

Kunskapsöversyn – Nationell Patientöversikt (NPÖ)

Delprojekt Jämtlands län

Marie Vackermo
Ingegerd Skoglind-Öhman

©FOU JÄMT, ÖSTERSUND 2013

ISSN: 1651-7253

FÖRFATTARE: MARIE VACKERMO OCH INGEGERD SKOGLIND-ÖHMAN

Sammanfattning

Nationell patientöversikt (NPÖ) införs i Jämtlands kommuner och hos dess privata vårdgivare, successivt från och med november/december 2012. Jämtlands län har tillsammans med Norrbottens och Jönköpings län blivit utsett till testlän av SKL. För Jämtlands del innebär detta att göra en kunskapsöversyn i form av en nyttoanalys av NPÖ. Nyttanalysen ska belysa nyttan av NPÖ som konsumenter av landstingets information, samt att se över nyttan och behovet av att kommunerna i framtiden blir producenter av information till nytta för landstinget. Översynen ska även belysa de önskemål om funktionaliteter som finns inom landstinget och kommunerna.

Ett patientflöde följdes genom tre s.k. fokusgruppintervjuer i två av Jämtlands kommuner – Östersunds kommun, samt en av ytterkommunerna (Krokoms kommun), specialistvården vid landstinget samt en enskild intervju med distriktsläkare. Respondenterna gavs utrymme att diskutera på vilket sätt informationsöverföring mellan landstinget och kommunerna fungerar i dagsläget (utan NPÖ), samt hur respondenterna skulle önska att informationsöverföringen fungerar med NPÖ.

I översynen framkommer en samstämmighet och gemensam förhoppning om att NPÖ ska leda till förbättrad informationsöverföring avseende individuppgifter/patientdata mellan professionerna inom landstinget och kommunerna. Den enskilda individens bästa framhålls som centralt motiv i processen ”rätt information i rätt tid”. Respondenterna lyfter fram önskade funktionaliteter som möjliggör och underlättar informationsutbytet. Vissa farhågor uttalas, bland annat att det kan finnas risk att landstingets och kommunernas gemensamma vårdplaneringssystem Meddix kan urholkas på bekostnad av informationstillgång via NPÖ. Det är tydligt att det finns viss okunskap och en del missuppfattningar om informationssystemet NPÖ, respektive Meddix bland såväl kommun- som landstingspersonal. Detta understryker vikten av utbildning och information till personalen vid införandet av nya dokumentations-, planerings-, eller informationssystem.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att synen på NPÖ i stora drag är positiv. Respondenterna ser möjligheter till förbättring av det i dagsläget inte helt välfungerande informationsutbytet. Detta förutsätter dock att informationsflödet systematiseras på ett lättillgängligt sätt.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Förord.....	5
Bakgrund	6
Metod	8
Metodologiska överväganden	9
Etiska aspekter	10
Resultatsammanställning.....	11
Medgivande/Samtycke	12
Informationsöverföring när patienten skrivs ut direkt till egna hemmet	13
Informationsöverföring när patienten skrivs ut till korttidsboende	14
Informationsöverföring när patienten skrivs ut till särskilt boende	15
Förändrade rutiner allmänt.....	16
Farhågor med införandet av NPÖ	17
Förhoppningar med införandet av NPÖ.....	18
Kommunerna som konsumenter/har tillgång till information via NPÖ	19
Kommunerna som producenter till NPÖ.....	20
Önskade funktionaliteter hos NPÖ.....	21
Synpunkter och behov inför kommande lagöversyn	22
Avslutande reflektioner	23
Referenslista.....	25

Förord

Syftet med kunskapsöversynen avseende Nationell patientöversikt (NPÖ) har varit att göra en nyttoanalys av NPÖ. Det innebär att undersöka nyttan för kommunerna som konsument (användare) och som producenter (informationsgivare). Ett annat syfte var att presentera en ”önskelista” över funktionaliteter för nuläget och för framtiden. Översynen är gjord genom fokusgruppsintervjuer i två av Jämtlands kommuner och på en av klinikerna vid Östersunds sjukhus. Dessutom har en individuell intervju gjorts inom primärvården.

De intervjuer som vi har gjort har varit innehållsrika och informativa. Vi riktar därför ett stort tack till er alla som bidrog till kunskapsöversynen. Tack ska ni ha för att ni delgav oss värdefulla synpunkter och erfarenheter!

FoU Jämt, Östersund 2013-02-05

Marie Vackermo
Forskningsledare

Ingegerd Skoglind-Öhman
Forskningsledare

Bakgrund

Programmet kommunal IT i samverkan i vård och omsorg syftar till att förstärka samverkan mellan kommunerna, och mellan dessa och landstinget genom att införa NPÖ – ett journalsystem för delning av vissa patientuppgifter. Målet är större inflytande för medborgaren, minskad administration och bättre underlag för ledning och styrning. Landstingen inför NPÖ under 2012, varvid frågeställningen om kommunernas behov kopplat till NPÖ blir starkt aktualiserad.

NPÖ är ett informationsöverföringssystem där landstingens och kommunernas hälso- och sjukvårdspersonal kan få tillgång till enskilda personers (patienters) medicinska historik. För att kunna läsa uppgifterna krävs att man har en pågående vårdrelation, och att personen har givit tillstånd det vill säga medgivande för inhämtande av information. Om personen inte ger samtycke kan informationen spärras. NPÖ är en del av Nationell IT-strategi för vård och omsorg, och ska bidra till ökad patientsäkerhet. Syftet är att nå förbättrat kliniskt resultat (rätt diagnos och rätt behandling i tid, förutsättningar för förebyggande arbete), ökad säkerhet för patienten (rätt beslutsunderlag minskar risken för felbehandlingar), ökad effektivitet (delad information minskar dubbelarbete) och ökat inflytande (den enskilde får insyn och ökat inflytande över sin egen vård) (www.itivarden.se, www.nationellehalsa.se).

Enbart behöriga kan få åtkomst till NPÖ. Detta sker genom att det krävs en sorts e-legitimation (SITHS-kort) för att logga in i systemet. All inloggning registreras, och man kan därmed se hur ofta användaren har loggat in i NPÖ och vilken information hon/han har tagit del av.

Jämtlands, Norrbottens och Jönköpings län deltar som tre testlän i SKL:s delprojekt vilket syftar till att utreda och analysera på vilket sätt införandet av NPÖ i landstingen kan påverka och förändra arbetssätten i kommunerna. Delprojektet pågår under 2012 och ska ge svar på vilka behov som finns av information via NPÖ till kommunernas berörda medarbetare. Projekten ska även se över nyttan för kommunerna som konsumenter (användare) och som producenter (informationsgivare). Jämtlands län har kommunal hemsjukvård sedan 1992, varför fokusering på erfarenheter och kunskaper därav särskilt ska belysas.

Syfte/mål med införandet av NPÖ är att vård- och omsorgspersonal alltid ska ha tillgång till ändamålsenlig och kvalitetssäkrad information, vilket stärker

patient/brukarsäkerheten. De tre länen betraktas som tre olika fallstudier som var och en bidrar till det övergripande syftet. Målet med delprojektet är för Jämtlands del att genomföra en nyttoanalys av NPÖ; dels avseende konsument, dels producent. I delprojektet ingår även att presentera en specifikation av önskad funktionalitet i NPÖ, samt att bidra med underlag till utredning och lagöversyn av socialdepartementet 2013.

Metod

Kvalitativ ansats valdes för föreliggande kunskapsöversyn utifrån syftet att göra en nyttoanalys av NPÖ. Kvalitativ metod används när utgångspunkten är att förstå helheten relaterad till socialt sammanhang och verklighet (Starrin och Svensson, 1994; Silverman, 2004). Kvalitativa studier är ofta deskriptiva, och beskriver ett fenomen eller en företeelse. Tanken var att få överblick över kommun- respektive landstingsanställdas tankar kring Nationell Patientöversikt (NPÖ). I detta ingick att ta del av deras förväntningar och farhågor kring NPÖ, samt att samla in synpunkter och behov till en specifikation i form av en önskelista utan begränsningar från lagrum, organisation, ekonomi och system.

Datansamlingen i kunskapsöversynen gjordes genom fokusgruppsintervjuer i två av Jämtlands kommuner (Östersund och Krokoms) och på en av klinikerna på Östersunds sjukhus. Därutöver gjordes en individuell intervju med en distriktsläkare på hälsocentral. Den individuella intervjun genomfördes efter diskussioner i den nationella styrgruppen för undersökningsprojektet, då det framkommit från landstingets sida att det var praktiskt omöjligt att få till stånd en fokusgruppintervju i primärvården. Inom såväl kommunerna som inom landstinget fanns kontaktpersoner behjälpliga i att, under knapp tid, ta fram och organisera fokusgruppintervjuer. Fokusgrupperna i landstinget skulle bestå av professionerna läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Fokusgrupperna i kommunerna skulle bestå av biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Till riktlinjerna som kontaktpersonerna fick hörde också att grupperna skulle bestå av 5-6 personer. I de fokusgrupper som genomfördes kunde dessa kriterier uppfyllas.

Ett underlag i form av tänkt flödesschema med tre scenarier användes i samtliga intervjuer, för att underlätta och ge en gemensam grund för dessa (bilaga ett). Samtliga intervjuer hölls av de två moderatorerna (forskningsledarna från FoU Jämt) tillsammans, och spelades in på digitalt fickminne. Datansamlingen gjordes i form av diskussion mellan deltagarna. Intervjuerna var semistrukturerade genom att en intervjuguide med frågeområden användes (bilaga två), och följdfrågor för klarlägganden ställdes (Silverman, 2004). Diskussionen i de tre fokusgruppsamtalen fördes genom aktivt engagemang av deltagarna med moderatorernas frågeområden som vägledning. Det inspelade materialet transkriberades, och lästes igenom av moderatorerna.

Intervjuerna analyserades med kvalitativ metod inspirerad av innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Nedtecknade innehållsenheter, kategoriserades avseende likheter och skillnader med utgångspunkt från de formulerade frågeställningarna. Ytterligare avlyssning av inspelningarna gjordes för kontroll av innehåll och genomgång av tolkningar, vilket utfördes tills konsensus uppnåddes.

Metodologiska överväganden

Intervju i fokusgrupp är en metod för att samla in deltagarnas synpunkter och erfarenheter i en viss fråga eller ett visst ämne. I gruppintervjuer sker en interaktion, vilken medför ett givande och tagande i en fruktbar dialog. Diskussionen leds av en eller två moderator(-er), som har rollen som gruppleddare och guide för resonemanget ((Wibeck, 2000; Dahlin-Ivanoff & Hultberg, 2004).

Den individuella intervju som gjordes kan ses som ett komplement till de tre fokusgruppintervjuerna. Intervjun gav en fördjupad beskrivning av hur en distriktsläkare erfar kommunikationen mellan primärvård och kommun och vice versa, samt mellan sjukhus och primärvård och vice versa. I översynen finns en begränsning i och med att primärvården inte representerades av deltagare i fokusgrupp. Detta medför att vi inte har haft möjlighet att ta del av erfarenheter och tankar från övriga legitimerade professioner, i denna verksamhet.

I och med att underlaget för föreliggande rapport är relativt litet, samt utifrån metodvalet för undersökningen, är generaliserbarhet svår att uppnå. Med andra ord är det svårt att säga att det som framkommer i respektive kommun/landstingsområde gäller för hela nämnda kommun/verksamhetsområde och/eller för länet som helhet. Däremot kan vi se i studien som helhet, dvs. sammantaget med Jönköping och Norrbotten – vilka har använt sig av andra metoder och andra underlag i sina studier, att resultaten går hand i hand med varandra oavsett metod, faktiskt användande av NPÖ samt hur verksamheten organiserats (hemsjukvård eller inte hemsjukvård främst)¹.

Utifrån uppdragets karaktär och tidsplan, har målsättningen med föreliggande rapport inte varit att presentera djuplodande analyser, utan snarare att anta ett mer deskriptivt förhållningssätt av resultatsammanställningen.

¹ Se SKL-rapporten i sin helhet: Gemensam informationsåtkomst mellan landsting och kommun genom NPÖ-kunskapsöversikt i tre län.

Etiska aspekter

Deltagarna informerades muntligt av sina enhetschefer (kommunanställda) och områdeschef (sjukhusanställda) om kunskapsöversynen, och fick då även skriftlig information. Fokusgruppsdeltagarna skrev under ett informerat samtycke, vilket innebar att allt material behandlas konfidentiellt, att uppgifter som lämnas inte skall kunna härledas till enskild intervjuad person och att deltagandet är frivilligt.

Resultatsammanställning

Respondenternas synpunkter och erfarenheter presenteras i form av huvudfrågeställningar uppbyggda kring de tre scenarier som diskuteras vid intervjuerna; exemplet Kalle, 82 år som utskrivs från sjukhuset till korttidsboende, särskilt boende eller eget hem. De intervjuades utsagor åskådliggörs i citatform. Citaten knyts samman genom belysande kommentarer.

Sammanfattningsvis kan vi utläsa av genomförda intervjuer att det finns stor konsensus emellan respondenterna kring behovet av information om patienter² och deras behov. Såväl inom landsting som inom kommuner ses information som oerhört viktigt för hur vårdplanering skall/kan ske och för hur genomförandet av arbetet med patienten i nästa steg skall ske, exempelvis genom att sjuksköterskor delegerar uppgifter till undersköterskor i den dagliga omvårdnaden. Dessa insatser kan kräva handledning från sjuksköterskan ifråga och för att kunna göra detta måste sjuksköterskan i fråga ha tillgång till rätt information om hur patientens behov ser ut.

Vi ser att det skiljer sig mellan kommunerna på olika sätt, både genom hur organisationer arbetar, men också i hur man ser på informationsöverföring. Dels ser vi att regionens största och mest centrala kommun arbetar på ett visst sätt, relativt tätt ihop med landstinget, kring hemtagande av patienter, medan ytterkommunen i materialet har ett annat sätt att organisera arbetet. Dessutom lägger kommunerna vikt vid att ta hem sina patienter så snart som möjligt. Detta har dels att göra med kostnaden som det medför att patienten ligger kvar på sjukhuset (det s.k. betalningsansvaret som kommer sig av SFS 1990:1404), men också till stor del med att man ser vikten av att patienten får vara i sin hemmiljö, som hon/han är van vid.

² I rapporten kommer vi också att använda oss av begreppet vårdtagare för att beskriva patienter. När vi använder begreppet patienter handlar det i huvudsak om utsagor från/material kring landstinget och när vi använder oss av begreppet vårdtagare är det kommunerna som berörs.

Medgivande/Samtycke

Genomgående och under relativt omfattande diskussioner i samtliga intervjuer, har frågan om patientens medgivande/samtycke till att personal skall få läsa och dela information från journaler lyfts. Sammanfattningsvis kan sägas att det hela handlar om okunskap och om att respondenterna tolkat/uppfattat både sina överordnade och de texter de läst olika. Det finns också ofta andra direktiv ute i verksamheterna än vad som återges på Inera's³ hemsida. Denna otydlighet medför dels en mängd diskussioner och olika påbud kring hur det faktiskt ”skall vara”, men också i förlängningen en osäkerhet i att över huvud taget använda NPÖ. Inera har på sin hemsida direktiv kring hur detta skall hanteras i enlighet med Patientdatalagen, men det står tydligt utifrån intervjuerna att denna information inte nått alla praktiskt verksamma i landsting och kommuner, alternativt att informationen tolkats olika vid olika verksamheter.

Diskussionerna kring hur medgivande/samtycke hanteras och skall hanteras berör dessutom olika dimensioner av det hela. Exempelvis uttrycker flera av respondenterna att blir svårhanterligt när ”En person på särskilt boende, alltså som bor där och blir inskickad till sjukhuset...//... och när man ringer in och ska få rapport, så lämnar de inte ut någon”. Naturligtvis måste den personal som varit inne i den dagliga vården av patienten och som dessutom mest troligt kommer att vara vårdgivare till patienten framgent få ta del av information och uppgifter till patienten. Emellertid säger landstingspersonal att svårigheten ligger i att man kanske inte vet att patienten har en demenssjukdom, personen framstår som klar och redig och säger nej till att information. Det försvårar vårdsituationen och arbetet med patienten. Då är det endast vid risk för patientens hälsa och liv som det är tillåtet att lämna ut och inhämta information som patienten tidigare sagt nej till att dela. Såväl inom landsting som inom kommunerna är personalen enig om att det behövs ett tydliggörande kring de varaktigt beslutoförmögna och deras möjlighet att ta beslut om att överföra information eller inte. Det som alla trycker på och också håller sig till genom dessa diskussioner, är att det som görs, det görs utifrån vad som är det bästa för varje enskild patient.

Dessutom diskuteras på vilket sätt medgivande/icke medgivande skall framstå/synas som gällande för respektive patient. I en kommun säger man ”Kalle måste själv säga ifrån att den här informationen inte får lämnas ut, att det här vill jag inte ska synas. Men hur ska det informeras om det?”. På landstinget är man inne på samma spår och uttrycker att det kan bli svårt i journalföringen – att man inte vill behöva leta efter medgivandet, utan att det skall vara tydligt och synas direkt. Med andra ord ser vi även här att personalen i de olika verksamheterna upplever en

³ Det företag som tillhandahåller Nationell Patientöversikt, NPÖ

otydlighet kring hur samtycke skall tas emot, registreras och sedan visas i NPÖ. Återigen, sådana här diskussioner upptar relativt stora delar av samtliga intervjuer som genomförts i Jämtland och oavsett vari informationsproblemet ligger, är det viktigt att lösa det hela på ett sätt så att frågetecknen rätas ut, eller så att det finns lättåtkomliga vägar för att rätta ut frågetecknen.

Informationsöverföring när patienten skrivs ut direkt till egna hemmet

När patienten skrivs ut från sjukhuset till det egna hemmet kan läget se ut på olika sätt. Dels kan det vara så att patienten i fråga haft hemtjänst sedan tidigare och då finns med i organisationens ”rullar” och journaler. Emellertid är detta inte alltid fallet, utan ibland måste en helt ny biståndsbedömning genomföras innan patienten kan få det stöd som han/hon har rätt till och behov av.

Både biståndshandläggare och sjuksköterskor i kommunerna upplever att de inte alltid får rätt information om vad för insatser som behövs, samt att epikrisen – när den kommer – ger en lite mer tydlig (ofta mer allvarlig) bild av patientens mående och status. Det händer att sjuksköterska och biståndshandläggare får känslan av att den information som ges i Meddix är förskönad och att detta kan bero på att landstinget inte tror att kommunen vill ta hem patienten annars.

I dagsläget fungerar informationsöverföringen på olika sätt. Epikriser och information kan dels skickas med den hemåkande patienten, dels medelst brev eller fax. Dessutom upplever särskilt sjuksköterskor i ytterkommuner att de tvingas telefonera fram och åter till såväl hemskrivande klinik som till hälsocentral eller apotek för att få fram adekvat information gällande läkemedels- eller andra ordinationer, samt för att få tillgång till i förstone läkarepikris. I och med att det här handlar om stöd i hemmet, av hemtjänst och hemsjukvård, är det extra viktigt att veta vilka behov och ordinationer patienten har. Detta för att kunna säkerställa att personalen har rätt utbildning och delegation på vissa medicinska moment, då sjuksköterskan inte kan vara delaktig i den dagliga vården på samma sätt som i ett särskilt boende. Just detta med telefonerandet fram och åter lyfts upp åtskilliga gånger och kan både handla om ett behov av att få information kring ordinationer och kring vissa provsvar, men även om att få information om planerade återbesök. En distriktssköterska säger så här: ”... för att de här läkarna som är stadigvarande här kommunicerar med oss kommunsjuksköterskor via en brevlåda som de har /.../ och då kommer ett meddelande och då vet jag om det är något särskilt jag kan göra, men är det stafettläkare då skickar de brev hem till patienten, till den här kanske dementa personen, så det vore ju jättebra att läsa vad de gjort på HC” och menar på att man i hennes hemtjänstområde skapat en hållbar rutin, så länge det är ordinarie

läkare som arbetar på hälsocentralen. Samma sköterska uppger också att hon är i stort sett nöjd med det kommunikationsförfarande som finns idag, med faxande av epikriser. Hon uppfattas också vid intervjun som mer tveksam till införandet av NPÖ än andra sjuksköterskor som intervjuats.

För Östersunds kommun verkar läget vara annorlunda när det gäller rutiner för hemskrivning av patienter. Här har man på ett annat sätt än i ytterkommunerna tillgång till vårdplaneringssköterska⁴ på sjukhuset. Vårdplaneringssköterskan menar att hon idag arbetar med att sammanfatta läkare- och omvårdnadsepikriser och försöker förmedla dessa genom Meddix till berörda enheter. Emellertid ser man positivt på införande av NPÖ, då det vore fruktbart för kommunerna att löpande kunna gå in och följa upp vad som händer patienten. Vad gäller arbetsterapeut och sjukgymnast resonerar man som så, att det inte spelar någon roll var patienten ska – till hemmet, korttidsboende eller särskilt boende, informationen är viktig i vilket fall som helst. En läkare uttrycker detsamma: ”Mina epikriser är inte anpassade till var patienten ska, är ju medicinska läkarepikrisen och ska förklara vårdförloppet”. Vid fokusgruppsintervjun uttrycks emellertid att om patienten har hemsjukvård redan och skrivs hem, behöver inte annat än Meddix användas, eftersom att hemteamet då skall ha kontroll över läget.

Informationsöverföring när patienten skrivs ut till korttidsboende

Intervjuerna visar på en samstämmighet om att NPÖ ger möjlighet att få relevant och aktuell information, för att tidigt kunna planera utifrån individens behov. Detta ses som betydelsefullt i de fall där en person skrivs ut från sjukhus till korttidsboende exempelvis då det finns behov av ytterligare behandlings- eller stödinsatser innan personen klarar av att komma hem till ordinärt boende (sin egen bostad), alternativt särskilt boende. En sjuksköterska i ytterkommunen menar att det ofta händer att sjuksköterskan kommer in lite sent i planeringen inför utskrivningen till korttidsenheten. Hon betonar att det är viktigt att inför utskrivningen få veta vilka medicinska insatser som är ordinerade och vad som i övrigt kommer att ordineras. Detta ses som väsentligt inte minst med tanke på de sjukvårdande uppgifter, som på korttidsboendet ofta utförs av undersköterskor på delegation från

⁴ På Östersunds sjukhus har de olika klinikerna vårdplaneringssköterska, och utöver dem finns vårdplaneringsteamet som är kommunens och består av distriktssköterska och biståndshandläggare. Ofta deltar arbetsterapeut och/eller sjukgymnast från kommun.

sjuksköterskan. I intervjuerna med kommunpersonal framkommer att direktkontakt för muntlig rapportering ofta förekommer mellan sjuksköterskor på korttidsboende och sjukhuset. Flera respondenter framhåller vikten av dialog, då möjligheter finns att fråga ”men hur rörlig är han och hur klarar han av att äta och hur har det här med katetern funkat?”.

Distriktsläkaren från primärvården menar att det beroende på om patienten skrivs ut till korttidsboende eller särskilt boende kan finnas en viss skillnad i omfattningen av den information som ges från sjukhuset: ”om patienten kommer till korttidsboende så vet personalen egentligen ingenting om patienten överhuvudtaget, och då tror jag att de (på sjukhuset) är mer alerta på att epikrisen verkligen följer med... att de är extra noggranna att det ska vara så tydligt och rakt som möjligt”. Han pekar på att det mellan särskilt boende och korttidsboende finns en skillnad avseende informationsbehovet. Detta med tanke på att personalen på korttidsboendet egentligen inte vet något om personen som kommer till deras enhet, medan man på särskilt boende är välbekant med honom eller henne. ”Det är naturligtvis viktigt med informationen även till särskilt boende, och särskilt måste ju allting nytt finnas med såsom nya ordinationer, läkemedel eller nya omvårdnadsinsatser”. Det ses dock inte lika nödvändigt att sådant som har hänt förut är medtaget, vilket ju däremot kan vara av värde att veta om personen kommer till korttidsenhet.

Informationsöverföring när patienten skrivs ut till särskilt boende

Särskilt under intervjun med personalen i Krokom men också via primärvården, framkommer en upplevelse av att det inte överförs lika mycket information om patienten skrivs ut till särskilt boende, som om han/hon skrivs ut till hemmet eller till korttidsboende. En sjuksköterska vid särskilt boende säger så här: ”vi behöver ju också veta. Det här är Kalle som gick på sina ben i fredags. Nu ska han komma hem på tisdagen och han ligger där och har sin kateter – det är ju jättemycket som kan ha hänt. Men det upplever jag – att det är bättre skrivet när det är korttidsplats”. Det här håller sjukgymnast och arbetsterapeut i samma intervju med om. De menar att de flera gånger blivit inkopplade när något redan blivit ett problem för personalen, att arbetet med patienten blivit för tungt. Man menar att det kan gå veckor innan personalen lärmar och att de då fått slita ont i onödan. Detta skulle kunna avväjas med hjälp av NPÖ.

Från Östersunds kommun menar man att allt kring patientens vård och hemskrivning sköts av vårdplaneringsteamet och att de som de facto arbetar med patienten på särskilda boendet inte blandas in förrän patienten kommer tillbaka till boendet. Samtidigt säger man att sköterskan på särskilda boendet är den som skall

ha all kontakt med sjukhuset, men att det ändå är bedömningen från sjukhuset som är den gällande för vårdplaneringen på boendet. Här visar man på att den personliga faktorn kan komma att påverka bedömningen på så sätt att om det är en alldeles ny och oerfaren sjuksköterska kanske han/hon inte har rutinen att se att en person är mobiliserad, men bedömer att patienten ändå är det – utifrån att ha sett patienten gå bra från sängen och in på toaletten. Från detta till att komma ”hem” kan innebära ett stort steg för en patient, samt att vikten av information till hem-personal är stor. Den representant för primärvården som vi träffade hade en relativt överensstämmande bild med hur kommunernas bild av informationsflöde mellan landsting och kommuner såg ut: att det verkar som att det går ut mer fullödiga information till ett korttidsboende som skall ta emot en patient, än till ett särskilt boende med samma uppgift. Han menar så här: ”Till hundra procent måste det (läkemedelsinfo) finnas och riktigt samma måste är det inte på särskilt boende. De kanske inte har ändrat medicinen, men då är det bra att veta ATT de inte ändrat medicinen.” och han förde resonemang där han menade att det är mer vanligt att informationen till särskilt boende inte är lika uttömmande.

Respondenterna från sjukhuskliniken ser det som positivt med NPÖ i den bemärkelsen att informationsöverföringen blir mer likformig och säker, med tanke på att s.k. vanlig postgång inte är hundra procentigt säker. Det inte heller är riktigt säkert att en epikris som följer med en patient hem i samband med utskrivning från sjukhuset, när patientansvarig sjuksköterska i kommunen.

Förändrade rutiner allmänt

Idag är det vanligt att kommunen (vanligen sjuksköterskor) själv får ta kontakt med hälsocentralen för att få information om en patient som varit inlagd på sjukhus. Detta för att det i regel är lättare att få tag på och få hjälp från hälsocentralen än att få tag på/kontakt med läkare och sjuksköterskor på sjukhuskliniker. Detta förväntas bli förändrat i och med NPÖ, när det blir enklare att själv från hemtjänst, särskilt boende eller korttidsboende att kontrollera och söka upp viktiga uppgifter. Det som främst förväntas bli förändrat i informationsöverföringen, är att de epikriser och andra uppgifter som idag skickas per vanlig post, faxas eller rings emellan olika vårdinrättningar, kommer att försvinna successivt. Man menar också från landstingets sida, att eftersom de har fem dagar på sig att nå sina kollegor i kommunerna, hinner det ändå hända mycket för patienten och dennes tillstånd. Emellertid, om vi ser till den ytterkommun som deltar i studien är det inte alltid de de facto förbrukar dessa fem dagar. Istället ser man att det är viktigt att patienten kommer hem så snart som möjligt, varför man också i högre grad än övriga respondenter tycks vara mer förväntansfulla inför NPÖ. Uppfattningen är att NPÖ ytterligare kommer att främja ett snabbt hemtagande av patienter.

Respondenterna från landstingskliniken tror att informationen i Meddix kommer att kunna bli ännu mer kortfattad än i nuläget, i och med NPÖ. Man menar att kommunerna ändå kan gå in direkt och läsa i journalen (det uppmärksammas inte att endast delar av journalerna blir synliga i NPÖ), behövs inte lika fullödig information i Meddix och man uttrycker sig exempelvis så här: ”man blir nog ännu mer snål med vad man skriver i Meddix, om de kommer att kunna gå in direkt i journalen, då behöver vi inte skriva så mycket info i Meddix, för det blir ju lite dubbelt, eller så skriver jag och klipper in, inte allt men delar i Meddix, och då kanske jag kan behöva koncentrera mig på vad jag rekommenderar och inte skriva så mycket annat i detalj”. Vid förfrågan till biståndshandläggare säger kommunernas biståndshandläggare att de inte har behov av tillgång till NPÖ, så länge Meddix används som det ska, d.v.s. som ett vårdplaneringsinstrument.

Farhågor med införandet av NPÖ

En stor farhåga som lyfts fram främst från Krokomb (särskilt från biståndshandläggare som i nuläget inte har tillgång till NPÖ) i intervjumaterialet, är att Meddix kommer att användas mindre eller rent av inte alls, på grund av att NPÖ-användare endast begagnar sig av NPÖ för informationsinhämtning – trots de riktlinjer och regler som finns för användning av de olika systemen. Man är på det klara med att det handlar om två olika system, med två olika användningsområden, men tror ändå att det kan tas vissa genvägar i kommunikationen utifrån detta och att det finns arbetsgrupper och brukare som kan bli lidande av detta. Dessutom uttrycks att det redan idag ofta är lite information som framkommer i Meddix och att: ”Man måste läsa mellan raderna och krymper raderna ännu mer så finns inte så mycket att läsa mellan” (biståndshandläggare). Detta uttrycks också i Östersunds kommun: ”Det får absolut inte minska med vad det är i dag, inte i Meddix, det är nästan på gränsen till för lite som det är idag, ibland får vi inte veta sånt som vi skulle behövt veta för 14 dagar sedan”. Denna farhåga kan ju också understrykas med hjälp av liknande uppfattning som lyftes fram just från landstinget – att man såg framför sig att slippa behöva skriva så mycket information i Meddix i och med att kommunerna har tillgång till NPÖ.

Från landstinget är en farhåga att informationen blir för omfattande – att man som enskild vårdgivare svämmas över av information och att det blir svårt att sortera och inte gå vidare i systemet. Dessa respondenter trycker också på vikten av att kunna hitta vad man söker. Här ser vi att informationen kring hur NPÖ visar journaluppgifter inte varit tillräcklig, eller tagits emot på ett otillfredsställande sätt. Man uttrycker också viss tveksamhet över att många fler människor än tidigare kommer att kunna gå in och läsa i journaler.

Inte all personal som vi intervjuar, vet vad NPÖ egentligen är. Man menar att farhågorna naturligtvis blir avhängiga av vad man kan se i NPÖ. I och med att man inte har grepp på hur NPÖ fungerar, vet man heller inte om det kommer att ge merarbete och i så fall på vilket sätt. Det uttrycks en farhåga om att det kommer att ta mer personalresurs att nyttja NPÖ, med argumentet att allt som är uppknutet till datorn tar tid och att allt administrativt som görs, medför att tid tas från det direkta patientarbetet. Detta håller emellertid inte alla med om, utan många tror att det kan bli det motsatta istället. Samma person som uttrycker nämnda farhåga här, menar också att det finns en farhåga att alltför mycket teknik kommer in i verksamheten och menar att det är viktigt att inte glömma den verbala kommunikationen och faktiskt lyfta telefonluren och ringa varandra ibland också. Det kan också bli så att med NPÖ måste t.ex. en distriktssköterska gå tillbaka till sitt kontor för att få information, istället för som idag kan hända: att sköterskan får informationen direkt i handen av patienten när han/hon kommer hem från sjukhuset. Dessutom går inte informationen i NPÖ att skriva ut och ta med, som ju går med ett faxat brev och detta kan ses som en nackdel, särskilt i hemtjänsten där vårdpersonalen åker ut till sina vårdtagare.

Förhoppningar med införandet av NPÖ

För det första är alla intervjurespondenterna eniga om att information alltid är bra och att det gagnar patienten att det finns tillgång till information. Någon uttrycker sig så här: ” jag ser en positiv grej med att kunna ha tillgång till hur man tänker och hur man har tänkt på sjukhuset, men det gäller ändå att man vet, att nu – från och med nu är det mitt ansvar att ta till mig information om patienten. För innan jag vet det har jag ju ingen rätt att göra det” och det uttrycks att med ett informationsflöde som kan flyta friktionsfritt hela vägen, står patienten i centrum, vilket många respondenter uttrycker vara det viktigaste, upprepade gånger. Dessutom uttrycks också en förhoppning att man på ett annat sätt än idag kommer att kunna gå in i NPÖ innan patienten kommer hem och förbereda sig och arbetsplatsen på ett bra sätt.

Till skillnad också från Östersunds kommunrepresentanter, uttrycker ytterkommunen Krokoms respondenter att man tror att det kommer att bli mycket mindre rundringande och tjatande för att få fram information om vårdtagare. Här framlyfts snarare telefonsamtalet som ett hinder i arbetet, då det upplevs bli alltför mycket och alltför ”tjatigt” ofta. Emellertid uttrycks också att NPÖ kan vara en möjlighet till bättre information, men att detta inte alltid är nödvändigt – om det följer med en epikris. Däremot uttalas en förhoppning om att den information som kommer att komma i NPÖ kommer att vara tillräcklig.

Trots att någon uttryckt en farhåga kring att fler personer än tidigare nu kan gå in och läsa journaler, uttrycker man också en tillfredsställelse kring att den nya inloggningen med SITHS-korten kommer att medföra en bra kontrollfunktion med spårbarhet, vilket i sig kommer att kunna medföra att inte obehöriga läser information om patienten.

Kommunerna som konsumenter/har tillgång till information via NPÖ

Vid samtliga intervjuer, oavsett kommun eller landsting, påtalas det positiva i att kommunen ska kunna ta del av information från sjukhus eller primärvård via NPÖ. Vårdplaneringssjuksköterskan på sjukhuskliniken ser flera vinster i att kommunens personal kan läsa aktuell information: ”jag vårdplanerar ju, och skriver direkt i vårdplanen, och jag kan ju se distriktaren där på kvällen, att det blir ju underbart för distriktaren att få aktuell läkemedelslista till exempel...”. Även arbetsterapeuten ser att kollegorna i kommunen har nytta av sjukhuskollegans bedömning: ” jag känner i alla fall på de bedömningar som jag gör... att det är ganska bra att kunna följa dem... skulle jag jobba i kommunen, och det gäller en strokepatient, så ser jag att han har förbättrats...”.

Flera av de intervjuade på sjukhuset menar att det är bra om kommunens personal exempelvis inom hemsjukvården kan gå in i NPÖ och följa skeendet löpande, och alltså inte som idag, bara få epikrisen i samband med att patienten skrivs ut från sjukhuset. Det finns dock oklarheter om hur mycket som kan gå att utläsa via NPÖ, och även en del frågetecken lyfts angående innehållet i Meddix respektive NPÖ. Ett belysande citat: ” Kommer de in i omvårdnadsjournalen där vi skriver status och rapport och allting, så att de ser bedömningar? Om de inte kommer in i omvårdnadsjournalen, så ser de inget om vad som händer under vårdtiden... då ser de ju bara epikrisen, och de har de ju ingen vinst om de inte ser omvårdnadsjournalen...”. En annan i sjukhusgruppen säger: ”det som är intressant för kommunerna, om det inte står i Meddix, är ju vad som står i status”. Det framstår uppenbart att de intervjuade bland sjukhuspersonalen inte har kännedom om i vilken utsträckning kommunen kommer att ha tillgång till informationen genom NPÖ. Vad som också framskyntar är att viss journaldokumentation i dagens läge utlämnas via vårdplaneringsverktyget Meddix.

Från kommunernas sida ser man stora fördelar med att kunna läsa information via NPÖ, förutsatt att man vet att personen finns på sjukhuset. En distriktssköterska säger: ”ja, men vi kan läsa och följa dem, och vet vi att patienten finns där, då kan vi ta kontakt och fråga och förbereda och så...” medan arbetsterapeuten uttrycker följande: ”han måste klara trappen därhemma, och måste ju kunna ta sig till toan

som är en trappa upp...”. Synen på att värdet av information för att i tid kunna planera för personens hemkomst är samstämmig bland sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Sjukgymnasten i en av kommunerna vill kunna ta del av läkarutlåtanden och röntgensvar”, kanske inte om det gäller vanlig collumfraktur (höftledsfraktur), men gärna i mer komplicerade fall”. Från kommunernas rehabiliteringspersonal ses tillgång till landstingets arbetsterapeut- och sjukgymnastjournaler vara av nytta. Detta för att planera träningsinsatser, hjälpmedelsutprovningar och eventuella anpassningar i miljön. Sjuksköterskorna påtalar vikten av exempelvis medicinska uppgifter via läkaranteckningarna, att kunna se om läkemedelsändringar har skett eller att kunna kolla planerade återbesök. NPÖ ses som ett bra sätt att kunna få snabb information, vilket underlättar möjligheten att på hemmaplan planera utifrån personens specifika behov.

Kommunerna som producenter till NPÖ

Från kommunalt håll upplevs inte att landstinget vill ha återkoppling på hur det gått för utskrivna patienter, däremot menar man att det finns kliniker som faktiskt ringer och behöver svar på frågor kring hur det varit med patienten under sista tiden – vilken förmågor han/ hon haft, ADL-status och hur patienten varit innan han/hon skickades in till sjukhuset. Från kommunpersonalen uttrycks också en önskan att landstinget skall vilja ta del av uppgifter som rör patienten – för patientens bästa.

Emellertid, till exempel när en patient är väldigt dement, men verkar klar och redig, kan det vara väldigt viktigt för landstinget att ha information om detta – både för förhållningssätt gentemot patienten, men också för att kunna ge information till ett eventuellt särskilt boende/korttidsboende om patientens tid på sjukhuset. Detta gäller även primärvården. Här ges exemplet att man från hemsjukvården tar en hel del prover på patienter och att svaren på dessa idag inte alltid når vare sig primärvården eller sjukhuset.

Från kommunalt håll menas att det vore värdefullt för landstinget att ta del av status, anamnes och liknande, för att kommunerna vid förflyttning av patienten till sjukhuset ofta skickar med en ambulansrapport som ibland inte följer patienten genom hela vårdförloppet. Det är inte alltid patienten eller eventuella anhöriga kan redogöra för vad som hänt och hur patienten mått innan han/hon kommit till sjukhuset. Det kan också vara bra att kommunerna är producenter när läkare från primärvården jourtjänstgör i kommunens hemsjukvård. Hittills har de inte haft tillgång till kommunala journaler. En av distriktssköterskorna påtalar att den ”egna” hälsocentralen skulle ha stor nytta av att ha tillgång till kommunens hemsjukvårdsjournal, exempelvis inför planerade återbesök eller då patienten kallas

till årlig kontroll. Hon säger: ”vi har nära samarbete med hälsocentralen och de kan ha nytta av våra uppgifter om blodtryck, blodsocker, vikt och även MNA”⁵.

Landtingsrespondenterna själva vill kunna få reda på hur det varit med patienten under närmaste tiden före sjukhusvistelsen, t.ex. om det är en person med svår demens. Här uttrycks också diskussioner och frågetecken om medgivande från patienten när han/hon har svår demens: ”det är ju det här som det är jättediskussion kring, om man inte har patientens tillåtelse att fråga om kommunens insatser, får jag fråga din hemkommun vad du har för hjälp från hemtjänsten och har patienten demens, afasi eller... kan den ju inte ge tillåtelse och då får jag inte fråga vad han har för hemtjänst”. Emellertid, om de istället kan få reda på hur mycket hjälp patienten har behövt hemma, kan läkare bedöma hur mycket han/hon försämrats och rekommendera hemtjänst osv. Man menar dock att om patienten i fråga varit med i systemet tidigare, är det enkelt att använda sig av Meddix för att se hur det varit tidigare. Här menar de också att om patienten har hemtjänst, kan kommunen skicka en bilaga i Meddix, vilken beskriver hur det ser ut hemma, om patienten går med rollator, behöver hjälp med mediciner osv. Någon annan uttrycker att det är när ”Kalle” kommer tillbaka för fjärde gången, som det är viktigt att få reda på vad som fungerade och inte i vården de tidigare gångerna.

Önskade funktionaliteter hos NPÖ

Användbara och underlättande funktioner som har uttryckts i intervjuerna presenteras i nedanstående specifikation i form av ”önskelista”. Ett flertal av önskemålen har nämnts av respondenter från såväl kommuner som landstinget.

- Läkemedelsordinationer/läkemedelsändringar
- Lab.svar/provsvär
- Läkarutlåtanden
- Omvårdnads- och medicinsk epikris
- Arbetsterapeut/sjukgymnastjournal
- ADL-status
- Utförda behandlingar
- Utprovade hjälpmedel
- Planerade återbesök

⁵ MNA är ett screenings- och bedömningsverktyg som används i syfte att identifiera risk för undernäring.

- Signal/meddelande om att uppgifter finns att ta del av i NPÖ (så kallad direktadresserad notifiering)

Synpunkter och behov inför kommande lagöversyn

- Förtydligande kring samtycke/medgivande till informationsöverföring avseende varaktigt beslutsförmögna
- Samtycke vad gäller utlämnande av SoL-uppgifter – då kommunerna blir producenter
- Gemensam journalföringsstrategi – att använda ett gemensamt språk där landstingspersonal och kommunal personal skriver och tolkar journalskrift likadant.

Avslutande reflektioner

Vi kan se att informations- och fortbildningsaspekten är väsentlig. Det handlar om att informationen om NPÖ respektive Meddix måste gå ut till, nås och förstås av personalen som skall använda systemen: vad handlar de olika systemen om? Vad skall journalföras och vad skall vårdplaneras i Meddix, samt vilket system används för att hämta vilken information ifrån? Såväl kommun- som landstingspersonal behöver utbildning och fortbildning i både NPÖ och Meddix för att dessa ska användas för respektive systems specifika syften. Att Meddix lyfts fram i dessa sammanhang, har att göra med de tveksamheter som råder vad gäller hur de två olika systemen skall användas – såväl verktygsmässigt som parallellt till varandra. I Jämtlands län handlade detta med informations- och fortbildningsaspekten om just NPÖ vs Meddix, men vi kunde i jämförelse med de andra länen se att detta också kan handla om andra vårdplaneringssystem.

Vad gäller Jämtlands roll som enda län i studien med kommunal hemsjukvård (sedan 1992), var det svårt att genom denna metod få fram specifika resultat kopplat just till om hemsjukvården påverkas av/påverkar journalföring och informationsöverföring specifikt. Svårigheten ligger till stor del i att hemsjukvården är väl inarbetad sedan 20 års tid och därmed svår för deltagare och moderatorer att särskilja i det stora hela.

Det är till stor del positiva respondenter i materialet som diskuterar detta med NPÖ. Visst finns det också farhågor kring olika faktorer, men i stort ser man informationsflöde som bra, och ännu bättre om det går att systematisera på ett lättillgängligt sätt. En samstämmighet finns om förhoppningen att NPÖ ska leda till en förbättring vad gäller informationsöverföringen, det vill säga ”rätt information i rätt tid”, med den enskilda individens bästa som centralt motiv.

Emellertid råder det något delade meningar kring hur NPÖ skall användas i den praktiska verksamheten. Dels finns det de respondenter som ser framför sig att användandet av NPÖ kommer att ske rutinmässigt och som en naturlig del av den dagliga rutinen. Andra ser det snarare som så, att rutinen inte skall vara att använda NPÖ, utan att se användandet som ett komplement som kan komma att ske ibland.

Det går kanske inte att styra hur personalen ute i de praktiska verksamheterna använder NPÖ, men det kan vara av vikt att diskutera detta på varje respektive arbetsplats, för att någonstans ha en likriktad syn och arbetssätt. Här, liksom inom andra områden vi berört, ser vi också vikten av utbildning och information till de

praktiskt verksamma (samt hur information och utbildning de facto tas emot av nämnda praktiker).

En avslutande frågeställning som vi vill överlämna till läsarna är: Om informationsöverföringen från landstinget till kommunerna varit mer effektiv, t.ex. genom snabbare epikrishantering– hade NPÖ behövts då?

Referenslista

Dahlin-Ivanoff, S, & Hultberg, J. (2006) *Understanding the Multiple Realities of Everyday Life: Basic Assumption in Focus-group Methodology*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 13(2):125-132.

Graneheim, U. H, & Lundman, B. (2004) *Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness*. Nurse Education Today 23:105-12.

SFS: 1990:1904: Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Silverman, D. (2004) Ed. *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. London: Sage Publications.

Starrin, B. & Svensson, P.G. (1994) *Kvalitativ Metod och Vetenskapsteori*. Studentlitteratur: Lund.

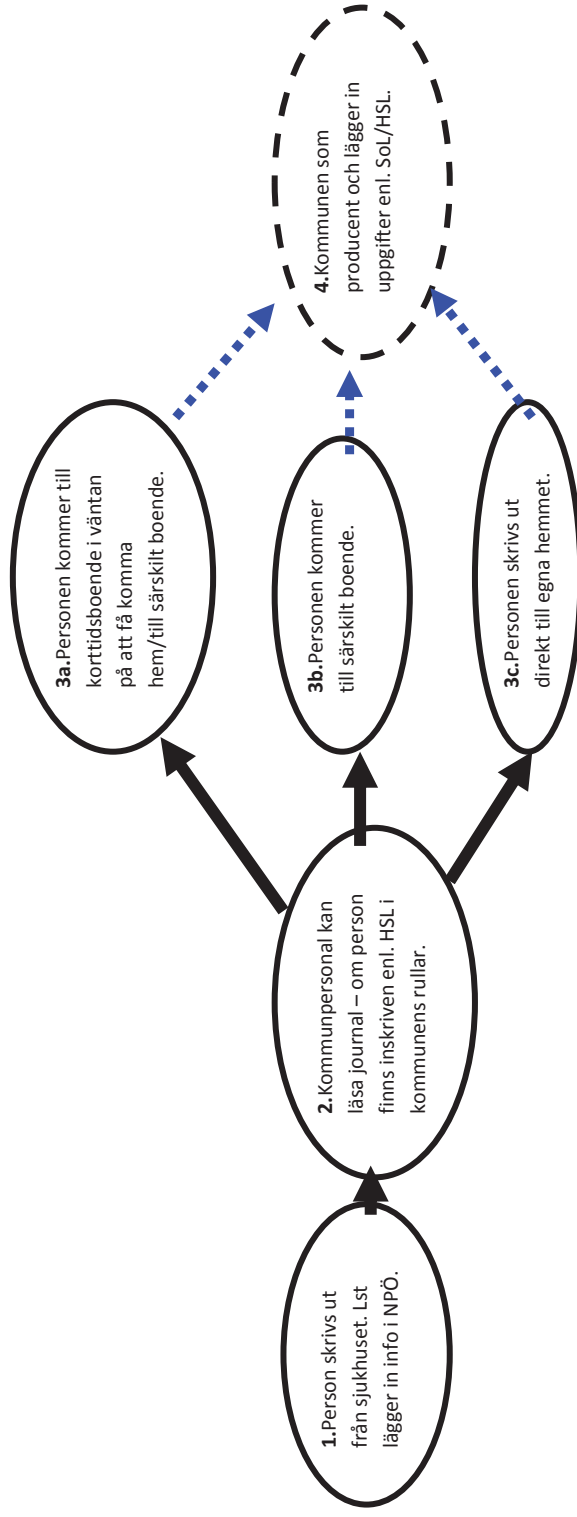
Wibeck, V (2000) *Fokusgrupper. Om fokuserande gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Studentlitteratur: Lund.

Elektroniska källor:

<http://itivarden.idg.se/2.2898/1.211880>

<http://www.nationellehalsa.se/>

Bilaga 1



Bilaga 2

Kalle, 82, är utskriven till korttidsboende.

- K/L Vad händer med patienten vid utskrivningen?
- K/L Patientens behov
- K/L Om/hur förändras arbetsrutiner och administration nu?
- K/L Är det rätt att ändra de redan inkörda arbetsrutinerna?

Kalle, 82, är utskriven till särskilt boende

- K/L Vad händer med patienten vid utskrivningen?
- K/L Patientens behov
- K/L Om/hur förändras arbetsrutiner och administration nu?
- K/L Är det rätt att ändra de redan inkörda arbetsrutinerna?

Kalle, 82, skrivs ut direkt till egna hemmet

- K/L Vad händer med patienten vid utskrivningen?
- K/L Patientens behov
- K/L Om/hur förändras arbetsrutiner och administration nu?
- K/L Är det rätt att ändra de redan inkörda arbetsrutinerna?

Om dessa diskussioner liknar varandra, försök att finna följande frågor: fungerar det på samma sätt vid de olika scenarierna?: finns det några skillnader och i så fall vilka? Om det ser väldigt olika ut – finns det några likheter, isf vilka?

FINNS YTTRELLIGARE ETT SCENARIO – ”ANNAT”? Använd frågorna här intill.

Kommunen blir producent för NPÖ (önskelista)

- **K/L** Bra eller dåligt? Varför?
- **L** Vad saknar man vad gäller information från kommunerna idag? Från vilka professioner?
- **K** Vad tror/tycker kommunerna att landstinget saknar för information idag? Från vilka professioner?
- **K** Vad vill vi skriva in för uppgifter som är viktiga om kalle återinläggs?
- **K/L** Önska fritt!

Tidigare utgivna rapporter i FoU- Jämtes rapportserie

- 2012:4 Christina Amrén, Annica Kristoffersson och Alf Persson.
Dialoggrupper: För ökad brukarmedverkan inom socialpsykiatri
2012:3 Kommande
2012:2 Lena Löfskog. Hundbesök till äldre i Härjedalens kommun: En
försöksverksamhet med hundar, ungdomar och äldre
2012:1 Hanna Molin. Stresshantering för vuxna med Aspbergers syndrom:
Ett metदानpassningsarbete inom vuxenhabiliteringen i Östersunds
kommun
2011:2 Catharina Höjer. Navigator. Utvärdering av projektet i Krokom.
2011:1 Marianne Westring Nordh och Claes Malmquist. Glesbygdsmodellen
– Arbete och aktivitet - flexibla individuella möjligheter till
arbetsträning/prövning.
2010:9 Catharina Höjer. ippi och äldre kommunikation i landsbygd –
Rapport om pilotprojektet i Bergs kommun
2010:8 Monica Andersson. Föräldrakraft i Bräcke kommun – enfördjupad
studie i metodutveckling 1 januari–31 december 2009
2010:7 Marianne Westring Nordh och Jörgen Söderback. Lupp. Lokal
uppföljning av ungdomspolitiken i Jämtlands län 2009 sett ur ett
läns- och kommunperspektiv
2010:6 Anneli Kivisilta Nilsson Marianne Westring Nordh. Steget vidare.
Självvärdering Samordningsförbundet i Åre för år 2009
2010:5 Marianne Westring Nordh. Att skapa en känsla av sammanhang.
Utvärdering av det första året med familjebehandlingsteam i Bräcke
kommun
2010:4 Maritha Månsson. DIA – Delaktighet I Aktivitet. En metod för
brukaren att skatta upplevelsen av hur aktiviteter kan utföras och för
planering med teamet
2010:3 Marianne Westring Nordh. Socialt innehåll i vardagen för äldre i
särskilda boenden. Ett utvecklingsarbete tillsammans med personal
2010:2 Catharina Höjer. Förebyggande hembesök. En gemensam modell i
Jämtlands län?

- 2010:1 Catharina Höijer. Förstärkt stöd till anhöriga som stödjer och hjälper en närstående. Utvärdering av länsprojektet 2007–2009
- 2009:4 Marianne Westring-Nordh. Kartläggning av insatser riktad till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Jämtland
- 2009:3 Bodil Evertsson, Elenor Ivarsson och Magnus Zingmark. Jag behöver hjälp med min mat! Vad är behovet?
- 2009:2 Catharina Höijer. Håll i och håll ut. Utvärdering av en aktivitet inom ramen för Kompetensstegen
- 2009:1 Magnus Zingmark. Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig – En jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser
- 2008:12 Catharina Höijer och Ewa Nordström-Johansson. Samordningsförbundet för psykiskt funktionshindrade i Jämtlands län – Samordning i förändring
- 2008:11 Birgit Eriksson. Hur har det gått? Adoptivbarn och samhällets stöd
- 2008:10 Markku Paanalahti. Kroniska strokepatienters perspektiv på funktionsproblem i ordinärt boende
- 2008:9 Catharina Höijer och Elisabeth Magnusson. Från asylhem till eget hem – ensamkommande asylsökande barn
- 2008:8 Bengt Åkerström och Gunilla Henriksson. Inventering av psykiskt funktionshindrade samt livskvalitetsundersökning i Jämtlands län
- 2008:7 Marianne Westring Nordh och Ingela Bergström. Projekt kommer och går vilka kunskaper är det som består? Utvärdering av Bergs samordningsförbund
- 2008:6 Marianne Westring Nordh. 15 eller 27 extra dagar – gör det någon skillnad? En uppföljningsstudie av 3-3 modellen i Krokoms
- 2008:5 Marianne Westring Nordh. Familjekrafts fortsatta utveckling och familjebehandlingens långsiktiga effekter
- 2008:4 Magnus Zingmark. Överlåtelse och kommunikation av rehabiliteringsinsatser i gränslandet mellan Socialtjänstlagen och Hälso- och Sjukvårdslagen
- 2008:3 Marianne Westring Nordh, Ingela Bergström och Jonna Nordh Börresson. Att färdas framåt tillsammans!? - Utvärdering av samordningsförbundet i Strömsund
- 2008:2 Marianne Westring Nordh, Ingela Bergström och Jonna Nordh Börresson. Att vara eller hur vara – det är frågan? Utvärdering av samordningsförbundet Östersund
- 2008:1 Catharina Höijer. Socialpsykiatriska teamet i Krokoms kommun – en tvärdering
- 2007:4 Lotta Svensson. Att gå från god vilja till vågad förändring – Utvärdering av Bräcke ungdomsprojekt

- 2007:3 Marianne Westring Nordh och Jonna Nordh Börresson. Mortalitetsrapport för åren 2005 och 2006 Östersunds beroendecentrum
- 2007:2 Marianne Westring Nordh. Utvärdering av Strömsunds familjevårdsteam
- 2007:1 Marianne Westring Nordh. Intensiv, flexibel behandling på hemmaplan -utvärdering av projektet Familjekraft i Krokoms kommun
- 2006:5 Kerstin Andersson-Thorell, Ingrid Christensen, Jonna Nordh Börresson och Marianne Westring Nordh. När och varför gör den kommunala distriktssköterskan tillfälliga hembesök
- 2006:4 Markku Paanalhti. Hemträningens effekt på funktionsförmågan på kroniska strokepatienter i ordinärt boende
- 2006:3 Eva Karlsson, Nils Mårtensson och Anders Säterhag. Kommunikationsutveckling – autism/funktionshinder
- 2006:2 Magnus Zingmark. Utvärdering av handledning inom hem-rehabilitering
- 2006:1 Maritha Månsson, Ann Nordholm, Lena Andersson, Annelie Mikaelsson och Ulla Ekman. Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst
- 2005:3 Karin Nykänen och Lena Olofsson. Internationella adoptioner i Jämtland - utveckling av föräldraförberedelser
- 2005:2 Henry Lundmark. Med Dagmars ögon
- 2005:1 Suzanne Göransson. Varför söker inte anhörigvårdare stöd?
- 2004:4 Irène Ahlnäs-Toft. Brukarinflytande i hemvården
- 2004:3 Bengt Åkerström och Ingrid Nilsson. Samhällsstödet till barn och ungdomar med funktionshinder och deras föräldrar i Jämtlands län
- 2004:2 Susanne Olsson. Det är som en extrafamilj
- 2004:1 Elisabeth Carlander-Blom och Ingrid Lund-Bouvin, Kerstin Björkman Randström, Barbro Amrén och Birgitta Borglund. Den kommunala distriktssköterskan
- 2003:1 Bengt Åkerström och Gunilla Westerdahl. Utvärdering av projektet Vårdknuten
- 2002:3 Anna-Lena Näsström. Är jag en sån där anhörigvårdare jag?
- 2002:2 Theres Bergström, Marie Nilsson, Björn Bergvall, Veronica Holmberg och Fredrik Olsson. Äldreomsorg, IFO, LSS & Rehab i Krokoms kommun
- 2002:1 Sven Jonasson. FoU-enhet för socialt arbete och den kommunala hälso- och sjukvården i Jämtlands län. Projektplan

Införandet av Nationell patientöversikt (NPÖ) har påbörjats i Jämtlands kommuner under senhösten 2012. NPÖ innebär att legitimerad personal med patientens samtycke kan se patientens landstingsjournal. Statens kommuner och landsting (SKL) har utsett tre län i landet till testlän i SKL:s projekt som syftar till att utreda och analysera på vilket sätt införandet av NPÖ i landstingen kan påverka och förändra arbetssätten i kommunerna. Jämtland, Norrbotten och Jönköping är de utsedda projektlänen, och presenterar respektive länsöversyn i separata rapporter. Dessa ingår som grundmaterial i en nationell SKL-rapport.

I föreliggande rapport från Jämtland redovisas en kunskapsöversyn i form av nyttoanalys; dels avseende nyttan av NPÖ för kommunerna som konsument av landstingets information, dels avseende nyttan och behovet av att kommunerna i framtiden skulle kunna bli producenter till gagn för landstinget. Studien visar även önskemål om nya eller framtida funktionaliteter hos NPÖ, funktionaliteter som underlättar och förbättrar informationsöverföringen.

Rapporten har skrivits av forskningsledarna Marie Vackermo och Ingegerd Skoglund-Öhman vid FoU Jämt.