med sjuksköterskorna, vilket de beskriver som en god förutsättning för samarbete. Primärvårdsrehabilitering finns inte i Kärra-Rödbo, utan i den angränsande stadsdelen Backa.

Avgränsning av hemsjukvården gentemot andra verksamheter

Primärvården har det övergripande ansvaret för den medicinska vården för stadsdelens invånare. Hemsjukvården har ett mer avgränsat ansvarsområde som omfattar den sjukvård som utförs i patientens hem. Den ska vara ett alternativ till vård vid sjukhus eller vårdcentral, i de fall då patienten inte kan ta sig till eller från hemmet. Det finns ingen åldersgräns för hemsjukvårdens patienter, men det rör sig oftast om personer över 18 år, där den största andelen utgörs av äldre personer.

Hemsjukvården har inte något ansvar för akuta insatser till andra personer än de som är inskrivna som hemsjukvårdspatienter. Andra boende i Kärra-Rödbo ska hänvisas till vårdcentral, jourcentral eller akutsjukhus. Det är primärvården som har ansvar för läkarinsatser i stadsdelens äldreboenden, vilket regleras i ett särskilt avtal. Samma läkare som har hand om äldreboendena är också verksam i den allmänna delen av hemsjukvården.

Lite mer information om hemsjukvård och äldre-vård finns i bilaga 1.

Hur genomfördes förändringen?

Planering av övertagandet

Innan stadsdelarna på Hisingen beslutade att Kärra-Rödbo skulle överta ansvaret för hemsjukvården och på försök bedriva hemtjänst och hemsjukvård i samma organisation, pågick diskussioner under ett drygt år.

Under hösten 2001 inleddes diskussioner mellan *primärvården* med ansvar för vårdcentralen i Kärra-Rödbo, *SDF Lundby* med ansvar för hemsjukvården och *SDF Kärra-Rödbo* med ansvar för hemtjänsten. Syftet med diskussionerna var att forma ett ur brukarperspektiv så effektivt samarbete som möjligt mellan de aktuella verksamheterna inom SDN Kärra-Rödbos geografiska ansvarsområde.

För att fortsätta och fördjupa den påbörjade överynen bildades en arbetsgrupp vars uppdrag var att skapa förutsättningar för en utökad samverkan mellan hemtjänst, hemsjukvård och primärvård i Kärra-Rödbo. Bakom uppdragshandlingen stod stadsdelscheferna i Kärra-Rödbo och Lundby samt chefen för primärvården på Hisingen. I arbetsgruppen deltog två deltagare från var och en av de tre berörda förvaltningarna:

- Från SDF Lundby deltog chefen för hemsjukvården och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan
- Från primärvården deltog chefen för vårdcentralen i Kärra-Rödbo och en distriktssköterska
- Från SDF Kärra-Rödbo deltog resultatenhetschefen för Kärrahus och planeringschefen för äldreomsorgen

Denna arbetsgrupp arbetade under tiden februari – juni 2002 fram en plan för övertagandet. I ett tjänsteutlåtande till stadsdelsnämnden (Kärra-Rödbo 2002) beskrivs de förutsedda konsekvenserna av en utvidgad samverkan mellan parterna bland annat vad gällde organisation och ekonomi.

Arbetsgruppen för de tre förvaltningarna bestämde också att det skulle tillsättas en ny arbetsgrupp/projektgrupp där berörda personalkategorier var representerade. I den arbetsgruppen ingick undersköterskor, sjuksköterskor och rehabiliteringspersonal. Det var två personer från vårdcentralen, två från hemsjukvården i SDF Lundby och fem personer från SDF Kärra-Rödbo, som ingick. Denna arbetsgrupp träffades regelbundet under

hösten/vintern 2002 fram till övertagandet i januari 2003. Gruppen planerade informationsmöten, nya rutiner, dokumentation och andra praktiska förberedelser inför övertagandet av hemsjukvården på försök (Kärra-Rödbo 2002).

Hur personalen fick lära sig sina nya arbetsuppgifter

I svaren på de inledande intervjuerna och den första personalenkäten beskrevs hur personalen fick lära sig sina nya arbetsuppgifter. Det handlade dels om att få en övergripande kunskap och inspiration om vad övertagandet kunde komma att innebära, dels om att vissa personalgrupper rent konkret skulle lära sig att utföra nya arbetsuppgifter. I svaren beskrev personalen att de hade lärt sig sina nya arbetsuppgifter på följande sätt:

- Personal från SDF Kärra-Rödbo gjorde *studiebesök* i SDF Styrso, där de redan hade erfarenhet av att ta över hemsjukvården i den egna stadsdelen.
- Det fanns ett samarbete med hemsjukvården i Lundby, så att både personalen i hemtjänsten och sjuksköterskorna från Kärra-Rödbo *fick gå bredvid hemsjukvårdens personal*.
- I slutet av år 2002 anordnades *en intern utbildning* av sjuksköterskorna vid Kärrahus för personalen i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen. Utbildningen omfattade en genomgång av såromläggningar, diabetes, stomi, inkontinens, nutrition, läkemedelshantering, insulin och enkla provtagningar.
- Personalen i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen fick också möjlighet att *gå bredvid undersköterskor på Kärrahus*.
- I samband med delegering av arbetsuppgifter fick hemtjänst/ hemsjukvårdspersonalen *utbildning och handledning av den patientansvariga sjuksköterskan*.
- Rehabiliteringsteamets personal skaffade sig också kunskap genom att *ringa kollegor, hjälpmedelscentralen, fastighetskontoret* och den som var *kostnadsansvarig för hjälpmedel*.

Information och delaktighet

Inför övertagandet av hemsjukvården hölls en rad informationsmöten med personalen (Kärra-Rödbo 2002). Information till personalen och personalens delaktighet i förändringsarbetet är två faktorer som är viktiga vid förändringar på arbetsplatsen (Angelöw 1991).

Utifrån svaren på personalenkäten framgår det att *all personal*, både på Kärrahus och på Lillekärr, hade *fått information* inför övertagandet av hemsjukvården. Oftast hade personalen fått muntlig information vid arbetsplatsträffar eller andra personalmöten.

Det var dock påfallande många, ungefär en tredjedel av de som besvarade enkäten, som *inte* upplevde att de hade varit *delaktiga* i förändringen. En intressant slutsats var att de som var *minst berörda* var de som också var *mest missnöjda* med sin delaktighet i förändringen. Medan den personal som var *mest berörd* av övertagandet av hemsjukvården var de som kände sig *mest delaktiga* och även *mest nöjda* med förändringen.

Vad innebar förändringen för personalen?

Övertagandet av hemsjukvården innebar en förändrad arbetssituation för en del av personalen. Andra upplevde inte någon större skillnad före och efter övertagandet. De största förändringarna ägde rum i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen och rehabiliteringsteamet samt för den sjuksköterska som är PAS för hemsjukvården. I det här avsnittet beskrivs vad övertagandet av hemsjukvården innebar för olika personalgrupper och vad personalen tyckte om dessa förändringar. Det finns inga exempel på att arbetsuppgifter har försvunnit, däremot innebar förändringen att nya arbetsuppgifter kom till. Personalens förväntningar och farhågor inför övertagandet beskrivs också här.

Nya arbetsuppgifter

Undersköterskorna och vårdbiträdena i hemtjänst-hemsjukvårdsgruppen

För personalen i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen innebar övertagandet nya arbetsuppgifter, eftersom de numera ger hemsjukvårdsinsatser på delegation av sjuksköterskan. Det kan exempelvis innebära provtagningar, att hantera läkemedel, att ge insulin eller att lägga om sår.

Den första tiden efter övertagandet var det endast ett fåtal i personalgruppen som hade delegation för att ge hemsjukvårdsinsatser. Men successivt har det blivit något som i princip alla arbetar med.

Innebar då den här förändringen att varje undersköterska eller vårdbiträde måste vara beredd att ge alla typer av hemsjukvårdsinsatser? Svaret är att det hittills inte har inneburit det. Samordnaren för hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen beskrev det som att en person inte måste utföra en insats om hon känner att hon absolut inte klarar eller vill det. *”Ingen behöver känna sig dum för att man frågar och är osäker, och om det är något man absolut inte klarar eller inte vill göra så behöver man inte göra det.”* Hon gav exemplet att någon kan vara duktig på att lägga om sår, men känna sig osäker på att ge insulin, eller tvärtom.

De flesta som fick nya arbetsuppgifter var nöjda eller mycket nöjda med det. En del tyckte att de hade

fått lära sig något nytt, medan andra mer upplevde att deras kompetens och utbildning nu togs till vara och användes. Arbetsuppgifterna beskrevs som omväxlande, roliga, intressanta och stimulerande.

De negativa synpunkter som kom fram i den första enkäten var att några personer upplevde att hemsjukvården kunde ta tid från hemtjänsten och att det kunde vara stressigt att hinna med både hemtjänst och hemsjukvård.

Sjukgymnast och arbetsterapeuter i rehabiliteringsteamet

För rehabiliteringsteamets personal innebar övertagandet av hemsjukvården att de nu arbetar i patienternas hem med träning och behandling. Tidigare arbetade de enbart med dem som bodde på något av äldreboendena. Förändringen efter övertagandet innebar också att de skrev fler intyg om bostadsanpassning och skrev ut fler och mer avancerade hjälpmedel till patienterna. De hade också fått mer kontakt med hemtjänstpersonalen och mer administrativt arbete.

Personalen i rehabiliteringsteamet var positiva till sina förändrade arbetsuppgifter. När det gällde samarbetet med hemtjänstens personal såg de möjligheter att utveckla detta ytterligare. De såg en fördel i att få en ökad kontinuitet i rehabiliteringen, då de kunde möta samma personer i hemsjukvården, på korttidsplats eller på något av de permanenta boendena på Kärra-Rödbo eller Lillekärr.

Sjuksköterskorna

PAS:en för hemsjukvårdens patienter fick andra arbetsuppgifter än tidigare. Hon planerar nu hemsjukvårdssamarbetet tillsammans med personalen i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen. En viktig del i hennes arbete är också att utbilda personalen så att de kan ge hemsjukvårdsinsatser på delegation. Individuell handledning av personalen ser hon som en nödvändig förutsättning för att hemsjukvården ska utföras på ett säkert sätt och med kvalitet. Hon gör dessutom själv många hembesök hos patienter och har kontakt med distriktsköterska och läkare.

Sjuksköterskorna på Kärra-Rödbo och Lillekärr ansåg

att deras arbetsuppgifter var i stort sett desamma som tidigare, men upplevde att de hade fått ett större ansvar. För sjuksköterskorna på Kärrahus, var det en ny arbetsuppgift att behöva ersätta den ordinarie PAS:en för hemsjukvården vid hennes frånvaro.

Även MAS:en i Kärra-Rödbo fick ett utökat ansvar i och med övertagandet av hemsjukvården. Hon ansvarar nu för att det ska finnas fungerande rutiner även för hemsjukvården. Det system för avvikelse rapportering som sedan tidigare tillämpades i äldreboendena i Kärra-Rödbo, används nu också i hemsjukvården.

Sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden som har nattjänstgöring

Den personal som arbetar nattetid har inte märkt av några stora förändringar i och med övertagandet av hemsjukvården. Hemsjukvård är inte akutsjukvård utan planerad verksamhet. Det är därför ovanligt att hemsjukvårdsinsatser ges nattetid. För sjuksköterskorna innebar övertagandet trots allt ett utökat ansvar, i och med att det kan uppstå situationer när nattsjuksköterskan kan behöva lämna äldreboendet och besöka en patient i hans eller hennes hem.

Resultatenhetschefer

Den förändring som cheferna på Kärrahus beskrev utifrån sin egen arbetssituation, handlade om ett utökat ansvar men samtidigt ett mycket positivt förändringsarbete.

I den första enkäten såg cheferna vid Kärrahus *inga nackdelar* med övertagandet när det gällde den egna verksamheten. Fördelar som nämndes var att *de personella resurserna kunde utnyttjas effektivare* i hemsjukvården och hemtjänsten och att medarbetarna hade fått mer *kvalificerade arbetsuppgifter*. Andra fördelar var att övertagandet medförde en *kompetenshöjning* för arbetsgruppen och en *högre status* för undersköterskorna. Cheferna förväntade sig att detta kunde ha betydelse vid framtida personalrekryteringar. Detta verkar ha varit en realistisk förväntan. När en underskötersketjänst utannonserades i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen efter övertagandet av hemsjukvården, var det ett för Kärra-Rödbo, rekordstort antal sökande (nästan 100 personer). Den ansvariga chefen påpekade dock att arbetsmarknadsläget också hade förändrats och att det därför var svårt att veta i vilken utsträckning det var tjänsternas förändrade innehåll som var orsaken. Ett annat tecken på en högre status i hemtjänst/ hemsjukvårdsgruppen var att en av undersköterskorna som tidigare hade arbetat inne på Kärrahus valde att söka sig till en vakant tjänst i den gruppen i stället.

Chefen på Lillekärr såg fördelar med en kompetenshöjning för personalen, men hon såg också nackdelar i form av ökat ansvar och mer stress. Det låg en fara i att verksamheten skulle kunna bli mer splittrad när sjuksköterskorna inte enbart skulle vara stationerade på Lillekärr på kvällarna, utan kunde få ”rycka ut” till Kärrahus eller hemsjukvården om det fattades sjuksköterskor där.

Övriga förändringar av arbetssituationen

Arbetstiden

Det var bara i en personalgrupp som alla beskrev att de hade fått förändrade arbetstider och det var sjuksköterskorna på Kärrahus. Under projekttiden fick de förändrade scheman så att de arbetar mer kvällar och helger än tidigare. Detta var en förändring som sjuksköterskorna var mycket negativa till. De ansåg att deras arbetsinsatser på avdelningarna behövdes mer under dagtid än kvällstid.

Enligt resultatenhetscheferna var denna förändring inte en följd av övertagandet av hemsjukvården utan resultatet av ett annat pågående utvecklingsarbete. Det arbetet syftade till ett utökat samarbete mellan sjuksköterskorna på Kärrahus och Lillekärr, där en del handlade om att de skulle arbeta utifrån samma slags scheman. Sjuksköterskorna själva har dock förknippat denna förändring med övertagandet av hemsjukvården.

Det var någon enstaka person i en annan personalgrupp på Kärrahus som hade fått ändrade arbetstider, och som var nöjd med den förändringen. Men för de allra flesta var arbetstiderna desamma som före övertagandet. Vid Lillekärr var det inte någon bland personalen som hade svarat att de hade fått förändrad arbetstid.

Nya arbetskamrater och/eller ökad samverkan med andra

Några hade fått nya *arbetskamrater* efter övertagandet, antingen för att det hade kommit någon eller några nyanställda till den egna arbetsgruppen eller för att man samarbetade mer med andra personalkategorier. De yrkeskategorier eller grupper som samverkade mer med varandra var sjuksköterskor, biståndsbedömare, distriktssköterska, rehabiliteringsteamet och hemtjänst/hemsjukvårdsgrupp. Alla som beskrev en ökad samverkan var positiva till den förändringen.

Personalen i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen upplevde det som en mycket stor fördel att ha en så nära

kontakt med sjuksköterskan. Det var nu mycket lättare för dem att nå sjuksköterskan än när de tidigare skulle kontakta hemsjukvården i Lundby. Det var några som uttryckte önskemål om ytterligare samverkan, exempelvis mellan rehabiliteringsteamet och hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen.

En ökad arbetsbelastning

I den enkät som genomfördes ungefär ett år efter övertagandet av hemsjukvården (augusti 2004) var det många av personalen på Kärrahus (19 av 26) och Lillekärr (8 av 15) som upplevde en ökad arbetsbelastning. Nedan redovisas i vilken utsträckning personalen upplevde en ökad arbetsbelastning till följd av övertagandet av hemsjukvården (tabell 1) och vad de tyckte om det (tabell 2). De som har besvarat frågorna är sjuksköterskor, undersköterskor/vårdbiträden och personal i rehabiliteringsteamet.

Det var totalt 27 personer som upplevde en ökad arbetsbelastning, som den här frågan alltså var relevant för, 19 på Kärrahus och 8 på Lillekärr.

Av nedanstående tabell 2, framgår det att personalen vid Kärrahus var betydligt mer positiv till den ökade arbetsbelastningen än personalen vid Lillekärr. Anledningarna till att de var så pass positiva på Kärrahus

kanske kan förklaras av deras kommentarer. De tog upp att de hade fått lära sig nya saker, fått en bättre helhetsyn och även fick använda den kompetens de hade i kraft av sin utbildning. En av sjuksköterskorna kommenterade att hon tyckte att det var roligt med de nya arbetsuppgifterna men att förändringen till viss del hade gått ut över de boende på Kärrahus äldreboende.

Ett utökat ansvar

Av enkätsvaren i den andra enkäten (augusti 2004) framgick det att en ganska stor andel av personalen upplevde att de hade fått ett utökat ansvar. Det underliga var att en större andel av personalen vid Lillekärr upplevde att ansvaret hade "ökat i hög utsträckning" än vid Kärrahus. Detta trots att personalen vid Lillekärr berördes i mycket mindre utsträckning av förändringen. Av tabell 3 nedan, framgår det att en ganska stor andel av personalen vid Lillekärr upplevde att deras ansvar hade ökat i hög utsträckning (6 av 15) medan det på Kärrahus endast var 4 av 26 som upplevde det så.

Det var 21 personer på Kärrahus och 8 personer på Lillekärr som tyckte att de hade fått ett utökat ansvar. En följdfråga var vad de tyckte om det. Även när det gäller inställningen till det utökade ansvaret var personalen vid Kärrahus betydligt mer positiv än personalen

Tabell 1. I vilken utsträckning upplever personalen ökad arbetsbelastning som en följd av övertagandet av hemsjukvården?

	Ja i hög utsträckning	Ja i viss mån	Nej inte alls	Ej besvarat frågan	Totalt
Kärrahus	6	13	7	2	28
Lillekärr	6	2	7	1	16
Totalt	12	15	14	3	44

Tabell 2. Personalens värdering av den ökade arbetsbelastningen

	Mycket bra	Bra	Ganska bra	Dåligt	Ej besvarat frågan	Totalt
Kärrahus	1	4	9	3	2	19
Lillekärr	-	-	2	6	-	8
Totalt	1	4	11	9	2	27

Tabell 3. I vilken utsträckning upplever personalen ett utökat ansvar som en följd av övertagandet av hemsjukvården?

	Ja i hög utsträckning	Ja i viss mån	Nej inte alls	Ej besvarat frågan	Totalt
Kärrahus	4	17	5	2	28
Lillekärr	6	2	7	1	16
Totalt	10	19	12	3	44

vid Lillekärr. 13 av 19 som besvarade frågan vid Kärrahuset tyckte att det var bra eller mycket bra, medan det inte fanns någon vid Lillekärr som såg så positivt på det. Sex av åtta personer från Lillekärr såg negativt på det utökade ansvaret medan två tyckte att det var ganska bra (se tabell 4).

Påverkades lönerna av övertagandet av hemsjukvården?

Det var inte någon av dem som besvarade enkäten som hade fått en förändrad lön på grund av de nya arbetsuppgifterna. Resultatenhetschefen vid Kärrahuset har i en intervju motiverat det med att lönen sätts i ett helhetsperspektiv. Med det menade hon att hemsjukvårdsuppgifterna endast utgör en liten del av det totala arbetet, och att dessa arbetsuppgifter inte skall bedömas separat från allt annat. Hon betonade att hemsjukvården inte skulle värderas som ”finare” eller ”viktigare” än hemtjänstarbetet och med automatik ge en högre lön. ”Alla arbetsuppgifter är viktiga och nödvändiga, och måste ses i en helhet.”

Vilka förväntningar och farhågor hade personalen inför övertagande av hemsjukvården?

Förväntningar och farhågor som gällde patienterna

I den första enkätundersökningen (maj 2003) hade personalen stora förväntningar på vad övertagandet av hemsjukvården skulle komma att innebära för patienterna. Alla som besvarade den frågan trodde att övertagandet skulle innebära fördelar för patienten. De fördelar som de flesta beskrev handlade om bättre *kontinuitet* för patienterna, ökad *närhet* och *tillgänglighet* och en ökad *kompetens* för personalen.

Det fanns också farhågor inför övertagandet, även om det var många fler som beskrev fördelar än nackde-

lar för patienterna. De farhågor som togs upp handlade om *bristande kontinuitet* för de patienter som inte hade hemtjänst, *oklarheter* i en ny verksamhet, sämre vård på grund av *stress* och en *risk för bristande kompetens/sårbarhet i organisationen*. Den sistnämnda aspekten handlade om att det är en relativt liten personalgrupp som ger hemtjänstinsatser och hemsjukvårdsinsatser i Kärra-Rödbo (ungefär 15 personer) och att det därför skulle kunna uppstå brist på personal med tillräcklig kompetens vid semestertider, långhelger etc.

Förväntningar och farhågor som gällde den egna arbetssituationen

Personalens förväntningar kring den egna arbetssituationen i början av projektet, våren 2003, handlade om att få *högre kompetens*, att få nya *varierande och roliga arbetsuppgifter* samt att få en *större kännedom om patienterna*. De nackdelar och risker som beskrevs gällde främst risken för *ökad stress*, *splittring* och *mer ansvar*. Andra farhågor gällde *arbetsmiljön* och att *andra vårdtagare skulle kunna bli lidande* på hemsjukvårdens bekostnad.

Tabell 4. Vad personalen tyckte om det utökade ansvaret

	Mycket bra	Bra	Ganska bra	Dåligt	Ej besvarat frågan	Totalt
Kärrahuset	5	8	5	1	2	21
Lillekärr	–	–	2	6	–	8
Totalt	5	8	7	7	2	29

Vad innebar förändringen för patienterna?

Två undersökningar med patientintervjuer gjordes inom ramen för utvärderingen, en hösten 2003 och ytterligare en hösten 2004. I den första intervjuundersökningen intervjuades 33 personer och i den andra 18 personer. De flesta som intervjuades var äldre än 70 år och det var fler kvinnor än män bland intervjupersonerna. En beskrivning av undersökningsgrupperna finns i bilaga 2 under rubriken tillvägagångssätt

Hemsjukvårdens insatser

Nedan redogörs för de insatser som patienterna hade fått av sjuksköterska eller delegerad personal. De vanligaste insatserna var *blodprov*, *sårömläggning* och *läkemedelshantering*.

- Blodprov
- Sårömläggning
- Läkemedelshantering (tabletter, flytande, ögondroppar eller stolpilller)
- Tillsyn av stomi
- Byte av urinkateter
- Tillsyn av nutrition
- Pulskontroll

Insatser från rehabiliteringsteamet

Rehabiliteringsinsatserna ordinerades ibland av läkare. Ofta var det dock personalen i rehabiliteringsteamet som själva ordinerade, utredde och behandlade.

De insatser som patienterna hade fått från rehabiliteringsteamet i Kärra-Rödbo var oftast utprovning av olika *hjälpmedel*, exempelvis badbräda, toalettförhöjning, dynor, rullstol eller rollator. Andra insatser som gavs var *gångträning* och *rörelseträning* och *smärtlindring* genom behandling med TNS-plattor (elektrisk nervstimulering genom huden). Dessutom skrev arbetsterapeuterna *intyg för bostadsanpassning*.

Insatsernas omfattning

Omfattningen av hemsjukvårdsinsatser varierade mycket. Vissa insatser gavs en eller flera gånger per dag, medan andra kunde ges så sällan som varannan eller var tredje månad. Hur ofta en viss patient fick insatser

från hemsjukvården kunde också variera över tid. En och samma patient kunde ha haft täta insatser under en period, för att i ett senare skede få insatser mer sällan. I ett annat fall kunde det vara tvärtom. Det innebär att den hemsjukvård som intervjupersonerna uttalade sig om kunde ha olika stor betydelse i patienternas liv.

Med något enstaka undantag ansåg patienterna att omfattningen av hemsjukvården var ”lagom” och att de fick den hjälp de behövde från hemsjukvården. Fleura intervjupersoner framhöll att det varken var de själva eller hemsjukvårdens personal som avgjorde omfattningen av insatserna, utan ansvarig läkare. Så var det exempelvis vid provtagningar.

Vad tyckte patienterna om hemsjukvårdens insatser?

Utifrån hur patienterna i Göteborgs Stad under de senaste åren har besvarat frågorna i de balanserade styrkortet, kan man dra slutsatsen att hemsjukvården är en mycket uppskattad verksamhet. Patienterna är generellt sett nöjda eller mycket nöjda med den.

I de två intervjuundersökningar som ingår i den här utvärderingen var syftet att ställa fördjupade frågor till patienterna utifrån de kvalitetskriterier som är utgångspunkter för de balanserade styrkortet. I detta avsnitt beskrivs patienternas erfarenheter och upplevelser av hemsjukvården utifrån kriterierna *information*, *bemötande*, *inflytande* och *trygghet*.

Information

Information om hemsjukvårdsinsatserna

De allra flesta patienterna hade fått information om hemsjukvårdsinsatserna av läkare på sjukhus. Detta är inte särskilt förvånande eftersom det är läkaren som skriver en remiss till hemsjukvården. Några få intervjupersoner hade fått information av kurator, arbetsterapeut eller anhörig. Vid intervjutillfälle två hade en patient fått information om hemsjukvård från hemtjänstpersonalen. Hon hade annars inte känt till den möjligheten.

Oftast fick patienterna muntlig information. Nä-

tan alla som intervjuades var nöjda med den information de hade fått och hur de hade fått den. Ett par personer hade önskat mer information. Ett förslag från en av intervjupersonerna var att man som patient skulle få ett ”utskrivningspapper” där det stod vart man kunde vända sig med upplysning om telefonnummer, om man behövde hjälp.

Information om när personalen är försenad

En annan aspekt av information gällde på vilket sätt patienterna fick veta om hemsjukvårdens personal inte kunde komma vid överenskommen tid. Drygt hälften av intervjupersonerna i den första intervjuundersökningen (14 av 24) hade inte varit med om att den personal som skulle ge dem hemsjukvårdsinsatser hade uteblivit, eller kommit vid fel tidpunkt. Också i den andra intervjuundersökningen beskrevs personalen oftast som punktlig. Eventuella förseningar handlade oftast bara om en kort stund, 5-15 minuter.

När personalen blev försenad en längre stund var patienternas erfarenhet att de brukade ringa och tala om det. De allra flesta var nöjda med hur de fick reda på förseningar. Några av intervjupersonerna tillade att det bara var i undantagsfall som personalen blev försenad. Det fanns dock enstaka exempel i båda intervjuundersökningarna på att informationen inte hade fungerat, att personalen inte hade meddelat förseningen eller hade uteblivit helt.

Information om vem som är ansvarig sjuksköterska och hur man kan nå hemsjukvården

En viktig aspekt av information är att patienterna har kunskap om vem som är ansvarig för hemsjukvården, och vart de kan vända sig om de behöver nå personalen där. De allra flesta av intervjupersonerna visste att sjuksköterskan var ansvarig och kunde antingen uppge namnet eller beskriva henne och berätta hur eller var de kunde nå henne. Det var endast en person i den första intervjuundersökningen som inte visste vem som var ansvarig sjuksköterska för hemsjukvården.

Inflytande

När det gäller tidpunkten för insatserna

Många av intervjupersonerna beskrev att de inte hade så stor möjlighet att påverka tidpunkten för insatserna. Det berodde dock inte på att deras inflytande begränsades av personalen, utan på att många insatser styrdes av klockan. Det gällde exempelvis prover som skulle tas på morgonen, insulin som skulle ges vid en viss

tidpunkt osv.

När det gällde andra insatser, som inte var bundna till vissa klockslag, tyckte många intervjupersoner att de själva hade varit delaktiga i beslutet om vid vilken tid personalen skulle komma. Vissa tyckte att det var mycket viktigt att få vara med och bestämma när hemsjukvårdens personal skulle komma, så att de kunde planera in andra aktiviteter. Andra menade att tidpunkten inte spelade så stor roll, eftersom de ändå nästan alltid var hemma.

När det gällde patienter som fick hemsjukvårdsinsatser mycket sällan (varannan eller var tredje månad) var det sjuksköterskan själv som gav de insatserna. Hon brukade ringa och tillsammans med patienten komma överens om en lämplig tid. I något fall ringde patienten själv till hemsjukvården för att ”boka tid” när det var dags för en insats från hemsjukvården.

Tar personalen hänsyn till patienternas åsikter och önskemål?

De flesta av intervjupersonerna (18 av 24) beskrev att de var nöjda med hur personalen tog hänsyn till deras åsikter och önskemål, vilket de uttryckte på följande sätt:

Ja vi resonerar om vad vi ska göra och hur.

Ja hon frågade t.ex. om jag ville sitta eller ligga i sängen vid provtagningen.

Många av dem tyckte inte att frågan var relevant, eftersom det aldrig hade varit aktuellt att de hade haft någon annan åsikt eller önskemål än personalen. Det var i synnerhet patienter som mycket sällan hade insatser som hade svårt att ha någon åsikt i den här frågan.

Bemötande

Alla intervjupersoner i båda intervjuundersökningarna var nöjda med det bemötande och den respektfullhet som personalen visade. De beskrev personalen i termer som trevliga, rara och snälla. Av intervjuvaren framgick det att personalen av de flesta uppfattades som omtänksam, hjälpsam, tjänstvillig, glad och vänlig.

När patienterna gav exempel på hur personalen visade omtänksamhet handlade det ofta om vanlig artighet, som att personalen hälsade när de kom och sa adjö när de gick. Det kunde också handla om att de kände sig sedda och lyssnade på, till exempel när personalen frågade hur de mådde och hur de hade det. De tyckte också att personalen visade ett personligt engagemang och var måna om dem. Några beskrev sin relation till personalen som jämlik och att de inte kände sig i underläge.

Den enda negativa synpunkt som framkom var att två patienter i den första intervjuundersökningen (hösten 2003) tyckte att det kunde vara stressigt när personalen kom. De önskade att de kunde stanna lite längre så att de hann prata mer med dem.

Trygghet

Veta vart man vänder sig

Trygghet skapades mycket av hur de tre tidigare nämnda faktorerna, information, inflytande och bemötande, fungerat. När patienterna beskrev vad trygghet innebar för dem var det viktigt att veta *vart de kunde vända sig* om de behövde hjälp. Som tidigare nämndes så visste i stort sett alla intervjupersoner vem som var ansvarig sjuksköterska och hur de kunde nå hemsjukvården.

Närhet

Flera intervjupersoner uttryckte att det var bra att hemsjukvården fanns *nära*. Det var viktigt för patienternas trygghet att hjälpen fanns i närheten, så att personalen kunde komma snabbt om det skulle behövas. Ett par av patienterna beskrev närheten genom att peka genom fönstret och visa att *"där borta finns dom"*.

Tillit

Det var också viktigt för patienterna att känna att de kunde lita på personalen. De menade då till exempel att veta att personalen skulle komma och att de fick hjälp med det de behövde.

Personalens kompetens

Trygghet kunde också handla om att personalen kunde sitt jobb. I den första intervjuundersökningen var de flesta patienterna (20 av 24) helt nöjda med personalens kunskaper. De beskrev att personalen visste vad de skulle göra, att de var noggranna och duktiga, att de kunde sitt jobb. Några framhöll också att det var skillnad mellan kunskap och handlag. *"Alla har de kunskaper de behöver. Sen är det olika vilket handlag olika*

personer har. Men det är en annan sak."

Fyra av intervjupersonerna i den första studien var mer tveksamma till personalens kunskaper. De betonade att det tar tid att lära sig nya arbetsuppgifter och att personalen inte var så van ännu. De som hade erfarenhet av hemsjukvården i Lundby sedan tidigare, beskrev den personalen som äldre och mera van vid de här arbetsuppgifterna. *"Man får inte yrkesvana på två till tre gånger. Så är det med alla jobb. Men här förväntas de kunna efter att ha blivit visade några gånger."*

I den andra intervjuundersökningen var det inte någon av intervjupersonerna som uttryckte några tveivel om personalens kunskaper.

Trygghetslarm

Många av intervjupersonerna hade trygghetslarm vilket de tog upp som en viktig del av tryggheten. Larmet hör visserligen inte ihop med hemsjukvården, men det var ändå något som beskrevs som en viktig trygghetsfaktor. Någon av intervjupersonerna berättade att hon hade använt larmet och visste att det fungerade, medan någon annan uttryckte oro för att det kanske inte fungerade när det verkligen skulle behövas.

Kontinuitet

En förväntad fördel med övertagandet av hemsjukvården i Kärra-Rödbo var att det skulle bli färre personer som arbetade i patienternas hem, en större kontinuitet för dem. Hade denna förväntan uppfyllts? Resultatet visar att det blev färre personer som gav insatser för de patienter som hade insatser från både hemsjukvården och hemtjänsten. Men för de patienter som enbart hade insatser från hemsjukvården uppstod inte den fördelen med automatik, det kunde t.o.m. hända att det var fler personer än tidigare som gav insatserna.

Vid det första intervjutillfället var det nästan hälften av patienterna (11 av 24) som upplevde att det var många olika personer som utförde hemsjukvårdens insatser. Det var färre personer (7) som upplevde att insatserna gavs av i huvudsak en person (se tabell 5 nedan).

Tabell 5. Kontinuitet i hemsjukvården

	Antal intervjupersoner
Hemsjukvården utförs alltid eller nästan alltid av samma person	7
Hemsjukvården utförs av några olika personer "Fyra stycken", "4-5 olika men vi känner dem", "Några olika" osv.	6
Hemsjukvården utförs av många olika personer "Olika nästan varje gång", "Många olika", "Flera olika" osv.	11

Nedanstående resultat var ungefär detsamma i den andra intervjuundersökningen.

Hur viktigt är det då med kontinuitet? De flesta intervjupersonerna (15 av 24) tyckte att det var viktigt att det inte var för många olika personer som kom hem till dem. *”När samma person kommer tillbaka vet hon eller han hur det ska vara och man slipper, som patient, att förklara flera gånger.”* En annan synpunkt som några framförde var att det var viktigt att samma person la om ett sår, så att hon kunde följa upp genom att se om såret läkte som det skulle.

För de patienter som hade hemsjukvård ofta var det extra viktigt med kontinuiteten. Intervjupersonernas kommentarer handlade mycket om integritet, om att de ville ha kontroll över vem de släppte in i den personliga sfären, i sitt hem. *”Det är en osäkerhet när det är för många personer.”* Men för en tredjedel av patienterna (9 av 24) spelade det inte så stor roll om det var flera personer som kom hem till dem. De ansåg att det viktigaste var att de fick de insatser som de skulle ha.

Det spelar ingen roll om det är fyra personer, bara jag vet vem som ska komma, att jag känner igen dem. Man vill ju inte släppa in någon man inte alls vet vem det är.

Vad tyckte patienterna om rehabiliteringsinsatserna?

Det var 18 patienter som besvarade frågor om rehabiliteringsinsatserna i den första intervjuundersökningen. Deras svar handlade mer om de hjälpmedel som de hade fått än om kontakten med personalen. De allra flesta (16 av 18) var mycket nöjda med insatserna, oftast då hjälpmedel eller bostadsanpassning. Två var missnöjda eftersom de hade fått vänta länge och fortfarande inte hade fått vissa av de hjälpmedel som de skulle få. De trodde att dröjsmålet berodde på att personalen hade haft mycket att göra.

Flera av intervjupersonerna beskrev att de inte hade någon fortlöpande kontakt med rehabiliteringsteamet. I några fall var det ganska länge sedan de fick sina hjälpmedel eller sin bostadsanpassning.

Alla patienter som hade haft rehabiliteringsinsatser visste var de kunde nå sjukgymnasten och arbetsterapeuten. De var genomgående nöjda med personalens kunskaper, och alla beskrev att de hade fått ett bra bemötande. Precis som för patienterna med medicinska insatser, var patienterna med rehabiliteringsinsatser angelägna om personalkontinuiteten, att de fick träffa samma person vid de olika kontakterna med rehabili-

teringsteamet. Några hade haft kontakt med olika personer, beroende på sjukskrivning och personalomsättning.

Vilka skillnader upplevde patienterna före och efter övertagandet?

Insatser från sjuksköterska/delegerad personal

Sjutton av intervjupersonerna hade tidigare fått hemsjukvårdsinsatser från teamet i Lundby. De tillfrågades om de upplevde någon skillnad före och efter Kärra-Rödbo's övertagande av hemsjukvården.

Ungefär hälften av dessa patienter (8) tyckte inte att det var någon skillnad, utan att hemsjukvården fungerade lika bra som tidigare. Ett par intervjupersoner sa att de inte hade haft klart för sig att hemsjukvårdens personal kom från Lundby tidigare. De hade tagit för givet att de kom från Kärra-Rödbo. Några av dem som inte upplevde någon skillnad mot innan, påpekade att de ändå tyckte att det var bra att hemsjukvården nu fanns i närheten. De såg det som en fördel att personalen fanns i närheten eftersom det kunde vara lättare att nå dem. *”Det är ju bättre att hemsjukvården finns här i Kärra för då är den i närheten. Här vet man ju hur det är, man kan få tag på dem om det behövs.”*

Nästan hälften av intervjupersonerna (7) tyckte att hemsjukvården fungerade bättre nu när den fanns i Kärra-Rödbo. Det som beskrevs fungera bättre handlade främst om närhet och kontinuitet. Förutom den ökade närheten ansåg någon av intervjupersonerna att vården hade blivit mer personlig när den utfördes av personalen i Kärra-Rödbo. Andra fördelar var att personalen kunde komma snabbare om det skulle behövas och att det var lättare för personalen att hitta. När det gällde kontinuiteten beskrev dessa intervjupersoner att det tidigare hade varit många olika personer från hemtjänsten och hemsjukvården som kom hem till dem, men att det nu var färre personer. Någon tyckte det var en fördel att hemtjänstens personal nu också hade hand om medicinerna, och att det hade blivit ett bättre samarbete mellan hemtjänst och hemsjukvård än tidigare.

Det var bara två personer som tyckte att det hade blivit sämre sedan Kärra-Rödbo tog över hemsjukvården. De upplevde att kontinuiteten var bättre före förändringen och att den förra personalen var kunnigare och mer erfaren.

I och med övertagandet av hemsjukvården avbröts i en del fall långvariga relationer mellan patienter och

personal. En av patienterna beskrev vandan hos både honom och makan inför den förändringen:

Vi hade NN som kom från Lundby. Hon var nästan som en bekant till oss. Det var nästan alltid hon som kom. Hon var helt underbar. Vi var oroliga när det skulle bli ändring, tänkte att: Hur ska det här bli? Vi saknar henne förstås. Men det här blev också jätligt bra.

Vad tyckte patienterna om att hemtjänst och hemsjukvård gavs av samma person?

En viktig tanke med övertagandet av hemsjukvården var att samma personal skulle kunna utföra både hemtjänstens och hemsjukvårdens insatser. Det var 16 av de 24 intervjupersonerna som både fick insatser från hemtjänst och hemsjukvård. För fem av dem hade det hittills inte varit aktuellt att samma person utförde hemtjänstinsatser och hemsjukvård. I deras fall var det den patientansvariga sköterskan för hemsjukvården som hade gett den medicinska insatsen.

Samtliga elva personer som fick hemtjänst och hemsjukvård utförd av samma personal var nöjda med det. *”Det har jag inte tänkt så mycket på. Det är väl bra att det är samma person.”*

En av intervjupersonerna sa att det kändes lite konstigt först, men att det visade sig fungera bra:

Det kändes lite konstigt. Att en som städar också ska lägga om såret. Men hon är rar och duktig. Vissa har anlag för allting. Man kan lita på henne. Sköterskan har varit här och visat hur hon ska tvätta såret.

Rehabiliteringsinsatser från arbetsterapeut och/eller sjukgymnast

Det var 18 patienter som hade haft kontakt med rehabiliteringsteamet. Nio av dem hade enbart rehabiliteringsinsatser. De flesta (14 av 18) tyckte inte att det var någon skillnad efter övertagandet, utan att det fungerade lika bra som tidigare.

Det var två patienter som tyckte att det hade blivit sämre för att de hade fått hjälpmedel mycket snabbare tidigare. En annan skillnad var att det var en och samma person som de då hade kontakt med. Två andra patienter gav en motsatt bild. De tyckte att det hade blivit bättre efter övertagandet.

Förbättringsförslag för hemsjukvården

Det var få intervjupersoner som hade förslag på förbättringar. De flesta ansåg att hemsjukvården fungerar så bra som den kan göra. Flera betonade att de inte ville klaga, att de var så nöjda med den hjälp de fick.

”Inget kunde vara bättre” uttrycker vad många av intervjupersonerna ansåg. För att inspirera intervjupersonerna att reflektera över frågan framhölls att ett av syftena med utvärderingen just var att få förslag till förbättringar av hemsjukvården.

Ett par förslag som lämnades handlade om personliga önskemål, som en höj- och sänkbar säng och sjukgymnastik vid fler tillfällen. En intervjuperson önskade en informationsskrift med telefonnummer till de personer man kan behöva kontakta. Andra önskemål var att det skulle vara färre personer som gav hemtjänst- och hemsjukvårdsinsatserna och att personalen skulle ha mer tid.

Diskussion och slutsatser

Utvärderingens resultat visar att övertagandet av hemsjukvården i Kärra-Rödbo i stort sett har fungerat bra. Beslutet att en stadsdel under en provotid skulle överta ansvaret för hemsjukvården var väl förankrat, alla SDN på Hisingen hade deltagit i det. Övertagandet förbereddes också under lång tid, med arbetsgrupper som diskuterade och planerade förändringen. Representanter från olika yrkesgrupper var delaktiga i förberedelsearbetet och personalen genomförde studiebesök och intern utbildning inför övertagandet.

Övertagandet av hemsjukvården skedde som ett försök under två år och i form av ett projekt. Projektet har utvärderats under den pågående processen. Det är den så kallade allmänna delen av hemsjukvården som efter övertagandet, utförs av personal i Kärra-Rödbo. Den hemsjukvård som är medicinsk omfattande utförs fortfarande av personalen i Lundby, på Kärra-Rödbos uppdrag.

SDF Kärra-Rödbo tog inte över någon personal från hemsjukvårdsteamet i Lundby. I stället gjordes nyanställningar i stadsdelen. En av sjuksköterskorna på Kärra blev patientansvarig sjuksköterska för hemsjukvården och ansvarar för hemsjukvårdsinsatserna. Dessa insatser utförs till största delen av personalen i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen på delegation av patientansvarig sjuksköterska. De får personliga delegationer och har fortlöpande handledning av samma sjuksköterska.

Den bild som framträder i utvärderingens resultat är att de flesta patienter är nöjda eller mycket nöjda med de hemsjukvårdsinsatser som de får. De flesta bland personalen är nöjda med förändringen, åtminstone de som är direkt berörda av hemsjukvårdsuppgifterna. Dessa två slutsatser är de dominanta intrycken från utvärderingen som jag kommer att diskutera mer ingående i det här avslutande kapitlet – för vad kan antas bidra till att patienterna och personalen är så nöjda med förändringen?

Varför är patienterna så nöjda?

Den första frågan man kan ställa sig är förstås om det verkligen är så att patienterna är så nöjda. Är de verkligen det eller säger de bara att de är nöjda, fast de

egentligen inte är det? En annan fråga är om patienterna verkligen har uttalat sig om hemsjukvården eller om svaren mer handlar om deras totala hjälpbehov där hemsjukvården bara är en del av de totala insatser de får. Innebär det faktum att patienterna blir uppmärksammade och intervjuade att de blir mer positiva i sina svar än de egentligen är?

Det finns åtminstone en faktor som inte alla patienter är nöjda med, och det är personalkontinuiteten. Många upplever att det är ett stort antal olika personer som ger dem olika insatser.

Hur nöjda är patienterna?

Hur tillförlitliga är nöjdhetsundersökningar?

I intervjuerna har patienterna dels fått beskriva sina erfarenheter av hemsjukvården och dels fått tala om hur nöjda eller missnöjda de var med insatserna. Det finns problem med att tolka människors ”nöjdhet” eftersom samma objektiva förhållanden kan upplevas på skilda sätt av olika personer. Nöjdhet handlar ofta om *attityder* och *förväntningar* som kan vara svårt att mäta. Det är inte säkert att förbättrade livsvillkor med automatik leder till ökad tillfredsställelse. De kanske i stället leder till önskemål om ännu bättre förhållanden. Den som, utifrån sett, har det bäst kanske inte är mest nöjd. Han eller hon skulle till och med kunna vara den som är minst nöjd av alla, om vederbörande har större förväntningar eller högre krav än de andra. Ju större gapet är mellan förväntningar och upplevelsen av den vård som man har fått, desto större är risken för missnöje (Wikman 1991).

Intervjupersonerna i de två studierna i den här utvärderingen har i mycket hög utsträckning varit positiva till hemsjukvården i sina svar. Det har framförts få kritiska synpunkter. Det kan man tolka på olika sätt. En tolkning är att det faktiskt är på det sättet att nästan alla är nöjda med den hemsjukvård som de får. Det är ett resultat som stämmer väl överens med resultaten från enkäterna i de balanserade styrkortet. Även där är patienterna i hög utsträckning nöjda eller mycket nöjda med hemsjukvården. Denna bild stämmer också överens med Socialstyrelsens resultat från en utvärdering av hemsjukvården i fyra kommuner (1996). Soci-

alstyrelsen fann att vårdtagarnas övergripande bedömning av vården var mycket positiv och var lika positiv oavsett hur hemsjukvården var organiserad i kommunerna.

Det kan dock finnas skäl att vara lite kritisk till en sådan positiv tolkning. Man måste komma ihåg att intervjupersonerna befinner sig i ett beroendeförhållande till personalen, vilket minskar möjligheten till kritik. En av intervjupersonerna i den här studien som framförde kritik, frågade direkt efteråt: *”Det är väl ingen som får obehag nu av det jag har sagt?”*

Patienter som står i ett beroendeförhållande eller känner tacksamhetsskuld till sjukvården och dess personal är sannolikt inte alltid uppriktiga när de redogör för sina attityder. Rädslan att framföra kritik kan eventuellt också vara generationsbetingad. Det kan finnas en rädsla för att vara till besvär eller bero på att personer i den äldre generationen inte har så höga anspråk (Larsson 1996, Rombach 1998).

Med vetskap om detta får vi i konklusionerna ta hänsyn till att det finns synpunkter och kritik som kanske inte har kommit fram i de här undersökningarna. Trots det finns det knappast något bättre alternativ för att ta reda på vad patienterna tycker, än att fråga dem. Kanske är det så att, ju oftare vi ställer sådana frågor, desto mindre dramatiska blir de att besvara? En viktig tanke med att övertagandet av hemsjukvården i Kärra-Rödbo skulle utvärderas av en extern utvärderare var att patienterna skulle tillfrågas av en extern intervjuare som de sedan inte skulle möta i hemsjukvården. Min upplevelse under intervjuerna har varit att intervjupersonerna var uppriktiga i sina svar, att de uppskattade att bli tillfrågade och att de ville ge en verklig bild av sina erfarenheter. Genom öppna intervjufrågor har intervjupersonerna uppmuntrats att förtydliga och fördjupa sina svar och de har också uppmuntrats att uttrycka negativ kritik.

Bidrar själva undersökningen till att patienterna blir mer positiva?

Enbart det faktum att människor får positiv uppmärksamhet kan påverka deras handlingar. Detta brukar kallas Hawthorne-effekten, en ”effekt av att bli forskad på”. Det var redan på 1920- och 1930-talet som denna effekt upptäcktes och beskrevs i fabriksförorten Hawthorne i Chicago. Vid en kartläggning av faktorer som hade betydelse för produktiviteten i en fabrik, t.ex. belysning, arbetstid, vila etc. visade det sig att produktionen steg oavsett vilken faktor som ändrades. Positiv uppmärksamhet hade i sig självt en effekt på människors handlingar (Forsyth 1998).

I den här studien kan intervjupersonerna ha påverkats enbart av det faktum att de blev uppmärksammade och tillfrågade om sina erfarenheter och uppfattningar.

Har patienterna uttalat sig enbart om hemsjukvården?

Hemsjukvård eller hemtjänst

För många av de patienter som intervjuades var hemsjukvården enbart en liten del i deras vardagsliv. Flera av intervjupersonerna hade exempelvis hemtjänstinsatser som var mer omfattande och också mer frekventa än sjukvårdsinsatserna. Det vore orealistiskt att tro intervjupersonerna skulle kunna hålla isär dessa två typer av insatser helt, i synnerhet när både hemtjänstinsatser och hemsjukvårdsinsatser ofta gavs av en och samma person

Det var en fördel att frågorna ställdes vid personliga intervjuer, eftersom det fanns en möjlighet att ställa fördjupande frågor och få förtydliganden från intervjupersonerna om vilka insatser som svaret gällde. När det gällde svaren på frågorna om trygghet visade det sig exempelvis att hemtjänstens trygghetslarm hade en viktig funktion. För patienterna har deras svar på intervjufrågorna sannolikt handlat om en helhetsbild, hur hela deras situation har varit. Även om det var möjligt att särskilja exempelvis trygghetslarmen från hemsjukvården, så spelar de olika insatserna ändå en roll för hur hela situationen upplevs. Det är inte säkert att tryggheten med hemsjukvårdens insatser hade upplevts lika stor om inte också möjligheten till trygghetslarm hade funnits.

Det här problemet är väl dock av mer akademisk karaktär. För stadsdelsledningen och cheferna i Kärra-Rödbo är det sannolikt lika viktigt att alla insatser fungerar på ett bra sätt, och tanken med övertagandet av hemsjukvården har bland annat varit att skapa en bättre helhet för patienterna när det gäller olika insatser.

Anhörigas roll

Den bild som intervjupersonerna gav var att stödet från anhöriga spelar en mycket stor roll för hur de upplever sin situation. Patientens make/maka tog ofta på sig ett stort ansvar för patienten. Det var vanligt att intervjupersonerna spontant berättade om barnens och barnbarnens stöd på olika sätt, exempelvis med att handla, skjutsa till sjukhus, hjälpa till med viss städning etc. Stödet från anhöriga kunde också bestå i att vara nåbar på telefon, hjälpa till med myndighetskontakter och så vidare. Det som anhöriga bistår med är inte stöd

som ingår i hemsjukvårdsinsatserna, men det spelar ändå en viktig roll för patientens hela livssituation.

De patienter som helt eller delvis saknade anhörigstöd, beskrev en större ensamhet och en större oro, än de som hade stöd från anhöriga. Dessa patienter utgör en särskild riskgrupp, vars trygghet i ännu större utsträckning än för andra, behöver garanteras genom samhällets insatser.

Kontinuiteten i hemsjukvården

En ökad kontinuitet var en av förväntningarna på vad övertagandet av hemsjukvården skulle leda till. Men resultatet i utvärderingen är inte entydigt positivt när det gäller kontinuiteten. För de patienter som hade insatser både från hemtjänsten och från hemsjukvården var det färre personer som utförde insatserna än det annars skulle ha varit. Men denna fördel saknades för de patienter som enbart hade insatser från hemsjukvården. Vissa av dem upplevde visserligen att det var färre personer som gav insatserna än tidigare, men det fanns också exempel på motsatsen.

Många av patienterna i studien önskade att det skulle vara färre personer som gav dem deras hemtjänst- och hemsjukvårdsinsatser. Andra menade att det inte spelade så stor roll om det var olika personer, huvudsaken var att de fick de insatser som de behövde. Något som många påpekade var att det var viktigt att veta vem de släppte in i sitt hem. De ville vara säkra på att det var en anställd i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen som ringde på.

Kontinuiteten är naturligtvis viktig både när det gäller hemtjänst och hemsjukvård. Det finns en strävan hos personalen att ge så god kontinuitet som möjligt, men det finns också svårigheter i att åstadkomma det. Personalen i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen arbetar efter ett schema, och det är exempelvis inte möjligt att samma person ger en insats tidigt på morgonen och på kvällen, eftersom arbetstiderna inte är sådana. Det är naturligtvis inte heller möjligt att samma person arbetar sju dagar i veckan. En fråga som man kan ställa sig är i vilken utsträckning så kallade ”tvättstugescheman” eller ”önskescheman” främjar eller motverkar kontinuitet för patienten.

Det är nödvändigt att flera i personalgruppen har delegation på insatser hos en och samma patient, eftersom det alltid måste finnas någon i tjänst som kan ge insatsen. För att få delegation på en insats måste den personalen ha lärt sig att ge insatsen just hos den patienten. Det innebär att patienten behöver möta flera personer.

Personalen i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen har

beskrivit att det inte är så att samtliga i gruppen ger alla insatser. Det är positivt att personal inte tvingas ge insatser som de inte känner att de klarar av. Men en fråga som man kan ställa sig är om det kan innebära att olika personer ger olika insatser till en och samma patient, så att det kanske är en som lägger om ett sår och någon annan som ger insulin? Det är inte något som har framkommit i den här studien, men är en fråga som kan behöva uppmärksammas på sikt. Kontinuiteten för patienterna är överhuvudtaget en fråga som behöver bevakas även i framtiden.

Varför är personalen så nöjd?

Också när det gäller personalen kan det vara rimligt att ställa sig frågan om det verkligen är så att de är så nöjda som resultatet i utvärderingen tyder på, och varför de i så fall skulle vara det.

Hur nöjd är personalen?

Svårigheter att tolka resultatet

Vid den senaste personalenkäten hade det gått ganska lång tid sedan övertagandet av hemsjukvården påbörjades formellt, och arbetsuppgifterna hade allt mer blivit en del av vardagsarbetet. Det kanske betydde att det var svårt att urskilja hemsjukvårdens del i den totala arbetssituationen. Hemsjukvården utgör en mycket liten del av allt det arbete som personalen utför, och andra faktorer än övertagandet kan ha påverkat hur enkäten besvarades. Det var också en viss personalomsättning under projektiden, vilket medförde att alla inte kunde uttala sig om förändringar före och efter övertagandet av hemsjukvården.

En annan svårighet för tolkningen är att andra förändringar och utvecklingsarbeten pågick samtidigt med hemsjukvårdsprojektet. Ett exempel är den arbetsgrupp som arbetar med frågor som rör ett gemensamt ansvar för helheten, hur man i Kärra-Rödbo ska klara av att ge hälso- och sjukvård alla dygnets timmar under årets alla dagar. Ett konkret resultat av den gruppens arbete är att alla sjuksköterskorna nu har samma arbetsschema. Detta förändringsarbete hade sannolikt pågått oavsett övertagandet av hemsjukvården.

Olika attityder beroende på hur berörd man var av förändringen

Personalen vid Lillekärrs äldreboende, som i liten utsträckning berördes av övertagandet, var genomgående mer negativa till förändringen. De upplevde att deras arbetsbelastning och ansvar hade ökat. Även om de såg fördelar för patienterna med övertagandet så var

det inte så många som upplevde att den egna arbetssituationen hade påverkats i en positiv riktning.

Personalen vid Kärrahus upplevde övertagandet som en positiv och meningsfull förändring. De fick lära sig något nytt, fick roligare arbetsuppgifter, bra handledning och en möjlighet att använda den kunskap de hade från utbildningen. För dem hade det också blivit enklare att kontakta sjuksköterskan, nu när hon fanns i Kärra, än det hade varit när de skulle kontakta hemsjukvårdsteamet i Lundby.

Det kan ses som ett tecken på en lyckad förändring när den personal som är mest berörd av förändringen också är mest positiv till den, ser den som meningsfull och är beredd att ta ett större ansvar och utföra fler arbetsuppgifter. Samtidigt är det viktigt att verksamhetens ledning är medveten om riskerna med detta engagemang, så att arbetsbördan inte blir för tung för de personer som kanske är mest entusiastiska och positiva. Detta tog också resultatenschefen vid Kärrahus upp vid ett tillfälle. Hon beskrev att personalen hade fått mycket mer ansvar och att det medförde en ökad stress. *”De vill så mycket och risken finns att de kan ta på sig för mycket.”*

Det är också viktigt att vara medveten om att även den personal som berörs i periferin kan reagera negativt på det som sker, att det till och med kan upplevas som mer negativt att ”stå bredvid” än att delta aktivt i en förändringsprocess.

Kompetens – generell och specifik

Personalen i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen i Kärra-Rödbo fick i och med övertagandet av hemsjukvården en ökad kompetens. Det är också en av de fördelar som personalen framhöll i enkätsvaren. För stadsdelen Kärra-Rödbo innebär det en fördel med höjd kompetens i den egna organisationen och en möjlighet att samordna hemtjänstinsatser och hemsjukvårdsinsatser. Patienterna tyckte att personalen i Kärra-Rödbo hade tillräcklig kompetens och kunskap för sina arbetsuppgifter. Det är dock viktigt att komma ihåg att detta handlar om patienternas uppfattning, vilket inte är detsamma som ett mått på den faktiska kompetensen.

Det som har skett i Kärra-Rödbo kan beskrivas som en generell kompetenshöjning. I princip alla medarbetare i hemtjänst/hemsjukvårdsteamet arbetar idag med både hemtjänst- och hemsjukvårdsinsatser. När det gäller ”specialistteam”, som exempelvis hemsjukvårdsteamet i Lundby, är det en annan kompetens som betonas, nämligen den specifika kompetensen eller specialistkompetensen. En sådan ”spetskompetens” förutsätter att

personalen specialiserar sig just på dessa arbetsuppgifter, och kan knappast skapas i en verksamhet där ”specialistuppgifterna” endast är en liten del av personalens arbetsuppgifter. Behövs en sådan ”spetskunskap” i hemsjukvården? Det är en fråga som kan behöva diskuteras. Och om den behövs – hur en stadsdel utan ”specialistteam” ska få tillgång till den? Kärra-Rödbo köper fortfarande dessa insatser för de patienter som är medicinskt vårdkrävande, från teamet i Lundby, vilket är ett sätt att få tillgång till ”spetskompetensen”. En annan viktig förutsättning är ett bra samarbete med primärvården, något som också tycks fungera bra i Kärra-Rödbo.

I fortsatta diskussioner om hemsjukvården tror jag att det är viktigt att vara uppmärksam på vilken kompetens som behövs och vilken personal som skall utföra de mer specialistkrävande insatserna. Det handlar om kvalitet och säkerhet i vården och sannolikt behövs det både generell och specifik kompetens för att patienterna ska få en så bra hemsjukvård som möjligt.

Vad händer när ett projekt tar slut?

Ofta beskylls projekt för att inte leda till någon större förändring. Projekt utförs under en viss tid, ofta utanför den ordinarie verksamheten. När resultatet sedan ska tas tillvara i ”vardagsarbetet” blir det ofta inte så mycket som ändras (Johansson, Löfström & Ohlsson 2000). Så har det inte varit när det gäller övertagandet av hemsjukvården i Kärra-Rödbo. Projektet genomfördes av den ordinarie personalen i den ordinarie verksamheten under två år, och efter projekttiden fortsätter det arbetet som tidigare eftersom det har fattats ett beslut att stadsdelen också fortsättningsvis ska ansvara för hemsjukvården.

Vad innebär det då i Kärra-Rödbo att projektet har upphört? Blir det ingen skillnad alls mot hur det var under projekttiden? En konsekvens av att projektet har upphört kan vara att uppmärksamheten på verksamheten minskar. Under projekttiden har andra stadsdelar uppmärksammat övertagandet i Kärra-Rödbo och resultatet har också följts upp och dokumenterats i en utvärdering. För personalen i hemsjukvården och ansvariga chefer blir det viktigt att också fortsättningsvis arbeta för en så bra hemsjukvård som möjligt i stadsdelen.

Patienterna har i intervjuvaren beskrivit att de var mycket nöjda med personalens bemötande. Det innebär att personalen har ett stort förtroendekapital att leva upp till. Insatser i hjälpande organisationer handlar om en ömsesidig process mellan patient och personal. Thy-

lefors (1991) använder begreppet ”prosumert” i stället för konsument när det gäller människoförändrande arbete för att betona att patienten är delaktig i produktionen av tjänsterna. Processen är ofta lika viktig som de faktiska insatser som görs. Samtidigt är det inte så enkelt som i kommersiell tjänsteproduktion då ”kunden alltid har rätt”. Inom hjälpande organisationer ska brukarens behov stå i centrum, men samtidigt är personalen skyldig att agera utifrån sin yrkesmässiga kompetens och inom förelagda ramar, vilket gör att det finns en inbyggd konflikt i situationen. Det är viktigt att personalen i hemtjänst/ hemsjukvårdsgruppen och rehabiliteringspersonalen också i fortsättningen arbetar för att patienterna ska få bra insatser och ett gott bemötande. Ett gott betyg från brukarna, eller ”prosumenterna”, är färskvara och måste erövas på nytt varje dag.

Den patientansvariga sjuksköterskan har ett stort ansvar när det gäller delegation av arbetsuppgifter och att personalen har tillräcklig kompetens. När hemsjukvårdsuppgifterna har blivit vardagliga sysslor för personalen kan det vara lätt att tro att de inte behöver så mycket handledning och stöd som tidigare. Personalen i hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen har upplevt stödet och handledningen från sjuksköterskan som mycket positivt och som en viktig förutsättning för arbetet. De kommer troligtvis att behöva denna handledning och detta stöd också fortsättningsvis.

I människovårdande verksamhet får vissa misslyckanden inte ske eftersom de kan leda till svåra konsekvenser för patienterna. Thylefors (1991) beskriver att ett sätt att hantera rädsla för misstag kan vara att förskjuta beslut till en högre nivå, att man ”delegerar uppåt”, trots att man själv har rätt att fatta besluten. Hon konstaterar också att det kan finnas en ”avsiktlig” oklarhet i den formella ansvarsfördelningen för att undvika ett alltför tungt personligt ansvar. Delegering av beslut inom hemsjukvården handlar om en ansvarsförskjutning i motsatt riktning. Här delegeras beslut nedåt i organisationen, samtidigt som den patientansvariga sjuksköterskan har ett tydligt och ofrånkomligt ansvar för de delegeringar hon gör.

Sammanfattningsvis är det viktigt att personal och chefer i Kärra-Rödbo också fortsättningsvis är uppmärksamma på vad övertagandet av hemsjukvården leder till på längre sikt och håller fast vid rutiner som är viktiga för patienternas välbefinnande.

Några slutsatser – vad kan vi lära oss av övertagandet av hemsjukvården i Kärra-Rödbo?

Sammanfattningsvis uppfattar jag det som att övertagandet av hemsjukvården har lyckats bra i Kärra-Rödbo. Detta grundar jag på att såväl ansvariga chefer som den personal som är mest berörd, och framförallt hemsjukvårdens patienter, är nöjda med den hemsjukvård som bedrivs i stadsdelen.

Vad beror det då på att övertagandet har fungerat så bra i Kärra-Rödbo? Vad kan andra stadsdelar lära sig av det? Den bild som framträder ur intervju- och enkätsvaren är att det är en fördel att Kärra-Rödbo är en liten stadsdel, att närheten och tillgängligheten underlättar en god service och ett bra samarbete. Som en särskilt viktig förutsättning framstår organiseringen, dvs. att det finns sjuksköterskor i tjänst dygnet runt, att hemtjänst/hemsjukvårdsgruppens personal arbetar både dagar och kvällar och att det finns ett upparbetat samarbete mellan hemsjukvården, Kärrahuset och Lillekärr. En annan viktig förutsättning tycks ha varit att primärvården finns nära och att det finns ett upparbetat samarbete även mellan primärvård och hemtjänst/hemsjukvård.

En annan viktig, kanske avgörande faktor, är sannolikt personalens inställning. Den bild som svaren i intervjuer och enkäter förmedlar är att den personal som ger hemsjukvårdsinsatserna är positivt inställda till dessa arbetsuppgifter och angelägna om att det ska fungera bra för patienterna. Chefernas och samordnarens roll blir naturligtvis också viktig, och svaren i enkäter och intervjuer tyder på ett ömsesidigt förtroende mellan chefer/samordnare, sjuksköterskorna på Kärrahuset och personalen i hemtjänst/ hemsjukvårdsgruppen.

Det har också funnits ett långt och omfattande förberedelsearbete inför övertagandet av hemsjukvården. Övertagandet genomfördes som ett projekt och med en utvärdering som följde projektet. Detta möjliggjorde en kontinuerlig uppföljning under de två ”prov-åren” och återkommande återkopplingar till projektet. Efter som jag själv har varit ansvarig för det arbetet har jag svårt att uttala mig om det på ett neutralt sätt. Men av de reaktioner jag har fått under de här åren, uppfattar jag det som att studierna och förmedlingen av de kunskaper som kom fram genom dem, har haft en positiv inverkan på projektet.

Referenser

- Angelöw, B (1991) *Det goda förändringsarbetet. Om individ och organisation i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsyth D R (1998) *Group Dynamics*. 3d edition. Brooks/Cole Publishing Company.
- FoU i Väst/GR:s hemsida: www.fouivast.com
- Göteborgs Stadskansli (2002) *Tjänsteutlåtande utfärdat 2002-10-31 Rnr 366/02. Dnr 111/02.*
- Johansson, S., Löfström, M., & Ohlsson, Ö. (2000). *Projekt som förändringsstrategi*. Göteborg: SNS förlag.
- Kärra-Rödbo (2002) *Tjänsteutlåtande. Dnr 0262/02.*
- Kärra-Rödbo (2002a) *Arbetsanteckningar från möten med arbetsgruppen 2002-02-06, 2002-03-04, 2002-04-15, 2002-09-05, 2002-10-11, 2002-10-25, 2002-11-20 och 2002-12-06.*
- Kärra-Rödbo (2004) Stadsdelens hemsida: www.karra.goteborg.se
- Larsson, P (1996) *Hemtjänsten ur tre perspektiv*. Doktorsavhandling vid Sociologiska Institutionen, Göteborgs universitet.
- Lundberg, Kristina (2003) Två delrapporter i vårdkoordinatörens utvärdering av Hemsjukvården i Göteborg: *Rapport avseende uppdraget Omfördelningseffekter inom Hemsjukvården Kortedala och Lundby samt Slutrapport Styrö*. Rapporterna finns hos Kristina Lundberg, e-postadress: kristina.lundberg@lundby.goteborg.se
- Prop. (1990/91:14). *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.* Stockholm.
- Rombach, B (1998) *Nöjdhetsmätningar – en kritisk granskning av attitydundersökningar i sjukvården*. Förvaltningshögskolan i Göteborg. Rapport nr 18.
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm.
- SFS 2001:453 *Socialtjänstlag*. Stockholm.
- Socialdepartementet (2003) *Översyn av vård och omsorg för äldre – tio år efter ädelreformen*. Dir 2003:40. Stockholm.
- Socialstyrelsen (1996) *Utvärdering av hemsjukvård*. Ädel 50. Stockholm.
- Socialstyrelsen (1999) *”Nöjda och trötta”. Personalens och de anhörigas upplevelser av hemsjukvård*. Äldreuppdraget 99:2. Stockholm.
- SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård*. Stockholm.
- Thylefors, I (1991) *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*. Stockholm: Natur & Kulturs förlag.
- Vedung, E (1998) *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Wikman, A (1991) *Att utveckla sociala indikatorer* Urval nr 21, skriftserie utgiven av Statistiska centralbyrån, Stockholm.

Bilaga I

Kort om hemsjukvård och äldrevård

Vad är hemsjukvård?

Hemsjukvård innebär att sjukvård utförs i patientens hem. Den ska ses som ett alternativ till vård på sjukhus eller vårdcentral, där en viktig målsättning är att minska behovet av flyttningar från den invanda sociala och fysiska miljön (Socialstyrelsen 1996).

Den övervägande delen av hemsjukvården innebär enklare hälso- och sjukvårdsuppgifter. En mindre, men expanderande del, består av kvalificerad medicinsk behandling. Denna del av hemsjukvården benämns som lasarettansluten, avancerad eller medicinskt omfattande (Socialstyrelsen 1999). Hemsjukvård är inte någon ny företeelse. Utvecklingen av vård i hemmet hör nära ihop med den svenska distriktssköterskans historia. Den avancerade hemsjukvården skiljer sig inte så mycket från den hemsjukvård som distriktssköterskorna har bedrivit sedan lång tid tillbaka. Det som är nytt är hur vården organiseras och vilka som ger vårdinsatserna (Fransson 1997 i Socialstyrelsen 1999).

Det finns ingen åldersgräns för hemsjukvårdens patienter, men det är oftast personer över 18 år som bor i eget boende och som har ett långvarigt behov av sjukvård (Socialstyrelsen 1996). Även om personer i alla åldrar kan få hemsjukvårdsinsatser så är det äldre personer som utgör den klart största andelen patienter.

Ansvaret för äldrevården i Sverige

Traditionellt har ansvaret för den svenska äldrevården delats mellan två huvudmän, landstingskommunen och primärkommunen. Landstingskommunen har haft ansvaret för åtgärder som kräver medicinsk kompetens, medan primärkommunen har ansvarat för sociala insatser som boende, social service, hjälpmedel och ekonomiskt stöd (Socialstyrelsen 1996). Göteborg har tillsammans med Gotland och Malmö haft en speciallösning, då dessa kommuner både har varit landstings- och primärkommuner.

Äldrevårdens verksamheter regleras i första hand av hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Båda dessa lagar är ramlagar, som anger övergripande mål och inriktning för verksamheten. Hälso- och sjukvårdslagen ger landstingskommunerna ansvar för att tillgodose hela befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Enligt socialtjänstlagen har primärkommunen ansvar för att de äldre får möjlighet att leva och bo självständigt med en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra. Detta förutsätter bra bostäder och tillräckligt stöd och hjälp i hemmet. Verksamheten ska bygga på respekt för människors integritet och självbestämmande.

Ädelreformen

Ädelreformen har haft ett stort inflytande på äldrevården och givetvis då också på hemsjukvården. Reformen trädde i kraft vid årsskiftet 1991/92 (Prop. 1990/91:14) men i Göteborg först 1994. Den gav kommunerna ett samlat ansvar för äldres och funktionshindrades boende, vård och omsorg.

Kommunernas ansvar gällde dock inte läkarvård. Reformen innebar att kommunerna fick ansvar för sjukvård i särskilda boendeformer, dvs. servicehus, ålderdomshem, gruppboende och sjukhem (Socialstyrelsen 1996). Kommunerna fick betalningsansvar till landstingen för all somatisk långvård och för medicinskt färdigbehandlade patienter inom somatisk korttidsvård. Utgångspunkten för reformen var en helhetssyn på den äldre människan. Den enskildes sociala och medicinska behov skulle tillgodoses på ett sammanhållet sätt. Institutionstänkandet övergavs och rätten till kvarboende förstärktes. Särskilda boendeformer för äldre blev ett nytt samlingsbegrepp för sjukhem, ålderdomshem, servicehus, gruppboende m.m. Bakom ädelreformens införande låg också samverkans- och gränsdragningsproblem när det gällde fördelningen av ansvar och arbetsuppgifter mellan kommun och landsting inom vård- och omsorgsområdet (Socialdepartementet 2003).

Erfarenheterna av Ädelreformen har huvudsakligen varit positiva, men det finns fortfarande samordningsproblem mellan huvudmännens ansvarsområden (Socialdepartementet 2003). Detta beror delvis på att dagens verklighet ser helt annorlunda ut än den som Ädelreformen utgick ifrån 1992. Framför allt handlar det om 1990-talets ekonomiska åtstramning och den snabba medicintekniska utvecklingen.

Vad innebar Ädelreformen för hemsjukvården?

Före Ädelreformens genomförande fördelades ansvaret mellan landstingskommun och primärkommun enligt den så kallade kompetensprincipen. Den innebar att landstingen ansvarade för all hälso- och sjukvårdsverksamhet medan kommunerna ansvarade för insatser som krävde socialt utbildad personal (Socialstyrelsen 1996). Hemsjukvården byggdes upp i anslutning till primärvården. De medicinska vårdbehoven hos vårdtagare i hemsjukvården sköttes av distriktssköterskor och undersköterskor som var knutna till vårdcentralerna. Andra insatser i de boendes hem sköttes av andra personalgrupper med olika kompetensområden.

I samband med Ädelreformen delades ansvaret för hemsjukvården så att kommunerna fick ansvar för hemsjukvården i särskilda boendeformer och dagverksamheter, medan landstingen skulle ansvara för hemsjukvården i eget boende. Många menar att Ädelreformen därigenom blev en kompromiss. En majoritet av kommunerna hade velat samla hela hemsjukvården och hemtjänsten i en organisation (Alaby 1992 i Socialstyrelsen 1996). Reformen skapade dock en större frihet och möjlighet att organisera hemsjukvården efter lokala förutsättningar i kommun och landsting. Huvudmannaskapsförändringen gav kommunen förutsättningar att samordna sociala och medicinska insatser och att arbeta utifrån en gemensam grundsyn. Reformen har lett till en ökad samverkan mellan de båda huvudmännen, och flera kommuner har övertagit ett helhetsansvar för hemsjukvården. Vissa kommuner har dessutom integrerat hela primärvården i kommunens ansvarsområde.

I april 2003, drygt tio år efter att Ädelreformen infördes, tillsatte regeringen en särskild utredning som skulle genomföra en översyn av vården och omsorgen av de äldre (Socialdepartementet 2003). Denna utredning resulterade i SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård* som överlämnades till regeringen i juni 2004. I utredningen konstateras att ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun när det gäller hemsjukvården är otydlig och skapar konflikter och revirstrider mellan huvudmännen. Detta innebär risker för den enskilde som behöver vård och omsorg, konstaterar utredarna. Utredningens förslag är att en huvudman, kommunen, ska ansvara för hemsjukvård med undantag av läkarinsatser. Detta ska gälla för såväl ordinärt som särskilt boende i en sammanhållen hemvård. För Göteborgs del har kommunen redan ansvaret för såväl hemtjänst som hemsjukvård, så i det avseendet innebär förslaget i SOU 2004:68 inte någon skillnad mot tidigare.

Det pågår stora förändringar inom de verksamheter som har ansvar för vård och omsorg av äldre i landet. Inom de allra flesta kommuner finns det krav på nedskärningar och ökad effektivitet. I ljuset av det kan hemsjukvård ses som ett bättre alternativ ur ekonomisk synvinkel. I och med att patienterna får nödvändig vård och behandling i sitt vanliga boende blir vården mindre kostsam än institutionsvård. Det gör att hemsjukvården har förutsättningar att tillgodose en del av de samhällsekonomiska kraven på ökad effektivitet (Socialstyrelsen 1996).

Samtidigt finns det risker med hemsjukvården, avseende såväl vårdtagaren, de formella vårdgivarna som de anhöriga som medverkar i vården. En risk är att man inte kan hålla tillräckligt hög kvalitet på den vård som ges i hemmet. Beredskapen för komplikationer och akuta tillstånd kan exempelvis vara lägre i hemsjukvården än i institutionsvården. Vidare kräver hemsjukvården ett större engagemang och initiativtagande från de informella vårdgivarna i det sociala nätverket runt patienten.

”Framförallt de närmast anhöriga – oftast kvinnorna – riskerar en orealistisk arbetsbörda, med tillsyn av den sjuke under stora delar av dygnet” (Socialstyrelsen 1996 sid. 7).

För de formella vårdgivarna blir vårdtagarens hem en allt vanligare arbetsplats. Det ställer krav på respekt för vårdtagarens integritet och kan också innebära problem eftersom ett hem inte alltid är en bra arbetsmiljö för vårdarbete.

Bilaga 2

Tillvägagångssätt

Vid starten av utvärderingen gjordes en genomgång av befintlig dokumentation som rörde projektet ”Övertagande av hemsjukvården i Kärra-Rödbo”. Under utvärderingens gång har både intervjuer och enkäter använts.

Studierna som gällde personalen

I de två studier som gäller personalens uppfattningar och erfarenheter har både intervjuer och enkäter använts. Inledningsvis (delrapport 1) gjordes intervjuer med berörda chefer och med en eller ett par personer från olika arbetsgrupper. Genom intervjuerna fick jag klarhet i vilka personalgrupper som var berörda av övertagandet av hemsjukvården. Intervjuerna användes också för att få underlag till enkätens frågeområden och för att testa enstaka frågor. I den första studien konstruerades två enkäter, en till berörd personal och en till resultatenhetschefer och biträdande resultatenhetschefer.

De som besvarade personalenkäten var:

- undersköterskor och vårdbiträden i hemtjänst/hemsjukvårdsggruppen
- rehabiliteringsteamets personal
- sjuksköterskorna på Kärrahus och Lillekärr
- nattsjuksköterskorna
- undersköterskor och vårdbiträden som arbetar på nätterna (Kärrahus och Lillekärr)

Enkäterna innehöll frågor med ”färdiga svars kategorier” vilka baserades på de intervjuer som inledningsvis hade gjorts med personal och chefer. Det fanns också möjlighet att ge kommentarer till varje fråga. Förutom frågor av faktakarakteristisk innehöll enkäten också skattningsskalor där de som besvarade enkäten uppmanades att göra värderingar utifrån fyra skalsteg, från positivt till negativt: *mycket bra*, *bra*, *ganska bra* och *dåligt*.

Enkätsvaren lämnades in anonymt för att skapa förutsättningar för personalen att också framföra kritiska synpunkter. Eftersom vissa yrkeskategorier var representerade av ett fåtal personer, redovisades deras svar för hela gruppen och inte utifrån varje yrkeskate-

gori. Detta för att enskilda personer så långt möjligt inte skulle kunna urskiljas. När det gällde chefernas enkät var det omöjligt att ”avidentifiera” deras svar på samma sätt.

Den andra studien som gällde personalen (delrapport 3) var till stor del en uppföljning av den första studien. De förändringar som övertagandet av hemsjukvården hade inneburit för personalen och vad personalen tyckte om detta var i fokus för studien. Den enkät som gjordes besvarades av samma personalgrupper som den tidigare enkäten. Det gjordes däremot ingen enkät för cheferna, utan de intervjuades i stället. Dessutom intervjuades ett antal andra nyckelpersoner som till exempel medicinskt ansvarig sjuksköterska, samordnaren för hemtjänst/hemsjukvårdsggruppen och biståndshandläggare. En gruppintervju genomfördes också med rehabiliteringsteamets personal, som dock även besvarade personalenkäten.

De båda enkäterna hade en svarsfrekvens på 83 respektive 88 procent.

Studierna som gällde patienterna

När det gäller patienternas upplevelser och erfarenheter av hemsjukvården så har den informationen samlats in genom intervjuer. De allra flesta intervjuerna har genomförts i form av personliga intervjuer och ett mindre antal har skett i form av telefonintervjuer.

Målgruppen för den första intervjuundersökningen var alla patienter som vid minst ett tillfälle under tiden 15 januari – 15 maj, 2003 hade haft någon insats från hemsjukvården. Det var totalt 42 personer som uppfyllde det kriteriet, och av dem blev 33 intervjuade. Målgruppen för den andra studien var de patienter som var aktuella för en eller flera hemsjukvårdsinsatser från sjuksköterska eller delegerad personal i september 2004. Det var 25 personer som uppfyllde det kriteriet, av dessa har 18 intervjuats.

Bortfallet bestod i den första intervjuundersökningen av nio patienter och i den andra av sju patienter. Orsakerna till bortfallet varierade. Det var en person vid vardera tillfället som hade avböjt att delta i undersökningen. Några patienter hade avlidit, några var svårt sjuka eller vårdades på sjukhus vid intervjutillfället. I några fall hade patientansvarig sjuksköterska gjort bedömningen att det var olämpligt att kontakta dem på grund av demens, glömska eller ängslighet.

Det var fler kvinnor än män som fick hemsjukvårdsinsatser. I den första studien var det 17 män och 7 kvinnor som intervjuades och i den andra studien 13 kvinnor och 5 män. För de som fick insatser av sjuk-

Bilaga 3

Förutsättningar för övertagandet av hemsjukvården i SDF Kärra-Rödbo

Stadsdelen Kärra-Rödbo

Kärra-Rödbo ligger på Hisingen och är befolkningsmässigt en av de minsta stadsdelarna i Göteborg. Till ytan är Kärra-Rödbo dock en stor stadsdel. Befolkningen uppgår till cirka 10 600 personer. De flesta är bosatta i tätorten Kärra och det nybyggda området Gerrebacka. Rödbo gränsar till Kungälv kommun och är huvudsakligen lantbruksbygd med inslag av villabebyggelse. Kärra-Rödbo är en stadsdel som växer, och enligt befolkningsprognosen kommer antalet invånare i slutet av år 2005 att uppgå till 11 700 personer vilket innebär en ökning med 17 procent jämfört med år 1999.

Bostäderna i Kärra-Rödbo består mest av bostadsrätter, radhus och villor men på senare år har också ett antal hyresrätter byggts (Kärra-Rödbo 2004).

Äldreomsorgen i Kärra-Rödbo

I Kärra-Rödbo finns det två äldreboenden, Kärrahus och Lillekärr. Enheterna vid Lillekärr är specialiserade på demenssjukdomar och ålderspsykiatri. Kärrahus äldreboende har 110 lägenheter fördelade på ålderdomshemspplatser och gruppboende.

I entréplanet på Kärrahus finns en restaurang och även Träffpunkten som är en plats för aktivitet och gemenskap för alla pensionärer i Kärra-Rödbo. I entréplanet på Kärrahus finns också sjuksköterskornas rum och rehabiliteringsteamet. Där har också biståndsbedömarna sina rum. I källarvåningen har hemtjänst/hemsjukvårdsgruppen sina lokaler.

sköterska eller delegerad personal var genomsnittsåldern mellan 80 och 81 år. Det fanns några få patienter som var under 65 år och den äldsta intervjupersonen var 96 år.

Alla som intervjuades bodde i ordinärt boende i Kärra-Rödbo. De flesta bodde i flerfamiljshus, endast ett fåtal bodde i villa eller radhus. Ungefär hälften av intervjupersonerna levde ensamma och den andra hälften levde tillsammans med sin make/maka eller sambo. Ungefär två tredjedelar av de patienter som hade hemsjukvårdsinsatser hade också insatser från hemtjänsten, medan en tredjedel endast hade insatser från hemsjukvården.

De patienter som *enbart* hade *rehabiliteringsinsatser* och som intervjuades i den första studien (9) var yngre än de som fick insatser av sjuksköterska eller delegerad personal. Den yngsta patienten var 27 år och ytterligare två personer var under 40 år. Den äldsta patienten som intervjuades var 83 år. Av dessa 9 personer var fem män och fyra kvinnor.

En *intervju med öppna frågor* användes vid båda intervjutillfällena. I båda studierna intervjuades de patienter som hade insatser från sjuksköterska eller delegerad personal personligen vid besök i intervjupersonernas hem (24 vid första intervjutillfället och 17 vid det andra intervjutillfället). En patient valde att i stället besvara frågorna i form av en telefonintervju.

De patienter som *enbart* hade *rehabiliteringsinsatser* intervjuades i den första studien genom *telefonintervju*. I den andra studien intervjuades inte dessa patienter. Anledningen till särbehandlingen av dem som enbart hade rehabiliteringsinsatser var att det fanns en skillnad i hur dessa insatser uppfattades av patienterna. Rehabiliteringsinsatserna innebar ofta ett hjälpmedel som rullstol, rullator eller liknande, eller ett intyg för bostadsanpassning. Patienterna upplevde inte detta som en pågående insats och det gjorde att det var svårt att ställa motsvarande frågor som för de insatser som gavs av sjuksköterska eller delegerad personal.

I likhet med enkätfrågorna i de balanserade styrkorten inkluderade intervjuerna kvalitetsfaktorerna bemötande, inflytande, trygghet och information. Dessutom ställdes frågor om hemsjukvårdens omfattning och utförande. De patienter som tidigare hade haft hemsjukvård från Lundbys personal fick besvara frågor om eventuella skillnader i utförandet av hemsjukvården mellan Lundby och Kärra-Rödbo. Slutligen fick intervjupersonerna också ge synpunkter på vilka förbättringar som skulle kunna göras, hur den optimalt bästa hemsjukvården skulle vara utformad.



FoU_i**väst** **GR**

FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET

Besök Gårdavägen 2 • **Post** Box 5073, 402 22 Göteborg • **Tel** 031-335 50 35

Fax 031-335 51 17 • **e-post** fou@gr.to • **www.fouivast.com**