

*När och varför gör den kommunala
distriktssköterskan tillfälliga hembesök*

*– En jämförande studie av kartläggningarna i
Jämtlands län åren 2003 och 2006*

Kerstin Andersson-Thorell
Ingrid Christensen
Jonna Nordh Börresson
Marianne Westring Nordh

När och varför gör den kommunala distriktssköterskan tillfälliga hembesök

– En jämförande studie av kartläggningarna i Jämtlands län åren 2003 och 2006

Kerstin Andersson-Thorell
Ingrid Christensen
Jonna Nordh Börresson
Marianne Westring Nordh

Sammanfattning

Det har framkommit vid utredningar i länet att behov finns att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan landstingets primärvård och kommunerna. En kartläggning gjordes 2003 som redovisade resultatet av de tillfälliga hembesök som den kommunala distriktssköterskan utförde. Önskemål framkom om att ytterligare en kartläggning skulle genomföras för att kunna jämföra resultatet mellan åren 2003 och 2006. Syftet med rapporten har varit att göra en jämförande studie mellan dessa två kartläggningar. Rapporten kan också ligga till underlag för att förtydliga ansvarsfördelningen mellan landstinget och kommunerna. Kartläggningen omfattade 105 distriktssköterskor och resultatet baseras på 69 distriktssköterskors uppgifter. Resultatet visade att antalet tillfälliga besök har minskat avsevärt mellan åren framförallt i tre av länets kommuner. Det framkom även att det är många olika instanser som kontaktar den kommunala distriktssköterskan för att få sjukvårdsinsatser utförda i hemmet. Brukarens hälsotillstånd är den vanligaste orsaken till varför insatsen utförts i hemmet. Ett flertal insatser var dock av den karaktären att de skulle kunna ha utförts på hälsocentral istället. Orsaken till detta kan vara att ansvarsfördelning mellan kommun och landsting fortfarande inte är tillräckligt tydliggjord. För att komma överens om en ansvarsfördelning måste vissa begrepp tydliggöras och innebörden i begreppen vara accepterade av bägge parter. Först när man enats om dessa begrepp kan man skapa rutiner och riktlinjer. Därefter måste dessa rutiner och riktlinjer kommuniceras och informeras om till all berörd personal, för att brukaren ska komma på rätt vårdnivå från början. Alla riktlinjer när det gäller tillfälliga hembesök måste i första hand ses ur ett brukar- och samhällsekonomiskt perspektiv.

INNEHÅLL

| | |
|---|-----------|
| INLEDNING | 6 |
| BAKGRUND | 7 |
| BEGREPP | 9 |
| SYFTE | 11 |
| AVGRÄNSNINGAR | 11 |
| METOD | 11 |
| URVAL | 11 |
| KARTLÄGGNINGSBLANKETTEN | 12 |
| <i>Förändringar av blankett och manual i 2006 års studie</i> | 13 |
| GENOMFÖRANDE | 14 |
| ETISKA ÖVERVÄGANDEN | 15 |
| RESULTAT | 16 |
| ANTAL BESÖK UNDER MÅNADEN | 16 |
| INITIATIVTAGARE TILL FÖRSTA BESÖKET | 18 |
| INITIATIV TILL ÖVRIGA BESÖK | 19 |
| KOMMUNENS STÖD MED PERSONLIG OMVÅRDNAD | 19 |
| OMFATTNING AV GENOMFÖRD VÅRDPLANERING DÄR BÅDE KOMMUN OCH LANDSTING DELTAGIT | 20 |
| INSATSER SOM UTFÖRS VID HEMBESÖKEN | 20 |
| <i>Vilka insatser genomfördes?</i> | 20 |
| <i>Hur besöket initieras fördelat på typ av insats</i> | 22 |
| BRUKARENS FÖRMÅGA ATT TA SIG TILL HÄLSOCENTRAL UTAN STOR OLÄGENHET | 23 |
| <i>Brukarens förmåga att ta sig till hälsocentralen fördelat på typ av insats som utfördes vid hembesöket</i> | 24 |
| VARFÖR INSATSEN UTFÖRDES I HEMMET ISTÄLLET FÖR PÅ HÄLSOCENTRAL | 25 |
| VILKA INSATSER SKULLE HA KRÄVTS FÖR ATT BRUKAREN SKULLE KUNNA FÅ INSATSEN UTFÖRD PÅ HC | 27 |
| ÅVSTÅND TILL NÄRMASTE HÄLSOCENTRAL | 28 |
| HUR LÅNGVARIG VAR INSATSEN ELLER HUR LÅNG BERÄKNADES INSATSEN BLI | 29 |
| <i>Ärenden längre än 14 dagar fördelade på typ av insats</i> | 31 |
| ANALYS | 34 |
| BESÖKSFREKVENNS | 34 |
| KOMMUNIKATION OCH ANSVARSFÖRDELNING | 35 |
| SAMHÄLLSNYTTAN | 36 |
| METODDISKUSSION | 37 |
| SLUTSATSER | 38 |

Bilagor

Bilaga 1 Kartlägningsrapport 2003

Bilaga 2 Manual 2006

Bilaga 3 Kartlägningsblankett 2006

Inledning

Denna arbetsrapport som Du nu håller i Din hand har sammanställts av Kommunförbundet Jämtland/FoU Jämt tillsammans med representant från vård- och omsorgsförvaltning i Östersunds kommun samt från utvecklingsenheten i Jämtland läns landsting, på uppdrag av Sociala vård- och omsorgsgruppen (SVOM).

Syftet med arbetsrapporten har varit att göra en jämförande studie av de kommunala distriktssköterskornas enstaka tillfälliga hembesök 2003 och 2006. Den kan också ligga till underlag för att förtydliga ansvarsfördelningen mellan landstinget och kommunerna i Jämtlands län när det gäller hembesöksverksamheten. Tidigare rapport från 2003 har legat till grund för kartläggningen 2006 som med tillägg av variabler kunnat bidra till ytterligare klarlägganden. Detta innebär att denna rapport till stora delar bygger på jämförelser av utfallen från dessa två kartläggningstillfällen.

Vi som aktivt har arbetat med denna arbetsrapport är;

Kerstin Andersson – Thorell, magister i omvårdnadsvetenskap och verksamhetsutvecklare inom Jämtlands läns landsting

Ingrid Christensen, kandidat i omvårdnadsvetenskap, med yrkeserfarenhet som distriktssköterska och numera handläggare i Östersunds Kommun

Jonna Nordh Börresson, ekonomie magister, kontrakterad av FoU Jämt

Marianne Westring Nordh, magister i omvårdnadspedagogik med inriktning mot social omsorg, snart avslutade doktorandstudier i Arbetsvetenskap, Tf forskningsledare på FoU Jämt

Bakgrund

Inför äldreformen 1992 slöts i Jämtlands län avtal mellan respektive kommuner och landstinget. Det fanns en enighet om att kommunerna skulle ta ansvaret för hemsjukvården. Detta gällde både i de särskilda boendeformerna och i det egna boendet. Läkarmedverkan inom den kommunala hemsjukvården skulle ske genom primärvårdens läkare. Begreppet hemsjukvård definierades i Jämtland som *"..alla sjukvårdsinsatser som skall utföras i eget boende och som ordinerats av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation."* (Jämtlands läns landsting, Kommunförbundet i Jämtlands län, 1990)

Kommunförbundet i Jämtlands län presenterade 2002 rapporten "Kommunala distriktssköterskor – Resursbehov, uppgifter, organisation". Ett syfte med rapporten var att försöka tydliggöra den kommunala distriktssköterskans yrkesroll och kärnuppgifter. Där framkom att det fanns ett behov av att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården (Kommunförbundet i Jämtlands län, 2002). En arbetsgrupp bestående av representanter från kommunerna och landstinget fick i uppdrag att lägga fram ett förslag till förtydligande av dessa ansvarsgränser. Under arbetet konstaterade arbetsgruppen att det fanns behov av att göra en kartläggning över omfattningen av de enstaka/tillfälliga besök som kommunens distriktssköterskor gjorde hos brukare som inte hade kontinuerlig hemsjukvård. Detta för att få en bild över om de kommunala distriktssköterskorna enbart gjorde besök utifrån sitt ansvarsområde. Kartläggningen genomfördes i sju av länets åtta kommuner i mars månad 2003 (Bilaga 1).

Arbetsgruppen enades om ett förslag till förtydligande som överlämnades till den politiska församlingen (LAKO);

Kommunens ansvar

- Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvård till de personer som beviljats särskilda boendeformer eller dagverksamhet enligt SoL 4 kap 1 §, gruppboende enligt LSS § 9:10.
- Kommunen ansvarar vidare för hälso- och sjukvård till de personer (oavsett ålder) som bor i ordinärt boende i kommunen om vederbörande har ett *varaktigt* behov, längre än dagar, av medicinska insatser samt har en diagnos eller funktionshinder som medför stor olägenhet för den enskilde att besöka

hälsocentralen trots att vederbörande har följeslagare. Vad som avses med stor olägenhet avgörs vid tveksamma fall i varje enskilt fall i kontakter/vårdplanering landsting/kommun.

- Kommunen ansvarar för de hälso- och sjukvårdsinsatser som ges till personer som behöver en varaktig daglig hjälp med enklare sjukvårdsinsatser, t ex läkemedelshantering, efter att vårdplanering genomförts.
- Kommunen har inget ansvar för akuta bedömningar av sjuksköterska-/distriktssköterska till andra än ovan definierade personer.

Landstingets ansvar

- Landstingets primärvård ansvarar för hälso- och sjukvård till de personer som utan stor olägenhet kan besöka hälsocentralen även om den enskilde är i behov av följeslagare. Vad som avses med stor olägenhet avgörs vid tveksamma fall i varje enskilt fall i kontakter/vårdplanering landsting/kommun.
- Landstingets primärvård ansvarar för de hälso- och sjukvårdsinsatser hos de personer som endast har ett kortvarigt behov, mindre än ... dagar, av insatser i ordinärt boende. Landstinget ansvarar vidare för akuta bedömningar hos de personer som inte har en varaktig daglig hjälp med enklare sjukvårdsinsatser från kommunen.
- Landstingets primärvård ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser hos de personer som normalt behandlas på hälsocentral men får ett kortvarigt behov av att få insatsen utförd i hemmet. I dessa fall av kortvariga behov, åligger det primärvården att initiera vårdplanering om man bedömer att vårdbehovet blir under längre tid.

Någon enighet gällande definitionen av ”varaktig” kunde inte uppnås i arbetsgruppen. LAKO antog, 2004-09-27, arbetsgruppens förslag gällande ansvarsfördelningen som en avsiktsförklaring. För att vara ett kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar skulle ett behov av varaktighet finnas. Vad som var att betrakta som varaktigt eller tidsbegränsat fick avgöras i dialog mellan respektive kommun och landstingets primärvård.

En överenskommelse skedde som innebar att kommunerna fick ekonomisk ersättning från landstinget för den kommande ÄDEL-avtalsperioden utifrån den kartläggning som genomfördes 2003.

I september 2005 beslutades om en ny kartläggning som skulle klargöra ansvarsfördelningen ytterligare. Den skulle göras samlat för länet och planeras gemensamt av landsting och kommuner. Kartläggningen skulle genomföras på ett sådant sätt att resultatet skulle gå att jämföra med 2003 års kartläggning.

En ny arbetsgrupp med representanter från kommuner och primärvård arbetade fram ett förslag till ny kartläggningsblankett. Några förändringar och tillägg av variabler föreslogs som skulle göra det möjligt att analysera resultatet bättre. Förändringarna gjordes på ett sådant sätt att resultatet från 2006 skulle kunna användas för att göra jämförelser med resultatet från 2003. Förslaget till kartläggningsblankett godkändes efter vissa kompletteringar av Fredagsgruppen, en samverkansgrupp bestående av chefsrepresentanter från kommunerna och landstinget. Kartläggningen genomfördes under februari månad 2006.

Begrepp

Brukare: I rapporten används benämningen brukare synonymt med patient, vårdtagare.

Distriktssköterska: I vissa av länets kommuner arbetar även sjuksköterskor utan specialistutbildning i öppen hälso- och sjukvård inom den kommunala hemsjukvården. I rapporten används enbart begreppet distriktssköterska.

Hemsjukvård: ”Med hemsjukvård avses alla sjukvårdsinsatser som skall utföras i eget boende och som ordinerats av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation” (Jämtlands läns landsting, Kommunförbundet i Jämtlands län 1990). I ”Begrepp och termer inom vård och omsorg” definieras hemsjukvård som hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden (Socialstyrelsen, Sveriges

kommuner och landsting, 2005, SOU 2004:68)

Hälsocentral:

I Jämtlands län kallas vårdcentral för hälsocentral. Ibland används förkortningen HC.

Stor olägenhet

Vad som i denna kartläggning avses som stor olägenhet bedöms utifrån brukarens diagnos eller funktionshinder (se manual, bilaga 2)

SVR

Sjukvårdsrådgivning

*Varaktiga/tillfälliga/
enstaka/kontinuerliga
insatser*

Begreppen har inte varit möjliga att definiera då uppfattningen kan skilja sig mellan kommun/landsting och mellan olika kommuner. I vissa kommuner saknas definitioner helt.

Syfte

Syftet med studien är att göra en jämförelse av resultaten mellan 2003 och 2006 års kartläggningar av enstaka/tillfälliga besök som utförts av kommunala distriktssköterskor i ordinärt boende i Jämtlands län.

Avgränsningar

I studien redovisas inte några ekonomiska parametrar eller resultat. Studien berör inte brukare som bor i särskilda boenden.

Metod

Urval

Studien är en totalundersökning som omfattade samtliga distriktssköterskor som uppfyllde inklusionskriteriet och som arbetade inom den kommunala hälso- och sjukvården i Jämtlands läns åtta kommuner.

För att ingå i studien skulle distriktssköterskan arbeta gentemot brukare i ordinärt boende (servicehusen räknades inte som ordinärt boende). Distriktssköterskor som *enbart* arbetade i särskilda boendeformer omfattades inte av studien. Om ordinarie distriktssköterska var ledig/sjuk skulle vikarien/annan kollega fylla i kartläggningsblanketten.

Samtliga besök/insatser under vardagar, dagtid, hos brukare som inte hade kontinuerliga insatser från den kommunala hemsjukvården skulle kartläggas. Gemensam definition av begreppet ”kontinuerliga insatser” saknades dock i länet. I Östersunds kommun fastslogs 1998 en definition i syfte att tydliggöra riktlinjer för ekonomisk ersättning till kommunens

interna och externa utförare. Innebörden i den skrivningen var/är att hemsjukvård definieras som *tillfällig* när insatsen sker högst fem gånger under en månad och därefter avslutas. Så fort man bedömer att insatsen är av längre karaktär, det gäller även om det är färre insatser per månad, betraktas den inte längre som tillfällig. Östersunds kommuns skrivning delgavs muntligt till de medicinskt ansvariga sjuksköterskor som deltog vid en informationsträff om kartläggningen.

Sammanlagt var 105 distriktssköterskor aktuella att ingå i studien. Ifyllda blanketter inkom från samtliga kommuner. Totalt har 69 distriktssköterskor kartlagt sina besök. Blanketter saknas från 36 stycken. I manualen framgick inte att distriktssköterskan skulle skicka in en blankett även om inga besök genomfördes under mätperioden. Efter kontakt med länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor framkom det att av dessa 36 hade 27 distriktssköterskor inte haft några enstaka besök. Vidare resultat i studien baseras på de inkomna svarsblanketterna. Se fördelningen per kommun i tabell 1.

| Kommun | Aktuella dsk | Svarande dsk | Inga besök | Övrigt bortfall |
|------------|--------------|--------------|------------|-----------------|
| Berg | 9 | 8 | 0 | 1 |
| Bräcke | 7 | 4 | 3 | 0 |
| Härjedalen | 19 | 3 | 14 | 2 |
| Krokom | 9 | 9 | 0 | 0 |
| Ragunda | 6 | 5 | 1 | 0 |
| Strömsund | 18 | 7 | 6 | 5 |
| Åre | 8 | 6 | 1 | 1 |
| Östersund | 29 | 27 | 2 | 0 |
| Summa | 105 | 69 | 27 | 9 |

Tabell 1 Svarsfrekvens 2006

Kartläggningsblanketten

Studien genomfördes med hjälp av en kartläggningsblankett som vidareutvecklats utifrån den tidigare blankett som användes vid studien 2003. På blanketten skulle distriktssköterskan ange sitt namn och i vilken kommun hon/han arbetade. Varje blankett skulle förses med ett löpnummer. Brukarna angavs enbart med ett nummer, dvs. inga namn eller personnummer. I 2006 års kartläggningsblankett (bilaga 3) fanns det elva frågeställningar som skulle besvaras för varje enskild brukare.

1. Antal besök under månaden.
2. Vem som initierade första besöket.
3. Om någon annan initierat övriga besök.
4. Om brukaren hade stöd från kommunen med personlig omvårdnad.
5. Om vårdplanering genomförts där både kommunen och landstinget deltagit.
6. Vilken/vilka insatser som utförts.
7. Om brukaren hade kunnat ta sig till hälsocentral utan stor olägenhet.
8. Varför insatsen utfördes i hemmet istället för på hälsocentralen.
9. Vilka insatser som skulle ha krävts för att brukaren skulle ha kunnat få insatsen utförd på hälsocentralen.
10. Avstånd till närmaste hälsocentral.
11. Hur långvarig insatsen var/beräknades bli.

Som komplement till kartläggningsblanketten utarbetades även en manual (bilaga 2). I den framgick syftet med kartläggningen och hur man skulle fylla i blanketten.

Förändringar av blankett och manual i 2006 års studie

Fråga 3 har tillkommit och fanns således inte med i 2003 års kartläggning. Syftet var att synliggöra om distriktssköterskan kontaktades av andra ”instanser” under pågående mätperiod förutom de som initierat det första besöket.

Fråga 5 har förtydligats så att det i denna studie skulle framgå att både landstinget och kommunen skulle ha deltagit vid vårdplaneringen.

Fråga 7 har förtydligats då det i manualen gavs exempel på vad som kunde betraktas som en stor olägenhet att ta sig till hälsocentralen. Det gjordes för att distriktssköterskorna så långt det var möjligt skulle kunna göra likartade bedömningar vid svar på denna frågeställning.

Fråga 9 har tillkommit och fanns således inte med i 2003 års kartläggning. Syftet var att få information om insatserna för eventuella diskussioner kring samhällsnyttan.

Fråga 10 utvidgades med en variabel, > 30 km, för att bättre belysa glesbygdens avstånd. Syftet var det samma som vid fråga 9.

Fråga 11 utvidgades med fler variabler för att bättre kunna bedöma insatsens längd. Denna variabel kan vara av vikt när man ska diskutera varaktighetsbegreppet.

Av manualen framgick att inga sekretessbelagda uppgifter fick lämnas på blanketten då brukarna inte skulle kunna identifieras i samband med sammanställningen av materialet. Däremot uppmanades den enskilda distriktssköterskan att spara en kopia av blanketterna där endast hon, i efterhand, skulle kunna identifiera vilka brukare som ingått i kartläggningen. Detta för att respektive hälsocentral/kommun skulle kunna föra en fortsatt dialog om gjorda bedömningar. Brukarna behövde då gå att identifiera för att ge samtycke till denna dialog. Detta förfaringssätt godkändes av en kommunjurist och landstingets jurist.

Tre distriktssköterskor ombads lämna synpunkter på blankett och manual innan de skickades ut. Inga förslag på förändringar eller kompletteringar inlämnades.

Genomförande

Inför kartläggningen informerades länets medicinskt ansvariga sjuksköterskor muntligt om syftet med kartläggningen och hur den praktiskt skulle genomföras. De ombads att uppge namnen på de distriktssköterskor som skulle vara aktuella för studien inom respektive kommun. Detta gjordes för att man senare skulle kunna skicka påminnelser vid uteblivna svar och för att en bättre analys av eventuellt bortfall skulle kunna göras.

De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna svarade för att distriktssköterskorna fick den information de behövde inför kartläggningen. De allra flesta distriktssköterskor fick muntlig information vid en planerad träff. De som inte hade möjlighet att delta vid informationsträffen fick informationen av kollega.

Kartlägningsblanketterna och manualen skickades till de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna via e-post. De vidarebefordrade i sin tur materialet till distriktssköterskorna. I manualen fanns namn, telefonnummer och e-postadresser till två representanter i arbetsgruppen som kunde svara på eventuella frågor under kartlägningsperioden.

Kartläggningen pågick en månad under perioden 2006-02-06 – 2006-03-03. Blanketterna skulle skickas till Kommunförbundet för datasammanställning senast fem dagar efter avslutad period. De

medicinskt ansvariga sjuksköterskorna ombads påminna distriktssköterskorna om kartläggningen en vecka efter sista svarsdatum.

FoU Jämt har deltagit i sammanställning av 2006 års kartlägningsmaterial och analys av jämförelsestudien. Datamaterialet har bearbetats/behandlats i SPSS samt MS Excel.

Etiska överväganden

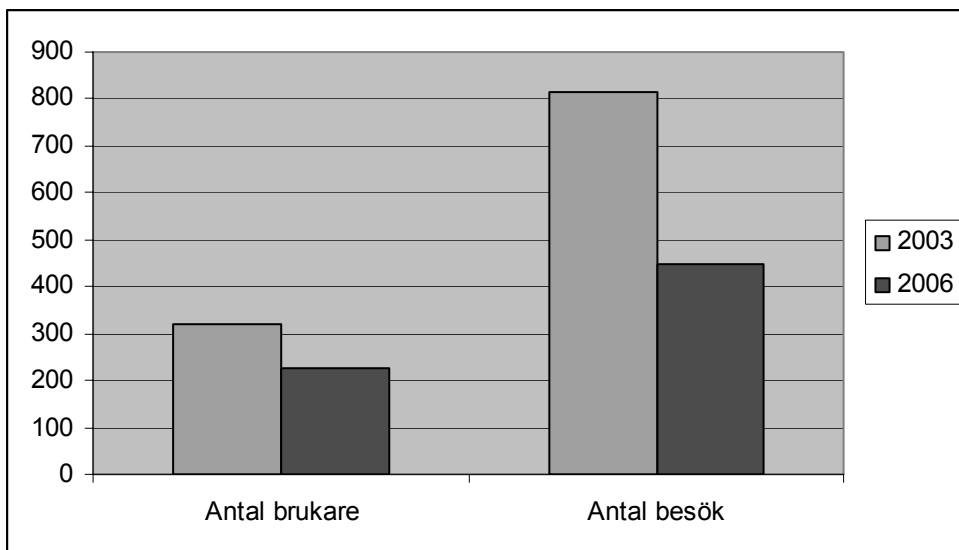
Studien var ett uppdrag från landstingets och kommunernas politiker och deltagandet i densamma var således inte frivilligt. Distriktssköterskornas namn skulle anges för att respektive kommun/hälsocentral skulle kunna föra en dialog i efterhand. Ingen annan än berörd distriktssköterska kunde identifiera brukarna. Brukarnas samtycke skulle erhållas innan eventuell dialog skedde i varje enskilt fall.

Resultat

I kartläggningen som utfördes 2003 deltog alla kommuner utom Åre. Resultatet baserades då på 57 distriktssköterskors kartläggningsblanketter. I 2006 års studie deltog alla kommuner och kartläggningen baseras på 69 blanketter. Resultaten presenteras för länet som helhet och kommentarer förekommer där enskilda kommuners resultat är speciellt intressanta.

Antal besök under månaden

Distriktssköterskorna ombads registrera samtliga besök hos brukare som inte hade kontinuerlig hemsjukvård. Antalet brukare har minskat från 322 stycken vid 2003 års kartläggning till 225 stycken år 2006. Antalet besök har också minskat, från 813 besök vid 2003 års kartläggning till 449 besök år 2006. Kvoten besök per brukare har minskat från 2,5 vid 2003 års kartläggning till 2,0 besök per brukare år 2006.



Figur 1. Antal brukare ($n_{2003} = 322$ $n_{2006} = 225$) och besök ($n_{2003} = 813$ $n_{2006} = 449$) för länet totalt.

Totalt har antalet brukare minskat med 30 % från 2003 års kartläggning till 2006 års kartläggning, antalet besök har minskat med 45 % mellan kartläggningarna 2003 och 2006.

| | Antal brukare 2003 | Antal brukare 2006 | Antal besök 2003 | Antal besök 2006 | Besök/Brukare 2003 | Besök/Brukare 2006 |
|------------|--------------------|--------------------|------------------|------------------|--------------------|--------------------|
| Berg | 18 | 22 | 27 | 32 | 1,5 | 1,5 |
| Bräcke | 4 | 12 | 10 | 14 | 2,5 | 1,2 |
| Härjedalen | 38 | 6 | 117 | 15 | 3,1 | 2,5 |
| Krokom | 28 | 32 | 73 | 70 | 2,6 | 2,2 |
| Ragunda | 20 | 23 | 40 | 45 | 2 | 2 |
| Strömsund | 76 | 14 | 126 | 23 | 1,7 | 1,6 |
| Åre | | 18 | | 30 | | 1,7 |
| Östersund | 138 | 98 | 420 | 220 | 3 | 2,2 |
| Summa | 322 | 225 | 813 | 449 | 2,5 | 2 |

Tabell 2. Antal brukare och besök uppdelat per kommun.

De största skillnaderna i kommunerna kan man se i Härjedalen, där antalet brukare har minskat med 84 % och antalet besök med 87 % samt i Strömsund där antalet brukare har minskat med 81,5 % och antalet besök har minskat med 82 %. Även i Östersund har antalen brukare minskat, där med 29 % och antalet besök har minskat med 48 % sedan kartläggningen 2003.

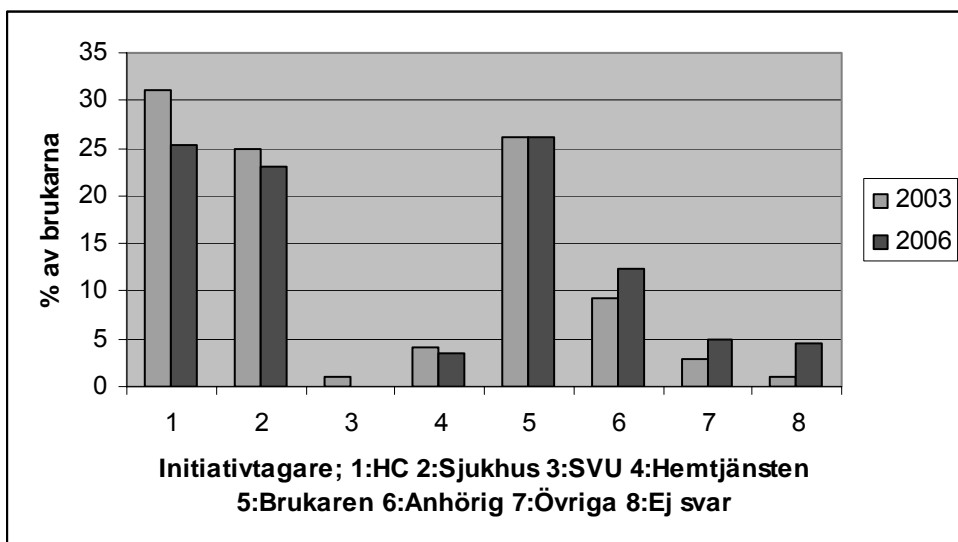
En förklaring till dessa kommuners minskade antal brukare och besök kan vara att Strömsund och Östersund reviderade ÄDEL-avtalen under 2005, där ansvarsfördelningen mellan kommun och primärvård framgick tydligare jämfört med tidigare avtal. Omfattande informationssatsningar till berörd personal angående ansvarsfördelningen genomfördes i de båda kommunerna i samband med de nya avtalen. Härjedalen hade sedan tidigare en tydlig ansvarsfördelning i sitt avtal.

I Berg, Bräcke och Ragunda har både antalet brukare och besök ökat. Den största procentuella ökningen står Bräcke kommun för. Kommunen har tredubblat antalet brukare (en ökning på 200 %) sedan kartläggningen 2003, Bräcke står dock enbart för 5 % av det totala antalet brukare vid kartläggningen 2006. Antalet besök har inte ökat i samma takt, storleken på den ökningen är 40 % vilket gör att Bräcke vid kartläggningen 2006 står för 3 % av det totala antalet besök. I Krokom har antalet brukare ökat med 14 % medan antalet besök har minskat med 4 %.

Initiativtagare till första besöket

Vid kartläggningen 2003 initierades mer än hälften av besöken, 57 % (183 st.) av landstinget. I landstinget inkluderades sjukhuset, hälsocentralen och sjukvårdsrådgivningen. 35 % (114 st.) av besöken initierades av brukaren själv eller anhörig. Endast 4 % (13 st.) initierades av kommunens hemtjänst.

Vid kartläggningen 2006 initieras knappt hälften av besöken, 48 % (109 st.), av landstinget medan 39 % (87 st.) initieras av brukaren eller anhörig. Kommunens hemtjänstpersonal initierar 4 % (8 st.) av besöken. De 5 % (11 st.) av fallen som finns under ”övriga” kan vara initierade av polis, distriktssköterska i kommunen, arbetsterapeut i kommunen, biståndshandläggare, socialtjänsten, onkologen Umeå etc.

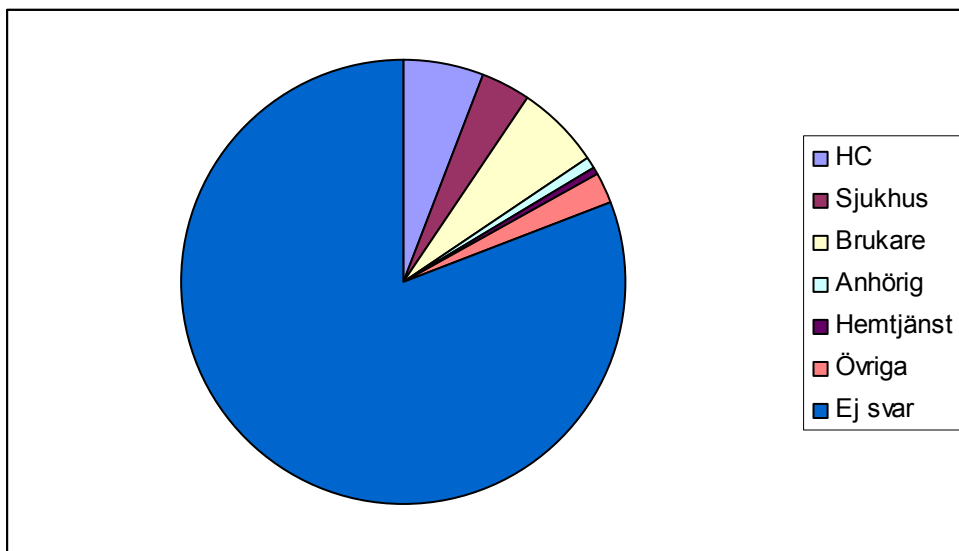


Figur 2 Initiativtagare till första besöket, $n_{2003}=322$ $n_{2006}=225$

Andelen besök som landstinget initierar har minskat jämfört med 2003. Fortfarande initieras en relativt stor andel av besöken av brukaren själv och/eller anhörig. Det framkommer även att det finns ett flertal andra ”instanser” som kontakter kommunens distriktssköterska direkt när brukarna behöver hälso- och sjukvårdsinsatser.

Initiativ till övriga besök

Vid 2003 års kartläggning efterfrågades enbart vem som initierat det *första* besöket. På begäran från representanter i Fredagsgruppen ställdes vid 2006 års kartläggning även frågan "Initierade någon annan övriga besök?". Detta skulle uppges endast om ett *nytt* uppdrag blivit aktuellt hos brukaren (se manual, bilaga 2).



Figur 3 Initiativtagare till övriga besök

I 80,9 % av fallen finns inga initiativtagare uppgivna beroende på att inga övriga besök har genomförts. De största grupperna som initierat övriga besök är brukaren själv (6,2 %) och hälsocentral (5,8 %).

Kommunens stöd med personlig omvårdnad

Distriktssköterskorna ombads notera om brukarna hade hjälp från kommunen med personlig omvårdnad eller inte. Frågeställningen togs med redan vid kartläggningen 2003 i hopp om att kunna ge en fingervisning om brukarnas fysiska och psykiska status. Insatser som larm, matdistribution, städ etc. räknades inte som personlig omvårdnad.

Kartläggningen 2003 visade att 21 brukare (6,5 %) fick stöd från kommunen med personlig omvårdnad. Av dessa uppgav distriktssköterskan att i elva fall skulle brukaren ha kunnat ta sig till hälsocentralen utan stor olägenhet. Kartläggningen 2006 visar att tio brukare (4,5 %) har hjälp med personlig omvårdnad. Sex av dessa bedöms kunna ta sig till hälsocentralen. Det visar att det fortfarande är ett fåtal av brukarna, där enstaka/tillfälliga hembesök gjorts som är i behov av hjälp med den personliga omvårdnaden. Se vidare resultat angående brukarnas förmåga att ta sig till hälsocentral på sidan 16.

Omfattning av genomförd vårdplanering där både kommun och landsting deltagit

2003 ställdes frågan ”Har vårdplanering genomförts?”. Vid 2006 års kartläggning tydliggjordes frågan ”Har vårdplanering genomförts där både kommun och landsting deltagit?”. Anledningen till att frågan omarbetades var att det förekommer olika typer av vårdplaneringar i kommunal verksamhet där personal från landstinget i många fall inte finns representerade. Resultaten kan därför inte jämföras helt.

Vid kartläggningen 2003 hade vårdplanering genomförts i 12 % av fallen. Det framgick inte i vilken omfattning landstinget har deltagit. Vid kartläggningen 2006 har vårdplanering, där både kommun och landsting deltagit, genomförts i 17 % av fallen. Vid bägge kartläggningstillfällena är det en liten andel hembesök som föregås av en vårdplanering, även om andelen har ökat något.

Insatser som utförs vid hembesöken

I detta kapitel redovisas vilka insatser som genomfördes vid hembesöken och hur besöken initierats fördelat på typ av insats.

Vilka insatser genomfördes?

Distriktssköterskorna fick med egna ord ange vilka insatser som utförts vid hembesöken. Samtliga distriktssköterskor besvarade frågan. När

materialet bearbetades kunde svaren sammanfattas till fyra olika kategorier, dessa var; behandling/omvårdnad, medicinsk kontroll, bedömning samt råd/stöd.

På de kartläggningsblanketter där det var fler än en insats noterad som svarsalternativ räknas den insats som uppskattades ta längst tid i anspråk. Den uppskattningen gjordes av författarna. Som exempel på det kan ges att om det på svarsblanketten fanns noterat både injektionsgivning och råd/stöd var det råd/stöd som uppskattades ta längre tid och blev det svar som noterades.

Svaren kategoriserades därefter enligt följande:

1. Behandling/omvårdnad

Specifika omvårdnadsåtgärder: exempelvis läkemedelshantering, injektionsgivning, katetervård, såromläggningar, förskrivning av inkontinenshjälpmedel.

2. Medicinsk kontroll

Olika typer av kontroller vars resultat ligger till grund för medicinska ställningstaganden; exempelvis blodtryckskontroll, blodsockerkontroll, provtagning (blod, urin).

3. Bedömning

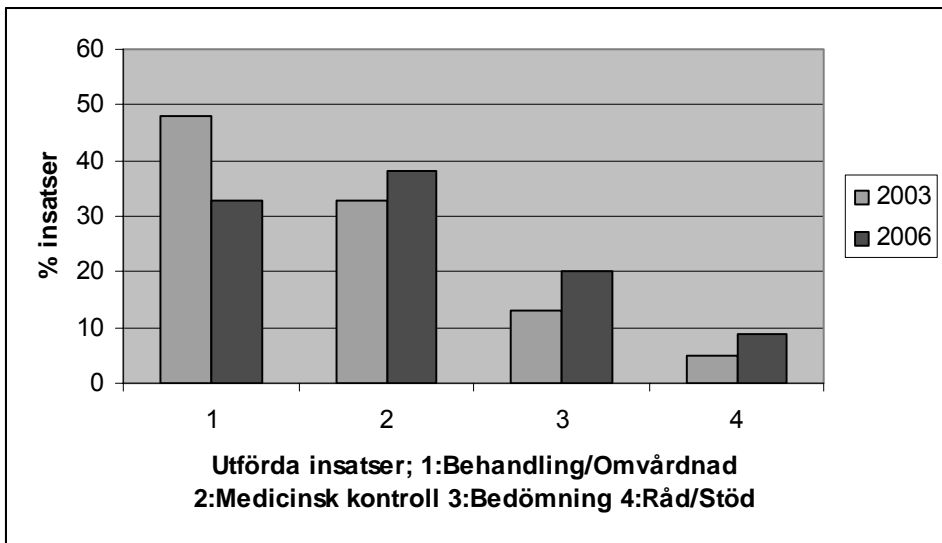
Olika typer av bedömningar som ligger till grund för ställningstagande till fortsatt vård/vårdnivå.

4. Råd/stöd

Olika former av stöd; ex. stödsamtal, rådgivning, krisbearbetning

48 % (156 st.) av de insatser som utfördes vid kartläggningen 2003 var behandling/omvårdnad och 33 % (107 st.) av insatserna var medicinska kontroller. Vid kartläggningen 2006 är det medicinska kontroller som är den insats som oftast utförs vid hembesöken med 38 % (86 st.) av fallen och hembesök p.g.a. behandling/omvårdnad är vid denna kartläggning 33 % (75 st.).

Hembesök utifrån insatser som avser bedömning, råd/stöd har ökat jämfört med kartläggningen 2003.



Figur 4. Utförd insats ($n_{2003}=322$ $n_{2006}=225$)

Hur besöket initieras fördelat på typ av insats

Vid kartläggningen 2003 såg man att för insatserna behandling/omvårdnad och medicinska kontroller dominerade landstinget bland dem som initierade besöken. När det gällde insatser som handlade om råd och stöd stod landstinget för drygt hälften av initiativen till besöken medan brukare och deras anhöriga stod för knappt en tredjedel. Däremot var det brukare eller anhöriga som oftast initierade insatsen bedömning.

Vid kartläggningen 2006 är det landstinget som i störst utsträckning initierar de besök där medicinska kontroller utförs. Behandling/omvårdnad och bedömningar initieras i lika stor utsträckning av brukare och anhöriga som av landstinget. Råd och stöd initieras vid den här kartläggningen i högre grad av brukare, anhöriga och hemtjänstpersonal än av landstinget.

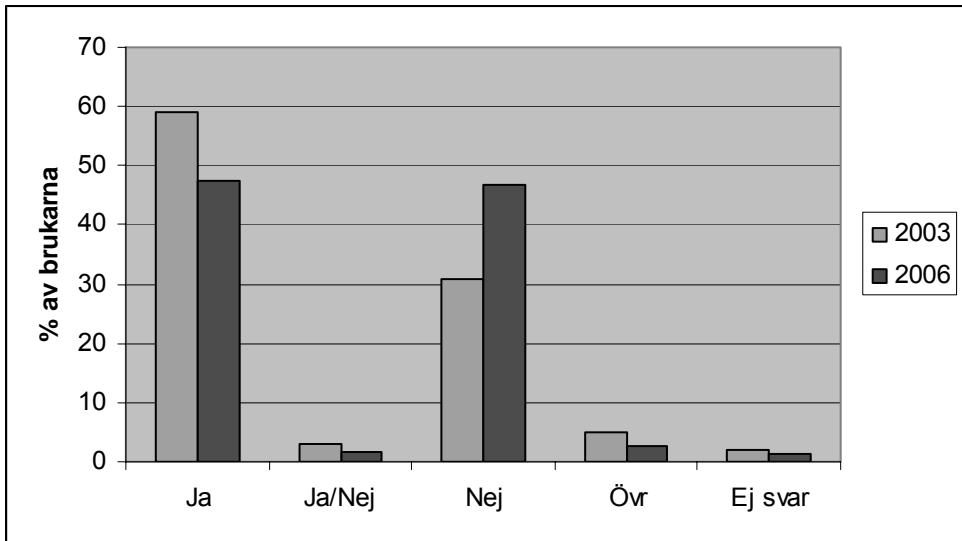
| Initierat besöket | Behandling/omvårdnad | | Medicinska kontroller | | Bedömning | | Råd och stöd | |
|-------------------|----------------------|------|-----------------------|------|-----------|------|--------------|------|
| | 2003 | 2006 | 2003 | 2006 | 2003 | 2006 | 2003 | 2006 |
| HC | 42 | 16 | 46 | 27 | 5 | 11 | 7 | 3 |
| Sjukhuset | 53 | 15 | 24 | 28 | 1 | 5 | 2 | 4 |
| Brukaren | 37 | 26 | 29 | 19 | 14 | 9 | 4 | 5 |
| Anhörig | 13 | 8 | 5 | 6 | 11 | 9 | 1 | 5 |
| Hemtjänsten | 6 | 2 | 0 | 0 | 5 | 5 | 2 | 1 |
| SVU | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Övr | 1 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 |
| Ej svar | 3 | 4 | 1 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Summa | 156 | 75 | 107 | 86 | 42 | 44 | 16 | 20 |

Tabell 3 Hur besöket initierats fördelat på typ av insats

Vid bägge kartläggningarna är det landstinget som till största delen initierar de besök där medicinska kontroller utförs. Initiativ till behandling/omvårdnad tas vid 2006 års kartläggning inte längre i lika stor utsträckning av landstinget utan initieras till lika stor del av anhöriga och brukare. En förändring har även skett gällande råd och stöd vilket 2003 till största delen initierades av landstinget. 2006 initieras dessa besök till större del av brukaren själv, anhöriga och hemtjänstpersonal.

Brukarens förmåga att ta sig till hälsocentral utan stor olägenhet

Utifrån brukarens situation gjorde distriktssköterskan en bedömning om personen skulle ha kunnat ta sig till hälsocentralen utan stor olägenhet. Behov av följeslagare, buss eller taxi har ej bedömts som stor olägenhet. Bedömningen om brukaren kunnat ta sig till hälsocentralen har gjorts enbart utifrån diagnos eller funktionshinder.

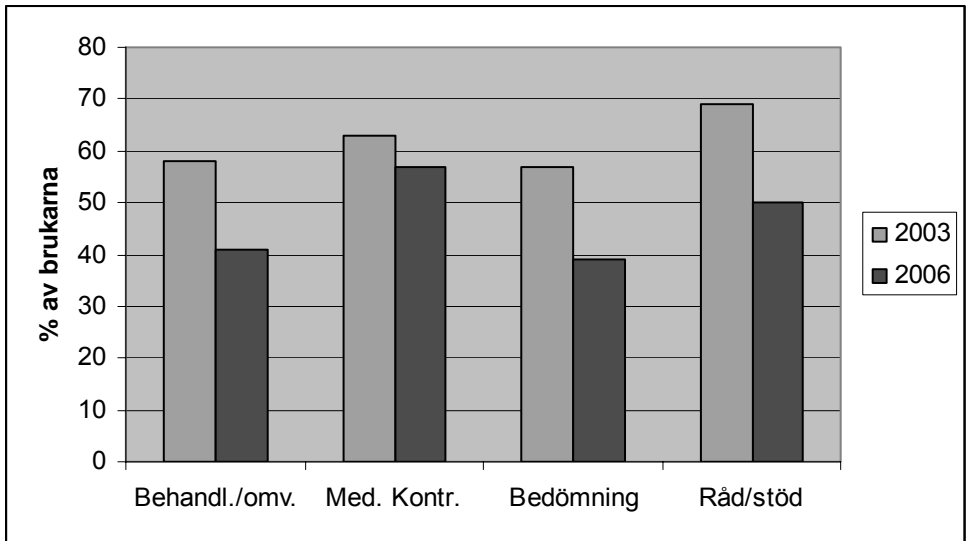


Figur 5 Brukarnas förmåga att ta sig till HC (n₂₀₀₃=322 n₂₀₀₆=225)

I kartläggningen 2003 bedömdes 59 % (191 st.) av brukarna kunnat ta sig till hälsocentral och i kartläggningen 2006 bedöms 47,6 % (107 st.) kunna ta sig till hälsocentral. I 2006 års mätning bedöms fortfarande att en stor andel av de brukare som får enstaka/tillfälliga hemsjukvårdsbesök skulle kunna ta sig till hälsocentral utan stor olägenhet. Andelen är dock mindre jämfört med 2003. Orsak till förändringen kan vara att en striktare bedömning numer görs innan vården ges i hemmet. 2003 bedömdes 31 % (101 st.) av brukarna inte kunna ta sig till hälsocentral medan 2006 bedöms 46,7 % (105 st.) av brukarna inte kunna ta sig till hälsocentral.

Brukarens förmåga att ta sig till hälsocentralen fördelat på typ av insats som utfördes vid hembesöket

Vid båda kartläggningarna bedöms möjligheten att ta sig till hälsocentralen i stort sett lika oavsett vilken insats som utförts. Även om fördelningarna per insats i stort sett är lika vid de båda mättillfällena kan man se en skillnad beträffande huruvida distriktssköterskan bedömer att brukaren kunnat ta sig till hälsocentralen eller ej. Procentsatserna är genomgående lägre 2006 vilket kan vara ett tecken på att de brukare som får hembesök 2006 bedöms ha sämre "status" jämfört med 2003.



Figur 6 Brukarens förmåga att ta sig till HC fördelat på typ av insats. Resultatet redovisas i procent av antalet brukare som bedöms kunna ta sig till HC (n₂₀₀₃=322 n₂₀₀₆=225)

För att tydliggöra antalet både numerärt och procentuellt redovisas 2006 års resultat i nedanstående tabell.

| Insats | Antal | Varav kunnat ta sig till HC | |
|-----------------------|-------|-----------------------------|-----|
| Behandling/Omvårdnad | 75 | 31 | 41% |
| Medicinska kontroller | 86 | 49 | 57% |
| Bedömning | 44 | 17 | 39% |
| Råd och stöd | 20 | 10 | 50% |
| Summa | 225 | 107 | 48% |

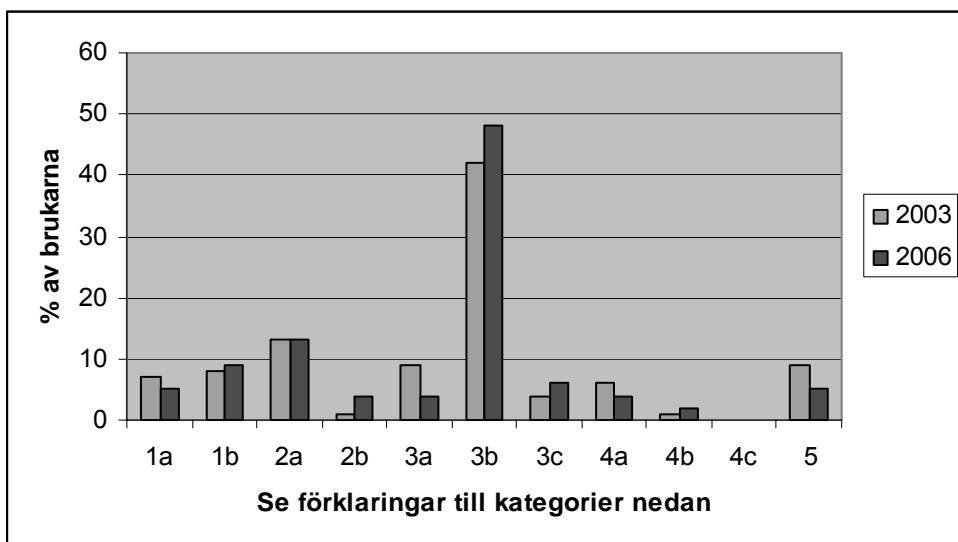
Tabell 4 Uppgivna svar på frågan om brukarens möjlighet att ta sig till HC fördelat på typ av insats, 2006

Varför insatsen utfördes i hemmet istället för på hälsocentral

Distriktssköterskan fick med egna ord ange orsaken till att insatsen gjordes i hemmet. När materialet lästes igenom framstod tio olika teman som vid ytterligare bearbetning kunde sammanfattas under fyra olika

temarubriker. Till dessa lades en femte rubrik; ej svarat/vet ej. Svaren rubricerades därefter enligt följande;

1. **Remiss** Skriftlig eller muntlig remiss från landstingets slutenvård eller primärvård till kommunens distriktssköterska har legat till grund för hembesök.
2. **Önskemål** Patient/brukare eller närstående har uttryckt önskemål om att besöket ska ske i hemmet oberoende av hälsotillstånd.
3. **Status** Hembesök har skett p.g.a. att det har underlättat för brukaren, brukarens försämrade hälsotillstånd eller att situationen krävt lugn och ro i hemmamiljö.
4. **Övrigt** Hembesöket har skett p.g.a. att kommunens distriktssköterska själv valde att åka hem till brukaren, geografisk närhet till kommunens distriktssköterska eller för att brukaren inte behövde någon övrig hjälp eller bedömning.
5. **Ej svarat** Avser uteblivet svar på frågan.



Figur 7 Varför insatsen utfördes i hemmet istället för på HC.

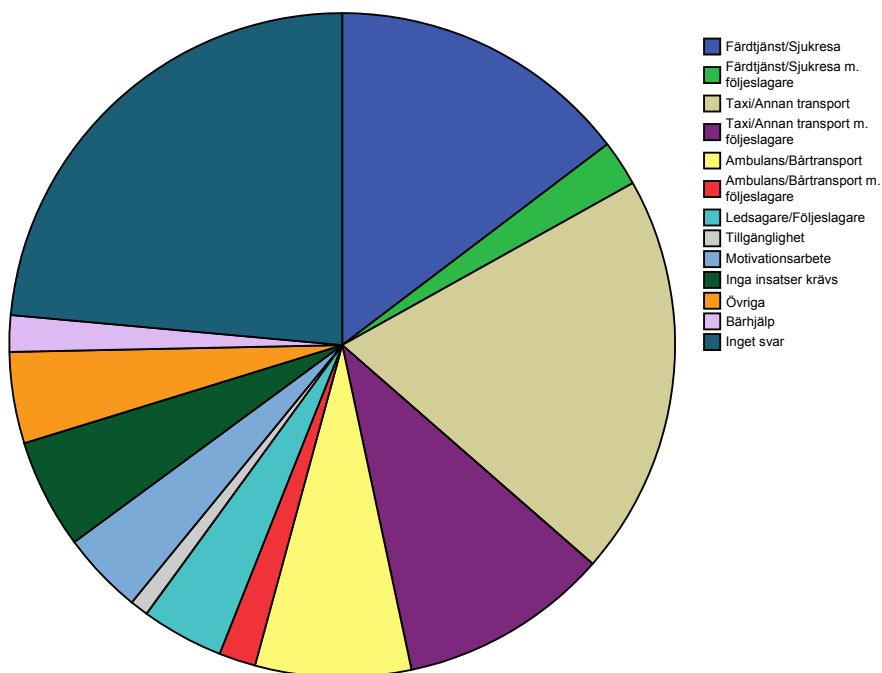
1a: Remiss, slutenvård. 1b: Remiss, primärvård. 2a: Önskemål brukare. 2b: Önskemål anhörig. 3a: Lättare för brukare. 3b: Försämrat hälsotillstånd. 3c: Situationen kräver lugn och ro. 4a: Kommundistriktssköterskans val. 4b: Geografisk närhet. 4c: Behöver ingen hjälp. 5: Ej svarat

Figuren visar distriktssköterskornas svar på varför insatsen utfördes i hemmet i stället för på hälsocentralen. Kartläggningen 2003 visade att 42

% av insatserna utfördes i hemmet med hänvisning till brukarens hälsotillstånd, vid kartläggningen 2006 har den andelen ökat till 49 %. Av figuren framgår att kategori ”status – hälsotillstånd” är den kategori som dominerar vid både 2003 och 2006 års undersökning. Därefter är det i kategorin ”önskemål – från brukare” som initiativ tagits till besök i hemmet. Övriga kategorier är jämt fördelade.

Vilka insatser skulle ha krävts för att brukaren skulle kunna få insatsen utförd på HC

Vid kartläggningen 2006 ställdes frågan om vilka insatser som skulle ha krävts för att brukaren skulle kunna ta sig till hälsocentral. Distriktsköterskan fick med egna ord uppge vilka insatser hon trodde skulle ha behövts för att brukaren skulle kunna få insatsen utförd på HC. När materialet bearbetades framkom nedanstående kategorier. 56 % av svaren pekar på resa av någon form, med eller utan följeslagare. Av dessa är taxi/annan transport den största gruppen med 19,6 % följt av färdtjänst/sjukresa med 14,7 % och taxi/annan transport med följeslagare med 10,2 %. Den största delen i figuren har dock ”inga svar”, 23,6 %.



Figur 8 Vilka insatser som skulle ha krävts för att brukaren skulle kunna få insatsen utförd på HC.

Av alla ovanstående insatser så består 21,8 % av kategorier där det behövs speciellt fordon och följeslagare. Inga insatser är 5,3 %, inget svar är 23,6 %.

Avstånd till närmaste hälsocentral

För att kunna dra slutsatser i analysen har förmågan att ta sig till HC korskörts med brukarens avstånd till närmaste HC.

Vid 2003 års kartläggning var det i genomsnitt 49 % av brukarna i Östersunds kommun som av kommunens distriktssköterska bedömdes ha kunnat ta sig till hälsocentral medan det för övriga kommuner var 70 %.

Inför kartläggningen 2006 infördes en ny variabel; >30 km. Detta gjordes, som tidigare beskrivits, för att bättre belysa glesbygdens avstånd. 30 % (38 st.) av brukarna i glesbygdskommunerna har mer än

30 km till hälsocentralen. Kartläggningen 2006 visar att 49 % (110 st.) av brukarna i länet har mindre än tre kilometer till närmsta hälsocentral.

| 2003 års kartläggning | | | 2006 års kartläggning | | |
|------------------------------|-----------|----------------------|------------------------------|-----------|----------------------|
| Avstånd | Östersund | Kunde ta sig till HC | Avstånd | Östersund | Kunde ta sig till HC |
| 0-3 km | 103 | 48% | 0-3 km | 71 | 51% |
| 3-10 km | 14 | 36% | 3-10 km | 13 | 54% |
| >10 km | 19 | 68% | 10-30 km | 11 | 46% |
| Summa | 136 | 49% | >30 km | 2 | 0% |
| | | | Summa | 98 | 50% |
| | Övriga | Kunde ta sig till HC | | Övriga | Kunde ta sig till HC |
| 0-3 km | 73 | 71% | 0-3 km | 39 | 46% |
| 3-10 km | 22 | 64% | 3-10 km | 22 | 41% |
| >10 km | 80 | 71% | 10-30 km | 28 | 46% |
| Summa | 175 | 70% | >30 km | 38 | 47% |
| | | | Summa | 127 | 46% |

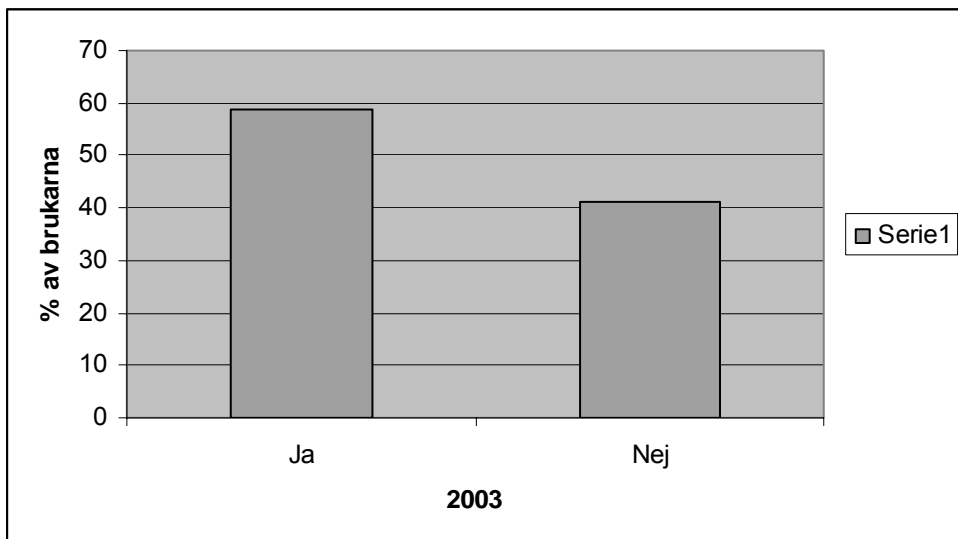
Tabell 5 Avstånd till närmaste hälsocentral 2003 samt 2006

2006 är det fortfarande hälften av brukarna i Östersunds kommun som av distriktssköterska bedöms kunna ta sig till hälsocentral. När det gäller länets övriga kommuner har andelen brukare som bedöms kunna ta sig till hälsocentral minskat från 70 % vid 2003 års kartläggning till 46 % 2006. Den nya variabeln >30 km visar att det är framförallt i glesbygdsområden som de långa avstånden är aktuella.

Hur långvarig var insatsen eller hur lång beräknades insatsen bli

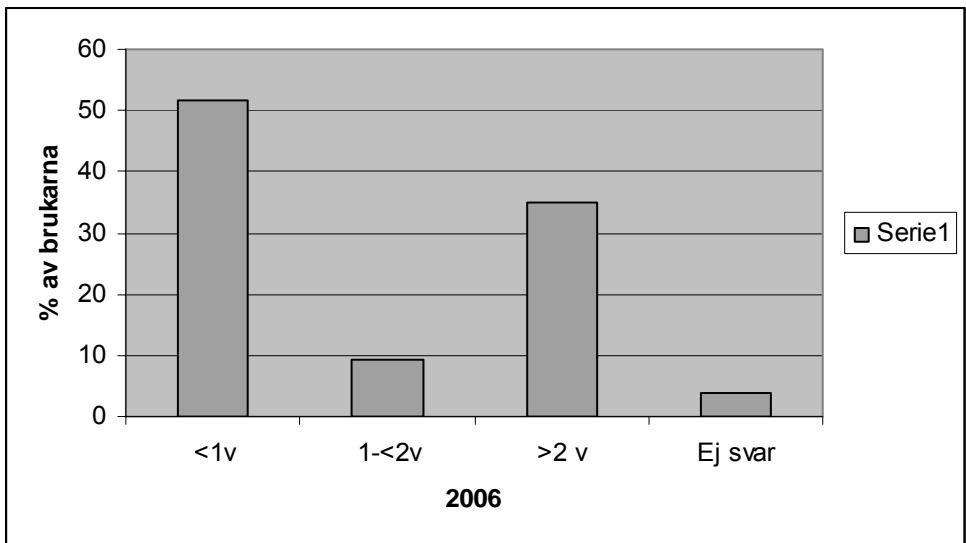
Frågan har omarbetats inför 2006 års kartläggning och nya variabler har lagts till. Vid kartläggningen 2003 var frågan ”Avslutades insatsen inom 14 dagar?”, vid 2006 års kartläggning frågades ”Hur långvarig var/beräknades insatsen bli?”. Omarbetningen gjordes för att bättre kunna bedöma insatsens längd och därmed få ett bättre underlag inför diskussionen gällande varaktighetsbegreppet.

På frågan som ställdes vid kartläggningen 2003 svarade 58,7 % (189 st.) att insatsen avslutades inom 14 dagar medan 41,3 % (133 st.) svarade att insatsen pågick längre än 14 dagar.



Figur 9 Avslutades insatsen inom 14 dagar?

På frågan som ställdes vid kartläggningen 2006 utgör 51,6 % (116 st.) brukare vars insatser är eller beräknas bli kortare än en vecka. Brukare vars insatser är eller beräknas bli längre än en vecka men kortare än två veckor utgör 9,3 % (21 st.). 35,1 % (79 st.) utgörs av brukare vars insatser är eller beräknas bli längre än två veckor. I 4 % (9 st.) av fallen har ingen uppgift lämnats (figur 10).



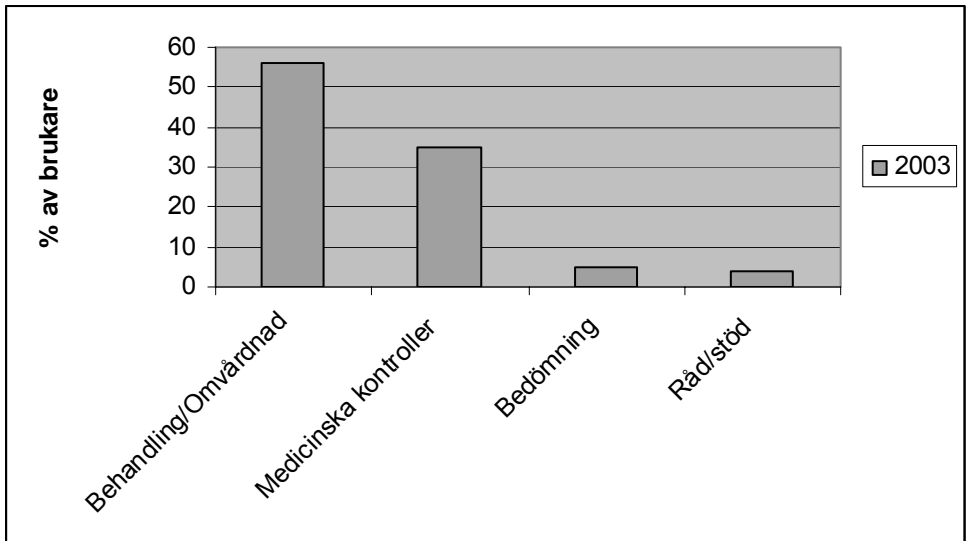
Figur 10 Hur långvarig beräknas insatserna bli?

Andelen insatser som avslutas inom två veckor har ökat marginellt mellan de olika mättillfällena.

Ärenden längre än 14 dagar fördelade på typ av insats

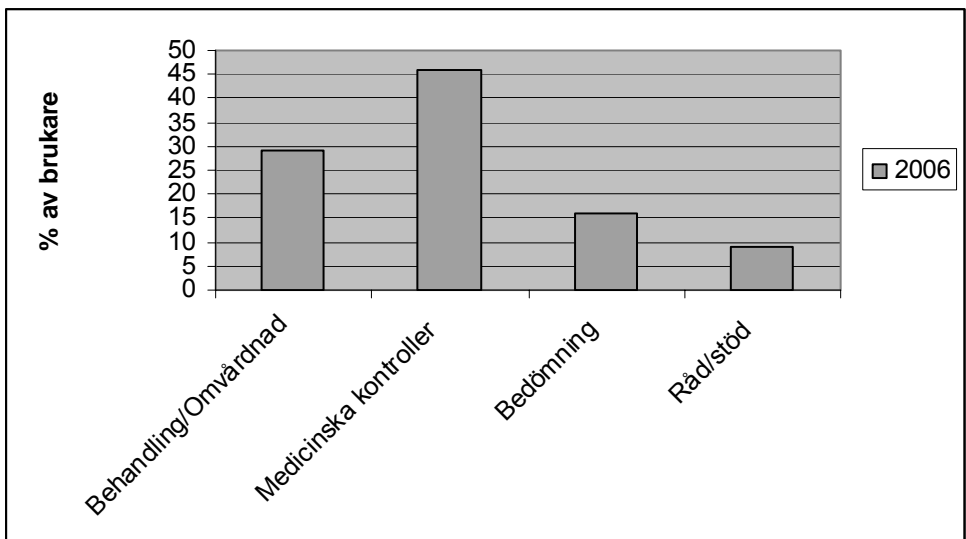
För att kunna redovisa vilka insatser som utförs vid ärenden som varar längre än 14 dagar har resultaten av insatsens längd och typ av insats korskörts.

Vid 2003 års kartläggning var det insatsen behandling/omvårdnad som stod för den största delen av ärenden som ej var avslutade inom 14 dagar, 56 % (75 st.). Även insatsen medicinska kontroller stod för en stor del av ärenden som ej avslutades inom 14 dagar, 35 % (47 st.). Både bedömning och råd/stöd stod för väldigt små delar, 5 respektive 4 % (figur 11).



Figur 11 Ärenden ej avslutade inom 14 dagar fördelade på typ av insats, 2003.

Vid kartläggningen 2006 är det medicinska kontroller som står för den största delen av ärenden som ej avslutas inom 14 dagar, 46 % (36 st.). Insatsen behandling/omvårdnad utgör 29 % (23 st.) av ärendena som ej avslutades inom 14 dagar. Både behandling samt råd/stöd har ökat sina andelar av ärenden som ej avslutas inom 14 dagar, till 16 respektive 9 % (figur 12).



Figur 12 Ärenden ej avslutade inom 14 dagar fördelade på typ av insats, 2006

Analys

Besöksfrekvens

Den första tabellen i materialet som redovisar aktuella distriktssköterskor, antalet brukare och omfattningen av de kommunala distriktssköterskornas hembesök visar för vissa kommuner i länet på en mycket stor förändring i jämförelse med resultaten från 2003 års studie. Både antalet brukare och antalet besök har minskat drastiskt. De största förändringarna har skett i Härjedalen, Strömsund och Östersund. I både Härjedalen och Strömsund har antalet brukare minskat med drygt 80 %. Antalet besök i Härjedalen har minskat med nästan 90 % och i Strömsund med drygt 80 %. I Östersund har antalet brukare minskat med knappt 30 % och antalet besök har nästan halverats.

I det redovisade bortfallet när det gäller svar från kommunens distriktssköterskor, ser man att Härjedalen och Strömsund har det största bortfallet på grund av att distriktssköterskorna inte hade haft några besök. Detta kan bero på att i Strömsund och Östersund reviderades ÄDEL-avtalen under 2005 där man tydliggjorde ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting. Härjedalen hade sedan tidigare en tydlig ansvarsfördelning i sitt avtal och det är möjligt att det har blivit tydligare kommunicerat till berörda parter. Utifrån denna kvantitativa studie kan vi inte tydligt se orsakssambandet och någon ytterligare förklaring har ej varit möjlig att få.

I tre kommuner Berg, Bräcke och Ragunda har både antalet brukare och besök ökat. Ökningen är dock i förhållande till den totala bilden marginell. Bakomliggande orsaker kan vara bristande kommunikation när det gäller ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting.

Kommunikation och ansvarsfördelning

Andelen besök som landstinget initierar har minskat jämfört med 2003 års kartläggning. En stor del av besöken initieras fortfarande av brukaren själv eller anhöriga. Det finns även ett flertal andra ”instanser” som kontakter kommunens distriktssköterska direkt när brukarna behöver hälso- och sjukvårdsinsatser.

Den dominerande anledningen till att vården sker i hemmet är försämrat hälsotillstånd hos brukaren. Grunden för att hälso- och sjukvårdsansvaret ska ligga hos kommunen är att brukaren dels har en ”stor olägenhet” att ta sig till hälsocentralen och att insatsen sker under en sammanhängande tid.

I 2006 års mätning bedöms fortfarande att en stor andel av de brukare som får enstaka/tillfälliga hemsjukvårdsbesök skulle kunna ta sig till hälsocentral utan stor olägenhet. Andelen är dock mindre jämfört med 2003. Orsak till förändringen kan vara att en striktare bedömning numer görs innan vården ges i hemmet.

Materialet visar vidare att landstinget till största delen initierar de besök där medicinska kontroller utförs vilket i sig är logiskt, eftersom det ofta är läkare som ordinerar kontroller för medicinska ställningstaganden. Initiativ till behandling/omvårdnad däremot tas vid 2006 års kartläggning inte längre i lika stor utsträckning av landstinget utan initieras till lika stor del av anhöriga och brukare.

Av resultatet framgår att vårdplanering där både kommun och landsting deltar sker i en mycket begränsad omfattning. För att personen ska bli ett kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar med insatser som bedrivs i hemsjukvård ska en gemensam vårdplanering genomföras. Vid vårdplanering ska alla berörda delta. I länet pågår en revidering av riktlinjerna för samordnad vårdplanering utifrån att det framkommit att stora brister finns.

Materialet i sin helhet visar på behov av att skapa tydliga rutiner och riktlinjer för ansvarsfördelning och arbetsordning när det gäller personer som är i behov av hälso- och sjukvård, så att de hamnar på rätt vårdnivå.

Samhällsnyttan

Det är viktigt att hålla isär ansvar och praktisk samhällsnytta. Tittar man på vilka insatser som skulle ha krävts för att brukaren skulle kunna ha tagit sig till hälsocentral så är det 23,6 % som kräver omfattande resurser. Med det menas färdtjänst/sjukresa med följeslagare, taxi/annan transport med följeslagare, ambulans/bårtransport med eller utan följeslagare samt bärhjälp. Dessa faktorer innebär, som vi tidigare påpekat, med största sannolikhet även en stor olägenhet för brukaren då denne är i ett dåligt hälsotillstånd. I det läget är det antagligen inte i samhällsnyttans intresse att brukaren tar sig till hälsocentral, då kostnaden för sjukresa samt brukarens olägenhet troligtvis är större än kostnaden för hembesök.

I några fall anger den kommunala distriktssköterskan att det skulle ha krävts ett motivationsarbete för att brukaren skulle se möjligheten att ta sig till hälsocentral. I vissa av dessa fall kan det vara en psykosocial orsak som kan ligga bakom brukarens motstånd att besöka hälsocentral. Ur ett samhällsnyttigt perspektiv bör man även här se om kostnaden för brukaren i form av olägenhet är större än kostnaden för ett hembesök.

I 5,3 % av ärendena skulle det enligt den kommunala distriktssköterskan inte ha krävts några särskilda insatser för att brukaren skulle kunna ta sig till hälsocentral. I det läget är det kanske i samhällsnyttans intresse att brukaren tar sig till HC istället för att den kommunala distriktssköterskan åker ut för hembesök. Tyvärr är det ett stort bortfall när det gäller den här frågan, vilket är olyckligt då det utifrån ett brukarperspektiv är viktigt att påvisa brukarens olägenhet och/eller bristande förmåga att ta sig till hälsocentral.

Alla lösningar när det gäller enstaka hembesök måste i första hand ses ur ett brukarperspektiv och ett glesbygdsperspektiv för att möjliggöra en samhällsekonomiskt effektiv insats. Ett exempel på detta är när den kommunala distriktssköterskan åker till en brukare för att utföra en hemsjukvårdsinsats och det i närheten bor en person med behov av insatser som egentligen faller under landstingets vårdansvar. Då kan den kommunala distriktssköterskan utföra även denna insats men mot ekonomisk ersättning från landstinget. Genom ett sådant samarbete borde samhällsnyttan maximeras genom att den kommunala distriktssköterskan som redan är på plats genomför besöket. Brukarens nytta av att slippa olägenheten att ta sig till hälsocentral läggs också till helheten.

Mycket av den samverkansproblematik som vi har påvisat sätter vi i samband med de stora ekonomiska nedskärningar och omfördelningar som skedde i kommun- och landstings- verksamheter under framför allt 1990-talet, som har inneburit att den egna budgeten har blivit viktigare än själva samhällsnyttan. Även den förskjutning av sjukvårdsinsatser som tidigare utfördes på sjukhus och som nu i stor utsträckning sker i hemmet har med stor sannolikhet föranlett den diskussion som nu sker.

Metoddiskussion

Distriktssköterskorna fick information om kartläggningen i andra hand av sina respektive medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Det optimala hade givetvis varit om alla fått information från en och samma person. Det var dock inte möjligt att genomföra med hänsyn till det antal distriktssköterskor som berördes, avstånden i länet och den tid som fanns till förfogande innan kartläggningens start. Möjlighet fanns att under kartläggningsperioden kontakta personer i den arbetsgrupp som framarbetat manualen.

Kartläggningsblankett som mätinstrument har varit bra eftersom alla följt samma mall och lite tid har krävts för att fylla i blanketten. Frågorna 2,3, 6, 8 och 9 skulle besvaras med egna ord i stället för fasta svarsalternativ. Alternativet hade varit att även där ha fasta svarsalternativ då de olika kategorierna kunde ha utgjort svarsalternativen. Resultatsammanställningen hade då gått snabbare eftersom svaren inte behövt kategoriseras. Fördelen med att svara med egna ord är dock att få se variationen på svaren.

I manualen borde ha framgått att även de distriktssköterskor som inte haft några enstaka/tillfälliga besök under mätperioden skulle ha skickat in en kartläggningsblankett, där det framgått att inga besök utförts. I vårt fall tog vi i efterhand kontakt med respektive medicinsk ansvarig sjuksköterska för att få informationen. Det är av vikt att denna uppgift redovisas, om önskemål finns att kunna beräkna den totala omfattningen av besöken i relation till antalet anställda distriktssköterskor.

Om man vill använda denna kartläggningsmetod för att kontinuerligt följa utvecklingen av besök i en kommun är det av vikt att det finns klara

definitioner av vad som menas med kontinuerliga/tillfälliga/enstaka insatser. Eftersom dessa begrepp inte har en gemensam definition i vårt län kan det eventuellt ha påverkat resultatet något.

Slutsatser

För att komma överens om en ansvarsfördelning mellan kommun och landsting måste vissa begrepp tydliggöras och innebörden i begreppen vara accepterade av bägge parter. Exempel på begrepp som idag används utan preciserat innehåll är *kontinuerlig hemsjukvård*, *sammanhängande tid*, *stor olägenhet* och *varaktighet*. Först när man enats om dessa begrepp kan man skapa rutiner och riktlinjer för ansvarsfördelningen. Därefter måste dessa rutiner och riktlinjer kommuniceras och informeras om till all berörd personal. Detta för att brukaren ska komma på rätt vårdnivå från början. Viktigt i sammanhanget är också att rutinerna för den samordnade vårdplaneringen följs.

Eftersom många av besöken fortfarande initieras av brukaren själv eller anhöriga är det viktigt att rätt information når medborgarna. När de är i behov av hälso- och sjukvårdsinsatser är det landstinget de ska kontakta såvida man inte har kontinuerlig hemsjukvård.

Det är viktigt att alla lösningar utgår från både ett brukar- och samhällsekonomiskt perspektiv.

REFERENSER

Jämtlands läns landsting, Kommunförbundet i Jämtlands län. (1990) *”Principöverenskommelse mellan Jämtlands läns landsting och kommunerna i Jämtlands län avseende äldre- och handikappomsorgen”*

Kommunförbundet i Jämtlands län. (2002) *Kommunala distriktssköterskor – Resursbehov, uppgifter, organisation*. Östersund: Kommunförbundet

Socialstyrelsen, & Sveriges kommuner och landsting. (2005) *Begrepp och termer inom vård och omsorg*. www.socialstyrelsen.se, maj 2005

SOU 2004:68. *Sammanhållen hemvård*. Stockholm: Socialdepartementet

2003-09-09



Kartläggning av enstaka/tillfälliga besök som utförs av kommunala distriktssköterskor/sjuksköterskor

Varför denna kartläggning?

För närvarande pågår ett arbete för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan landstingets primärvård och länets kommuner avseende hälso- och sjukvårdsinsatser, dvs vilka omständigheter som skall avgöra om en enskild individ skall få sin vård från den kommunala hemsjukvården eller via hälsocentralen. Bli a har då diskuterats om kortvariga behov kan tillgodoses av primärvården och de mera varaktiga av kommunen. I så fall måste det bestämmas var gränsen går mellan kortvarigt och varaktigt.

Den arbetsgrupp som ansvarar för att ta fram förslag om tydligare ansvarsfördelning, konstaterade underhand i sitt arbete att det fanns behov av en kartläggning för att få en uppfattning om omfattningen av enstaka/tillfälliga hembesök utförda av kommunernas distriktssköterskor. Ett underlag behövde således tas fram som kan visa på konsekvenserna för huvudmännen.

Metod

Kartläggningen har genomförts genom att samtliga distriktssköterskor/sjuksköterskor som arbetar gentemot brukare i ordinärt boende, ombads att under en månad, mars 2003, registrera samtliga besök/insatser hos brukare som inte hade kontinuerliga insatser från den kommunala hemvården. Endast insatserna vardagar dagtid ingick i kartläggningen. Registreringen och bedömningar utfördes av distriktssköterskorna på en särskilt framtagen blankett.

De uppgifter som registrerades och bedömdes av distriktssköterskorna var:

- Kommun och namn
- Antal besök.
- Vem som initierade första besöket
- Om brukaren hade stöd från kommunen med personlig omvårdnad
- Om vårdplanering genomförts
- Vilka insatser som utfördes
- Om brukaren kunnat ta sig till HC utan stor olägenhet
- Varför insatsen utfördes i hemmet i stället för på HC
- Avstånd till närmaste HC
- Om insatsen avslutades inom 14 dagar

Blanketterna översändes efter mät månaden till Kommunförbundet för databearbetning och analys.

Resultat

Ungefär 60 av totalt drygt 100 kommunanställda distriktssköterskor registrerade de enstaka/tillfälliga hemsjukvårdsbesöken under mätmånaden. Registreringen utfördes i alla kommuner utom Åre. Skälet till att mätningen inte genomfördes i Åre var att det uppstod ett missförstånd om hur mätblanketterna skulle distribueras till distriktssköterskorna, vilket medförde att blanketterna inte delades ut i rätt tid.

Totalt registrerades enstaka/tillfälliga hemsjukvårdsbesök hos 322 brukare. Det totala antalet besök var 813, dvs i genomsnitt 2,5 besök per brukare.

Tabell 1 Antal distriktssköterskor, brukare och besök som ingick i undersökningen per kommun

| | Antal dsk | Antal brukare | Antal besök | Besök/brukare |
|------------|-----------|---------------|-------------|---------------|
| Berg | 4 | 18 | 27 | 1,5 |
| Bräcke | 2 | 4 | 10 | 2,5 |
| Härjedalen | 7 | 38 | 117 | 3,1 |
| Krokom | 4 | 28 | 73 | 2,6 |
| Ragunda | 6 | 20 | 40 | 2,0 |
| Strömsund | 9 | 76 | 126 | 1,7 |
| Östersund | 25 | 138 | 420 | 3,0 |
| Summa | 57 | 322 | 813 | 2,5 |

Hade brukaren kunnat ta sig till HC?

Utifrån brukarens situation gjorde distriktssköterskan en bedömning om personen skulle ha kunnat ta sig till hälsocentralen utan stor olägenhet. Behov av följeslagare, buss eller taxi har ej bedömts som stor olägenhet. Bedömningen om brukaren kunnat ta sig till hälsocentralen har gjorts enbart utifrån diagnos eller funktionshinder.

Av nedanstående tabell framgår att ungefär 60 % av de aktuella brukarna skulle ha kunnat ta sig till hälsocentral. Även bland de brukare där distriktssköterskan uppgett att brukaren inte kunnat ta sig till hälsocentralen finns ett 10-tal fall där det noterats att skälet till detta är t ex patientens önskemål, avsaknad av bil och lång resväg.

Tabell 2 Uppgivna svar på frågan om brukaren skulle ha kunnat ta sig till HC

| | Antal | |
|---------|-------|------|
| Ja | 191 | 59 % |
| Ja/nej | 10 | 3 % |
| Nej | 101 | 31 % |
| ? | 6 | 2 % |
| Övr | 9 | 3 % |
| Ej svar | 5 | 2 % |
| Summa | 322 | |

Vem initierade besöket?

I mer än hälften av fallen (57 %) har besöket initierats av landstinget, endera via sjukhuset, hälsocentralen eller sjukvårdsupplysningen. 35 % av besöken har initierats av brukaren själv eller anhörig. Endast 4 % av fallen har initierats av kommunens hemtjänst.

Tabell 3 Hur hembesöket initierats

| Initierat besöket | Antal | Varav kunnat ta sig till HC Enligt bedömning av disk | |
|-------------------|-------|---|------|
| HC | 100 | 63 | 63 % |
| Sjukhuset | 80 | 48 | 60 % |
| Brukaren | 84 | 48 | 57 % |
| Anhörig | 30 | 17 | 57 % |
| Hemtjänsten | 13 | | |
| SVU | 3 | | |
| Övr | 9 | | |
| Ej svar | 3 | | |
| Summa | 322 | | |

Stöd från kommunen med personlig omvårdnad/vårdplanering

Endast ett fåtal, 21 av 322 brukare (6,5 %), hade stöd från kommunen med personlig omvårdnad. Av dessa 21 har distriktssköterskan i 11 fall uppgivit att brukaren skulle ha kunnat ta sig till hälsocentralen utan stor olägenhet.

I 38 fall (11,8 %) hade vårdplanering genomförts. I de fall vårdplanering genomförts vet vi ej i hur många fall landstinget medverkat.

Vilka insatser genomfördes?

Distriktssköterskorna utförde mycket olika insatser under hembesöken. Deras svar har kategoriserats enligt följande:

- **Behandling/omvårdnad** - Specifika omvårdnadsåtgärder; ex. läkemedels-
hantering, injektionsgivning, katetervård, sårömläggningar, förskrivning av
inkontinenshjälpmedel.
- **Medicinska kontroller** - Olika typer av kontroller vars resultat ligger till grund
för medicinska ställningstaganden; ex. blodtrycks kontroll, blodsocker kon-
troll, provtagning (blod, urin).
- **Bedömning** - Olika typer av bedömningar som ligger till grund för ställnings-
tagande till fortsatt vård/ vårdnivå.
- **Råd/stöd** - Olika former av stöd; ex. stödsamtal, rådgivning, krisbearbet-
ning.

Tabell 4 Typ av insats

| Insats | Antal | |
|-----------------------|-------|------|
| Behandling/omvårdnad | 156 | 48 % |
| Medicinska kontroller | 107 | 33 % |
| Bedömning | 42 | 13 % |
| Råd/stöd | 16 | 5 % |
| Summa | 321 | |

Av nedanstående tabell framgår hur besöket initierats fördelat på typ av insats enligt ovanstående tabell. Noterbart är att beträffande behandling/omvårdnad och medicinska kontroller, dominerar landstingsinrättningarna bland dem som initierat besöken. För insatsen bedömning dominerar brukare/anhöriga, medan råd och stöd visar en något mera splittrad bild.

Tabell 5 Hur besöket initierats fördelat på typ av insats enligt tabell ovan

| Initierat besöket | Behandling/o mvårdnad | | Medicinska kontroller | | Bedömning | | Råd och stöd | |
|-------------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|-----------|----------|-----------------|----------|
| | | | | | | | | |
| HC | 42 | 27 % | 46 | 43 % | 5 | 12 % | 7 | 44 % |
| Sjukhuset | 53 | 34 % | 24 | 22 % | 1 | 2 % | 2 | 13 % |
| Brukaren | 37 | 24 % | 29 | 27 % | 1 4 | 33 % | 4 | 25 % |
| Anhörig | 13 | 8 % | 5 | 5 % | 1 1 | 26 % | 1 | 6 % |
| Hemtjänsten | 6 | 4 % | 0 | 0 % | 5 | 12 % | 2 | 13 % |
| SVU | 1 | 1 % | 0 | 0 % | 2 | 5 % | 0 | 0 % |
| Övr | 1 | 1 % | 2 | 2 % | 3 | 7 % | 0 | 0 % |
| Ej svar | 3 | 2 % | 1 | 1 % | 1 | 2 % | 0 | 0 % |
| Summa | 156 | 100 % | 107 | 100 % | 4 2 | 100 % | 1 6 | 100 % |

Nedanstående tabell visar att möjligheten att ta sig till HC är i stort sett lika oavsett typen av insats.

Tabell 6 Uppgivna svar på frågan om brukaren skulle ha kunnat ta sig till HC fördelat på typ av insats

| Insats | Antal | Varav kunnat ta sig till HC | |
|-----------------------|-------|-----------------------------|------|
| Behandling/omvårdnad | 156 | 90 | 58 % |
| Medicinska kontroller | 107 | 67 | 63 % |
| Bedömning | 42 | 24 | 57 % |
| Råd/stöd | 16 | 11 | 69 % |
| Summa | 321 | 192 | 60 % |

Varför insatsen utfördes i hemmet i stället för på hälsocentralen

Distriktssköterskornas svar på varför insatsen utfördes i hemmet i stället för på hälsocentralen, har kategoriserats och sammanställts i nedanstående tabell.

Tabell 7 Sammanställning av svar på varför insatsen utfördes i hemmet

| | | | |
|---------------------|--|-----|---------|
| 1. Remiss | | | |
| | A. Sluten vård | 22 | 7 % |
| | B. Primärvården | 26 | 8 % |
| 2. Önskemål | | | |
| | A. Från patient/brukare | 42 | 13 % |
| | B. Från närstående | 4 | 1 % |
| 3. Status | | | |
| | A. Lättare för patient/brukaren | 28 | 9 % |
| | B. Försämrat hälsotillstånd | 135 | 42 % |
| | C. Situationen kräver lugn och ro/hemmamiljö | 14 | 4 % |
| 4. Övrigt | | | |
| | A. Kommundistriktssköterskans val | 19 | 6 % |
| | B. Nära till distriktssköterska/hemsjukvård | 2 | 1 % |
| | C. Behövde ingen hjälp/bedömning | 1 | 0 % |
| 5. Ej svarat/vet ej | | 30 | 9 % |
| Summa | | 323 | 100,0 % |

I ovanstående tabell dominerar gruppen som hänförs till försämrat hälsotillstånd, 3B. Av tabellen nedan framgår att nästan 60 % av denna grupp besökts av distriktssköterska på initiativ av HC eller sjukhuset och att 36 % av besöken initierats av brukare/närstående.

Tabell 8 Hur besöket initierats avseende 3 A-C enligt tabell ovan

| Initierat besöket | 3A | | 3B | | 3C | |
|-------------------|----|-------|-----|-------|----|-------|
| HC | 8 | 29 % | 38 | 28 % | 12 | 86 % |
| Sjukhuset | 5 | 18 % | 41 | 30 % | 1 | 7 % |
| Brukaren | 6 | 21 % | 35 | 26 % | 0 | 0 % |
| Anhörig | 4 | 14 % | 13 | 10 % | 1 | 7 % |
| Hemtjänsten | 3 | 11 % | 2 | 1 % | 0 | 0 % |
| SVU | 0 | 0 % | 3 | 2 % | 0 | 0 % |
| Övr | 1 | 4 % | 2 | 1 % | 0 | 0 % |
| Ej svar | 1 | 4 % | 1 | 1 % | 0 | 0 % |
| Summa | 28 | 100 % | 135 | 100 % | 14 | 100 % |

Insatsens längd i tid

I 133 (41 %) fall avslutades inte insatsen inom 14 dagar. Inga signifikanta skillnader kan påvisas avseende denna kategori patienter, förutom att en betydligt större andel, ca 56 %, ingår i den grupp som fått behandling/omvårdnad enligt tabell 4 ovan.

Tabell 9 Antal ärenden ej avslutade inom 14 dagar fördelat på typ av insats

| | | |
|-----------------------|-----|-------|
| Insats | | |
| Behandling/omvårdnad | 75 | 56 % |
| Medicinska kontroller | 47 | 35 % |
| Bedömning | 6 | 5 % |
| Råd/stöd | 5 | 4 % |
| Summa | 133 | 100 % |

Tabell 10 Varför insatsen utfördes i hemmet fördelat på om individen kunnat ta sig till HC resp ej avslutade inom 14 dagar

| | | Totalt | Varav kunnat ta sig till HC | | Ej avslutade inom 14 dagar | |
|----------------------------|--|--------|-----------------------------|------|----------------------------|-----|
| 1. Remiss | | | | | | |
| | A. Sluten vård | 21 | 18 | 86% | 10 | 48% |
| | B. Primärvården | 27 | 26 | 96% | 11 | 41% |
| 2. Önskemål | | | | | | |
| | A. Från patient/brukare | 42 | 38 | 90% | 20 | 48% |
| | B. Från närstående | 3 | 3 | 100% | 2 | 67% |
| 3. Status | | | | | | |
| | A. Lättare för patient/brukaren | 28 | 17 | 61% | 16 | 57% |
| | B. Försämrat hälsotillstånd | 135 | 49 | 36% | 55 | 41% |
| | C. Situationen kräver lugn och ro/hemmamiljö | 14 | 14 | 100% | 5 | 36% |
| 4. Övrigt | | | | | | |
| | A. Kommundistrikts-sköterskans val | 19 | 11 | 58% | 7 | 37% |
| | B. Nära till distrikts-sköterska/hemsjukvård | 2 | 2 | 100% | 0 | 0% |
| | C. Behövde ingen hjälp/bedömning | 1 | 1 | 100% | 0 | 0% |
| 5. Ej svarat/vet ej | | 30 | 14 | 47% | 7 | 23% |
| S:a | | 322 | 193 | 60% | 133 | 41% |

Den största (135 av fallen) orsaken till att besöket gjorts i hemmet är att brukaren hade ett försämrat hälsotillstånd. Trots försämrat hälsotillstånd har kommunens distriktssköterska ändå bedömt att 49 av dessa skulle ha kunnat ta sig till HC utan stor olägenhet.

Avstånd till närmaste hälsocentral

I de flesta fall, 56 %, var patientens avstånd till närmaste hälsocentral under 3 km, i drygt 10 % av fallen var avståndet mellan 3 och 10 km och i 30 % av fallen översteg avståndet 10 km. En tydlig och förväntad skillnad finns mellan Östersund och övriga kommuner, vilket framgår av nedanstående tabell.

Tabell 11 Avstånd till närmaste hälsocentral

| Avstånd | Östersund | Varav kunnat ta sig till HC | | Övriga kommuner | Varav kunnat ta sig till HC | |
|---------|-----------|-----------------------------|-----|-----------------|-----------------------------|-----|
| 0-3 km | 103 | 49 | 48% | 73 | 52 | 71% |
| 3-10 km | 14 | 5 | 36% | 22 | 14 | 64% |
| > 10 km | 19 | 13 | 68% | 80 | 57 | 71% |
| Summa | 136 | 67 | 49% | 175 | 123 | 70% |

Diskussion/slutsatser

Syftet med denna kartläggning var att undersöka omfattningen av enstaka/tillfälliga hembesök utförda av kommunernas distriktssköterskor för att kunna visa på konsekvenserna för huvudmännen vid ev förändringar/justeringar av gränserna för kommunernas hemsjukvårdsåtagande.

Kartläggningen visar att kommunernas distriktssköterskor utför arbete som, oavsett ev kommande förändringar/justeringar av kommunernas hemsjukvårdsåtagande, bör utföras av landstingets primärvård.

Denna kartläggning visar att om en varaktighetsgräns sätts på 14 dagar skulle 59 % av besöken direkt hänföras till landstinget. Av de kvarstående 41 % skulle endast de brukare som på grund av sjukdom eller funktionshinder har en stor olägenhet att ta sig till HC falla under kommunens ansvar. I detta sammanhang bör det observeras att vid ev förändringar ska allt göras för att patienter inte i onödan skall behöva byta vårdgivare mitt under pågående insats (se skrivelse 2003-08-26 avseende kommunens och landstingets roll och uppgifter avseende hemsjukvård, avsnitt 6.4)

Av kartläggningen framgår att de enstaka hembesöken i 57 % hade initierats av landstinget och att kommundistriktssköterskan därefter i många av dessa fall gjort bedömningen att patienterna kunnat ta sig till HC. Detta kan tyda på att det endera är ett otydligt regelverk eller att det råder okunskap från remitterande instans om vad som gäller. I vart fall understryker detta att gemensam vårdplanering måste ske i betydligt fler fall än vad denna kartläggning visar.

Kartläggningen visar att det finns ett stort behov av ett tydligt beslutsstöd för distriktssköterskorna, dvs tydligare stöd från ledningen om vad deras uppdrag i verksamheten är. Det bristande beslutsstödet resulterar i bl a följande:

- Mer än hälften av besöken initierades av landstinget och drygt hälften av dessa har bedömts kunna ta sig till HC utan stor olägenhet. Trots detta har insatsen givits i hemmet.

- Att endast 6,5% av alla brukarna hade stöd från kommunen med personlig omvårdnad visar att tillfälliga besök görs till en grupp brukare som har ett lågt omvårdnadsbehov vilka, som kartläggningen också visar, i stor utsträckning ta sig till HC utan stor olägenhet.
- Av de patientbedömningar som gjordes dominerar brukare/anhöriga som initiativtagare till besöket vilket kan tyda på att kommunens distriktssköterska är lätt tillgänglig och har svårt att säga nej till besöket.
- Behandling/omvårdnad och medicinska kontroller är de vanligaste insatserna som ges vid besöken. Landstinget dominerar som initiativtagare (även brukarna initierar i många fall) Troligtvis är detta insatser som inte är akuta och som borde vara lätta att dirigera till rätt vårdnivå.

När ansvarsfördelning är klarlagd måste givetvis allt praktiskt lösas på ett för patienten och vårdgivarna smidigaste sätt – med patientperspektivet i fokus.

Bilagor:

1. Kartlägningsblankett
2. Instruktion till kartlägningsblankett

Kartläggning av enstaka/ tillfälliga besök som utförs av kommunens distriktssköterska/sjuksköterska i ordinärt boende i Jämtlands län under en månad – februari 2006

Varför ska kartläggningen göras?

I mars 2003 genomfördes en liknande kartläggning för att få en bild av omfattningen av de hälso- och sjukvårdsinsatser som de kommunala sjuksköterskorna/ distriktssköterskorna utförde hos brukare som ej hade kontinuerliga insatser från den kommunala hemsjukvården. Politiska överläggningar skedde därefter för att klargöra ansvarsfördelningen mellan landstingets primärvård och den kommunala hemsjukvården. Kartläggningens resultat användes för att beräkna storleken på den ersättning landstinget ersätter kommunerna för under pågående ÄDEL-avtalsperiod.

Beslut har fattats i SVOM (samverkansgrupp för social vård- och omsorg) att en ny kartläggning ska ske under 2006.

Vad ska kartläggas och vem kartlägger?

- Kartläggningen ska göras av samtliga distriktssköterskor/sjuksköterskor i kommunerna som under kartläggningsmånaden arbetar gentemot brukare i **ordinärt** boende. Servicehus räknas **inte** som ordinärt boende. Om ordinarie distriktssköterska/sjuksköterska är ledig fyller vikarien/annan kollega i blanketten. Det är viktigt att samtliga brukare registreras.
- Det som ska kartläggas är **samtliga** besök/insatser hos brukare som **inte** har kontinuerliga insatser från den kommunala hemsjukvården.
- Endast insatser som sker **vardagar dagtid** skall ingå i kartläggningen.

Vad vill vi veta?

Anvisningar för ifyllande av kartläggningsblanketten:

- **Fyll i kommun och distriktssköterskans/sjuksköterskans namn.** Om fler än en blankett används är det viktigt att kommun och namn anges på **samtliga**. **Notera löpnummer högst upp i högra hörnet.**
- **Brukare nr...** Här anges endast **ett** nummer för varje enskild brukare. Inga sekretessbelagda uppgifter får anges.
- **Antal besök** – Här anges det antal besök som distriktssköterskan/ sjuksköterskan gjort hos denne brukare under kartläggningsmånaden.

- **Vem initierade första besöket?** – T ex brukaren själv, närstående, HC, SVR, länssjukvården, hemtjänstpersonal etc.
- **Initierade någon annan övriga besök.** Det ska du bara fylla i om du får ett nytt uppdrag hos samma brukare.
Det innebär att om du exempelvis fått en remiss från sjukhuset på en sårömläggning som ska göras under en period så är det sjukhuset som initierat både det första samt följande besök. Då räcker det med att du skriver sjukhuset under första_____.
Om du av någon anledning bli kallad till brukaren för ett annat uppdrag ex. en bedömning för att brukaren har fallit. Då kan det besöket vara initierat av någon annan. Du uppger då på övriga_____ ex. brukaren själv, närstående, SVR etc.
- **Har brukaren stöd från kommunen med personlig omvårdnad?**
Besvaras med ja eller nej. Serviceinsatser som ex. larm, matleverans, städ etc. räknas **inte** som personlig omvårdnad.
- **Har vårdplanering genomförts där både kommunen och landstinget deltagit?** Besvaras med ja eller nej. Kommunens egna interna vårdplaneringar räknas inte. Det krävs att bägge parter, kommun och landsting, deltagit.
- **Vilken/vilka insatser utfördes?** – T ex bedömning, råd och stöd, förskrivning, ömläggning, injektionsgivning, provtagning etc.
- **Hade brukaren kunnat ta sig till HC utan stor olägenhet?** –
Besvaras med ja eller nej. Bedömningen om brukaren kunnat ta sig till HC skall göras utifrån **diagnos eller funktionshinder**. Ex. på stor olägenhet kan vara fysiska hinder som medför att det är svårt att ta sig ner för trappor och måste bäras, behov av bårtransport, smärttillstånd och andningsbesvär som innebär onödigt lidande etc. Psykiska hinder kan vara att själva miljöombytet innebär en klar försämring av den psykiska hälsan ex. svår demenssjukdom, förvirring, svår ångest etc. Behov av följeslagare, buss eller taxi ska **inte** bedömas som stor olägenhet.
- **Varför utfördes insatsen i hemmet i stället för på HC?** Ange skälet (-n)
- **Vilka insatser skulle ha krävts för att brukaren skulle ha kunnat få insatsen utförd på HC?** – Ange insatsen/insatserna ex. ambulanstransport, bårtransport, behov av utbildad personal som följeslagare, kontinuerlig övervakning etc.

- **Avstånd till närmaste HC?** Uppskatta avståndet till HC. Skriv 1 om det är 0-3 km, 2 om 3-10 km, 3 om 10 -30 km och 4 om > 30 km.
- **Hur långvarig var/beräknas insatsen bli?** Skriv 1 om den avslutats inom 1 vecka, 2 om den avslutas inom perioden 1 - ≤ 2 veckor, 3 om den avslutas efter > 2 veckor. Om insatsen inte hinner avslutas inom kartläggningsmånaden gör distriktssköterskan/sjuksköterskan en bedömning om beräknad insatsperiod.

Kartläggningsperiod

Kartläggningsperioden börjar 2006-02-06 avslutas 2006-03-03 och omfattar samtliga vardagar dagtid.

Snarast efter kartläggningsperiodens slut och **senast 2006- 03-08** skickas samtliga blanketter till: Kommunförbundet, Eva Holmbom, Box 3123. 831 03 Östersund.

Observera!

Inga sekretessbelagda uppgifter får lämnas på blanketten. Brukarna ska ej gå att identifiera. Däremot ska den enskilda distriktssköterskan spara en kopia av den/de inskickade blanketterna där hon/han i efterhand kan identifiera vilken/vilka brukare som ingått i kartläggningen. Om behov uppstår att landstinget vill föra en dialog i efterhand om uppgifterna, gäller som vanligt sekretessbestämmelserna, vilket innebär att brukarens samtycke måste inhämtas.

Upplysningar

Om frågeställningar uppstår kontakta:

Tina Bergstedt mobiltel: 070/ 2072665, e-mail: tina.bergstedt@are.se eller

Birgitta Granath tel: 0696/682535 , mobiltel: 070/6715792, e-mail:

birgitta.granath@jll.se

Kartlägningsblankett*, enstaka/tillfälliga besök, februari 2006

Blankett nr av

Kommun:

Distriktssköterska/sjuksköterska

| | Brukare nr | Brukare nr |
|---|---------------------|---------------------|
| Antal besök under månaden | | |
| Vem initierade första besöket? | Första _____ | Första _____ |
| Initierade någon annan övriga besök? Vilka? | Övriga | Övriga |
| Har brukaren stöd från kommunen med personlig omvårdnad? | | |
| Har vårdplanering genomförts där både Kommunen och landstinget deltagit? | | |
| Vilken/vilka insatser utfördes? | | |
| Hade brukaren kunnat ta sig till HC utan stor olägenhet? | | |
| Varför utfördes insatsen i hemmet i stället för på HC? | | |
| Vilka insatser skulle ha krävts för att brukaren skulle ha kunnat få insatsen utförd på HC? | | |
| Avstånd till närmaste HC? 1= 0-3 km 2= 3-10 km 3=10-30 km 4=>30 km | | |
| Hur långvarig var/beräknas insatsen bli? 1= < 1v 2= 1-≤ 2 v 3= > 2 v | | |

*För att öka läsbarheten har blanketten anpassats till rapportformatet. Originalblanketten är i liggande format.

FoU-Jämt är kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län

Information om FoU-Jämt finns på hemsidan
fou.jamtland.net

Rapporter ur FoU-Jämts rapportserie kan beställas via post eller e-post

ISSN 1651-7253

FoU-Jämt · Mittuniversitet · 831 25 Östersund
foujamt@miun.se