

## UTVÄRDERING AV

avtal om övertagande av hälso- och  
sjukvårdsinsatser i ordinärt boende  
mellan landstinget och kommunerna i  
Kalmar län

Maj 2011

# Innehåll

## Inledning

### 1. Uppdrag och metod

### 2. Sammanställning

2.1 Vad har blivit bättre för Klara efter kommunernas övertagande av hemsjukvården?

2.2 Vad har blivit mindre bra för Klara efter kommunernas övertagande av hemsjukvården?

2.3 Övriga kommentarer från enkätsvaren

2.4 Övriga förbättringsområden

### 3. Avslutande kommentarer

# Inledning

Den 1 januari 2008 överfördes ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende från landstinget till kommunerna i Kalmar län. Övertagandet innefattar hemsjukvård, hembesök samt rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i ordinärt boende. Reformen finansierades genom en skatteväxling och reglerades via "Avtal om övertagande av Hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län" (avtalet benämns fortsättningsvis "hemsjukvårdsavtalet" i denna rapport). Av hemsjukvårdsavtalet<sup>1</sup> framgår att avtalet skall följas upp samt att parterna skall verka för en enhetlig uppföljningsmodell i länet. Vidare framgår att en utvärdering av avtalet skall genomföras under år 2010.

Som en förberedande undersökning fick Fokus Kalmar län (socialtjänstens FoU-enhet), kommunernas uppdrag att undersöka hur den legitimerade personalen hade upplevt övertagandet samt förberedelserna inför förändringen av huvudmannskapet för hemsjukvården. Studien genomfördes drygt 1 år efter kommunernas övertagande och färdigställdes under 2010<sup>2</sup>. I den konstateras att för att få en helhetssyn som sätter patientens/brukarens behov i centrum krävs en fortsatt väl fungerande samverkan mellan kommuner och landsting. Därför är det nödvändigt med en utvärdering av båda huvudmännens förutsättningar och villkor.

På uppdrag av presidierna i landstingsstyrelsen och regionförbundets Primärkommunala nämnd tillsattes under våren 2010 en gemensam utvärderingsgrupp för att leda utvärderingen av hemsjukvårdsavtalet. I gruppen ingick följande personer:

Thomas Bergström, landstingets planeringsenhet  
Leni Lagerqvist, landstingets planeringsenhet  
Cecilia Nilsson, regionförbundet  
Kerstin Björklund, regionförbundet

---

<sup>1</sup> Avtal om övertagande av Hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län avsnitt 9.1 och 9.2.

<sup>2</sup> Legitimerad personals erfarenheter av kommunaliseringen av hemsjukvården i Kalmar län (Fokus-Rapport 2010:2)

# 1. UPPDRAG OCH METOD

## Uppdrag

I uppdraget från presidierna i landstingsstyrelsen respektive regionförbundets Primärkommunala nämnd ingick att utifrån berörda personalkategoriernas uppfattningar belysa följande frågeställningar:

- Hur fungerar avtalet utifrån patientens/brukarens, d v s "Klaras" perspektiv och vad har ändrats för henne?
- Är avtalet begripligt och tillämpligt för huvudmännens medarbetare?
- Finns det behov av att förtydliga, komplettera, ta bort och uppdatera text, bilder, skisser etc.?
- Fånga in hur medarbetare anser att begrepp som trygghet, kontinuitet, kvalitet, närhet, läkarmedverkan, läkemedelshantering hanteras utifrån Klaras behov.

Uppdraget skall slutredovisas i landstingsstyrelsen respektive Primärkommunala nämnden. I uppdraget ingick inte att göra en ekonomisk utvärdering eller att genomföra brukarundersökningar.

## Metod

På uppdrag av utvärderingsgruppen bildades en arbetsgrupp, för att få ett tydligare verksamhetsperspektiv redan i förberedelsearbetet. I arbetsgruppen ingick företrädare från båda huvudmännen enligt följande:

### *Från kommunerna:*

Annika Lindqvist, MAS, Kalmar  
Birgitta Alexandersson, MAS, Vimmerby,  
Mats Edström, MAR, Borgholm  
Ingegerd Sjöstrand, MAR, Mörbylånga

### *Från landstinget:*

Siv Öijerfeldt, primärvården  
Stefan Bragsjö, rehabilitering/hjälpmedel  
Ingela Möller, habilitering/rehabilitering/hjälpmedel  
Leif Benzein, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Västerviks sjukhus  
Elisabeth Seborn, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, länssjukhuset i Kalmar

I arbetsgruppens uppdrag ingick att formulera en webbaserad utvärderingsenkät riktad till berörda verksamhetschefer. Arbetsgruppen skulle även besvara eventuella frågor rörande enkäten samt sammanställa och analysera inkomna enkätsvar. Enkäten avgränsades till att

huvudmännens verksamhetschefer för hälso- och sjukvård ombads att i dialog med berörda medarbetare besvara enkäten.

Av 402 utskickade enkäter besvarades 236 stycken vilket motsvarar en svarsfrekvens på 59%. Svar inkom från samtliga 12 kommuner. Svarsfrekvensen bland medarbetare i kommunerna var något högre (66%) medan lägst svarsfrekvens fanns bland vissa sjukhuskliniker. För att kompensera bortfallet hade landstinget dialoger med sina förvaltningschefer om resultatet där förvaltningscheferna bekräftade att de avgivna svaren överensstämde med deras uppfattning.

Statistiska brister i programvaran innebar att svaren i vissa delar av enkäten blev svåranalyserade. Utvärderingsgruppen och arbetsgruppen enades därför att om att med stöd av enkäten och de öppna frågorna ge en generell bild av

- vad professionerna upplever har blivit bättre för Klara efter kommunernas övertagande av hemsjukvården,
- vad professionerna upplever har blivit mindre bra för Klara efter kommunernas övertagande av hemsjukvården samt
- områden där förbättringsarbete och klarlägganden behövs.

Utvärderingsgruppen har dessutom valt att ta med erfarenheter och synpunkter som vid sidan av enkätsvaren kommit till utvärderingsgruppens kännedom under hand.

## 2. SAMMANSTÄLLNING

### 2.1 Vad har blivit bättre för Klara efter kommunernas övertagande av hemsjukvården?

#### *Samlad organisation möjliggör sammanhållen vård i hemmet*

Samtliga tillfrågade vård- och omsorgskategorier som gör insatser för Klara i hemmet framhåller att det är positivt att det till största delen är en organisation (kommunen) som nu har huvudansvaret för vården och omsorgen i hemmet. Genom att hemtjänst och hemsjukvård har kommit närmare varandra underlättas kommunikation och samarbete, vilket möjliggör snabbare insatser. Sjuksköterskorna upplevs mer nåbara dygnet runt. Samordningen av de kommunala insatserna för Klara har blivit bättre (sammanhållen vård i hemmet), vilket också ger bättre personalkontinuitet för Klara (även vid flytt mellan ordinärt boende, växelvård, korttidsboende och särskilt boende). Eftersom samma organisation har ansvaret dygnet runt behöver Klara ta mindre kontakter själv.

*”Hemsjukvård samt hemtjänst har kommit närmare varandra. Större teamkänsla runt Klara. Blivit bättre för Klara med tillgängligheten kväll/helg när alla kommunsjuksköterskor arbetar tillsammans runt Klara.”*  
Citat ur enkätsvar.

Ytterligare positiva effekter är att nya ansvarsområden och ansvarsgränser för såväl landstings- som kommunpersonal har medfört en uppdatering av vilka samarbetspartners som nu är aktuella i huvudmännens organisationer, både interna och externa. Det upplevs därför positivt att sjukhusledningen i Kalmar, Oskarshamn och Västervik inlett riktade dialoger med intilliggande kommuner, landstingets hälsocentraler och privata vårdcentraler. Syftet med dialogen är att få ökad kännedom om varandra och varandras uppdrag samt att förbättra de gemensamma rutinerna kring Klara, vilket i sin tur bidrar till ökad patientsäkerhet och en sammanhållen vårdkedja. Syftet är dessutom att Klara ska uppleva vård- och omsorgsinsatserna som en helhet.

*”Hemsjukvård och hemtjänstpersonal under samma huvudman! Rehabinsatser kan samordnas med hemtjänstpersonal enklare. Att det verkställs är i allas intresse under samma huvudmannaskap.”*  
Citat ur enkätsvar.

För att ytterligare underlätta samarbetet i praktiken har ”Praktiska anvisningar till hemsjukvårdsavtalet angående sjuksköterskornas ansvarsområde” tagits fram av en gemensam arbetsgrupp. Dokumentet, som utgår från hemsjukvårdsavtalet revideras årligen och upplevs som en god vägledning.

#### *Effektivare rehabilitering i hemmet – ökad kvalitet för Klara*

Kommunernas övertagande av hemsjukvården blev inkörsporten till att kunna utveckla en betydligt effektivare hemrehabilitering. Några kommuner har hunnit långt i detta arbete och anställt ytterligare rehabiliteringspersonal (sjukgymnaster och arbetsterapeuter) medan andra påbörjat en sådan utveckling. De mest frekventa enkätsvaren pekar på en mycket positiv utveckling inom rehabiliteringsområdet. Genom att fler professioner nu finns samlade i den kommunala organisationen har ett teamarbete utvecklats kring Klara. Det nära samarbetet

mellan olika professioner i kommunen (sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska och hemtjänstpersonal) bidrar till en bättre helhetssyn på Klaras situation och behov.

Kontaktvägarna har kortats och löper smidigare. Teamarbetet underlättar

rehabiliteringsprocessen och Klara, som är i stort behov av samlade insatser, får idag snabbare insatser i form av hjälpmedel, anpassning av bostaden samt mer träning och uppföljning i hemmet än tidigare. Man upplever att besluten och verkställigheten kring rehabiliterings- och hjälpmedelsinsatserna har effektiviserats, d v s kommer Klara snabbare till del. Flera kommuner uppger att detta minskar behovet av korttidsplatser. Att samverka mellan olika professioner förbättrats bidrar också till ökad kvalitet i insatserna till Klara.

Även samverka mellan båda huvudmännens rehabprofessioner har utvecklats på ett positivt sätt. Verksamhetsansvariga i kommunerna och landstinget träffas numer regelbundet i "Länsgruppen rehab" för att strukturera det gemensamma utvecklingsarbetet.

Exempelvis har "Praktiska anvisningar – Rehabilitering och hjälpmedel" utformats gemensamt. Anvisningarna utgår från hemsjukvårdsavtalet och ger stöd åt i första hand arbetsterapeuter och sjukgymnaster att ta ansvar för de delar som åvilar respektive huvudman.

Ett annat exempel på samverka är att huvudmännen nu även bedriver ett gemensamt förbättringsarbete inom strokevården. Arbetet sker med utgångspunkt från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för strokesjukvård och ovan nämnda praktiska anvisningar.

*"Det jag märkt är att hemrehab och hemsjukvården blivit bättre för den enskilde. En och samma huvudman för hemsjukvård och hemtjänst. Detta har givit ett bättre samarbete men ffa har samarbetet mellan rehab och hemtjänst blivit flera klasser bättre." Citat ur enkätsvar.*

*"Klara erbjuds mer rehabilitering i ordinärt boende än tidigare. Hon får mer träning och uppföljning. Ett nära samarbete mellan de olika professionerna runt Klara som ger en helhetssyn (teamarbete) för Klaras bästa". Citat ur enkätsvar.*

*"..... Betydande utökning av rehabiliteringsinsatser i ordinärt boende. Tydligare teamarbete kring Klara, bättre stöd till hemtjänst och anhöriga. Ökad tillgänglighet, snabbare kontakt, högre servicenivå när det gäller kontakt ang rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel." Citat ur enkätsvar.*

## **2.2 Vad har blivit mindre bra för Klara efter kommunernas övertagande av hemsjukvården?**

### ***Olika journalsystem och informationsöverföring***

Att kommunerna och landstinget har olika journalsystem upplevs som en brist. Så var fallet även före växlingen av hemsjukvården, men genom att fler hälso- och sjukvårdspersonal överfördes till kommunerna i samband med växlingen är det numer fler som kan påtala bristen. I dagsläget saknas tekniska lösningar för läsbarhet i varandras system. Brist på tillgång till digital information är något som flera menar kan medföra risk för Klara, eftersom man anser att det försvårar tillgången till aktuell information om Klaras tillstånd, ordinationer, läkemedel etc och därmed ställer stora krav på korrekt överrapportering. För att säkerställa patientsäkerheten och motverka eventuella missförstånd läggs emellanåt mycket tid på telefonkontakter och kollegial dialog mellan vårdgivarna.

Distriktssjuksköterskor/sjuksköterskor som tidigare arbetade inom landstinget men nu finns i

kommunerna saknar också naturliga mötesplatser med läkarna, något de tidigare var vana att ha tillgång till.

I dag och sedan tidigare återfinns information om Klara i respektive huvudmans system och överrapporteras huvudmännen emellan. Informationen finns således, men det krävs flera manuella steg i informationsinhämtningen för att upprätthålla patientsäkerheten. En sammanhållen journalföring skulle förmodligen effektivisera informationsinhämtningen och patientsäkerheten.

Det finns en hög ambition hos båda huvudmännen att utveckla vården med stöd av en sammanhållen journalföring och en aktuell vårdplan för att öka såväl tydligheten som patientsäkerheten. Under 2011 arbetar Kalmar län med att utreda förutsättningarna för att införa en modell (Nationell patientöversikt) för sammanhållen journalföring, vilket innebär möjlighet för åtkomst till viss förutbestämd journalinformation hos annan huvudman/vårdgivare. Genom införandet av e-legitimationer, så kallade SITHS-kort, i kommunerna skapas bättre förutsättningar för samordnad vårdplanering. Vidare kommer Cosmic Link, som är ett digitalt överrapporteringssystem, ersätta nuvarande faxrutin. Systemet planeras införas i södra länsdelen fr o m 2011-05-16 samt i mellersta och norra länsdelen under hösten 2011. Det är viktigt att dessa påbörjade satsningar fullföljs då de ökar förutsättningarna för den legitimerade personalen att framöver digitalt få tillgång till aktuell patientinformation.

Utöver ovanstående satsningar är det angeläget att säkerställa informationsöverföringen av läkemedelsordinationer. Av enkätsvaren framgår tydligt svårigheterna att snabbt få tillgång till aktuella ordinationer och att informationen kan vara ofullständig.

*”Distriktssköterskan har ingen naturlig mötesplats med läkarna och vi uppfattas som besvärande när vi egentligen servar dem med uppgifter om deras patienter.”*

*Citat ur enkätsvar.*

### Förslag till förbättringsarbete

- Öka kunskapen om länets BAL-rutiner (rutiner för tillämpning av betalningsansvarslagen) genom kontinuerliga utbildningsinsatser och verka för att de efterföljs.
- Skapa möjlighet till möten för hälso- och sjukvårdspersonal i kommunen och på hälsocentraler.

### **Hembesök och tröskelprincipen**

Enkätsvaren visar att det råder oklarheter kring rutinerna för hembesök till patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården. Det medför att Klara ibland kan uppleva att hon inte alltid vet vem hon ska vända sig till. En del i detta är svårigheten att tolka hur "tröskelprincipen" skall tillämpas (d v s i vad mån patienten kan ta sig till hälsocentralen eller ej). En annan oklarhet som framkommer är kommunernas olika definition om

- när man är inskriven i hemsjukvård samt
- om alla boende i särskilt boende anses vara inskrivna i hemsjukvården.

Enligt hemsjukvårdsavtalet ansvarar landstinget för personer som har ett tillfälligt behov av hälso- och sjukvårdsinsatser och som utan svårighet kan besöka landstingets mottagningsverksamhet (primärvården). Kommunen ansvarar för hembesök, till personer i såväl ordinärt som särskilt boende, oavsett ålder och diagnos samt under hela dygnet. Hembesök av kommunen skall erbjudas endast de personer som inte själva eller med hjälp av andra kan ta sig till en primärvårdsmottagning. Hembesök görs på uppdrag av primärvården. Primärvårdens bedömning av patientens hälsotillstånd och behov av hembesök har tolkningsföreträde, vilket en del personal upplever omständligt. Av enkätsvaren framgår att hemtjänstpersonal upplever detta onödigt krångligt och saknar möjligheten att på ett enklare sätt anmäla behov av ett tillfälligt hembesök av medicinskt utbildad personal inom kommunen.

Utöver vad som direkt framkommit i enkätsvaren har även följande kommit till utvärderingsgruppen kännedom under hand. Ovan framgår att det är primärvården (privat- eller landstingsdriven) som bedömer patientens hälsotillstånd och behov av hembesök. Trots det utvecklades snabbt en praxis att även sjukhusen (t ex ögonkliniken, PRE/psykiatri, PRIK/palliativ vård m fl) uppdrar åt kommunen att göra hembesök för att exempelvis ge ögondroppar under en begränsad tid efter en ögonoperation, dela medicin m m. Detta finns inte reglerat i hemsjukvårdsavtalet.

*"Det är inte lika lätt för Klara att få hembesök, eftersom det ska formuleras klara uppdrag och där är inte alltid landstinget och kommunen överens om behoven och om vem som ska utföra uppdragen."* Citat ur enkät svar.

*"... Nu måste hemtjänstpersonal först kontakta hälsocentralen om det inte är en hemsjukvårdspatient, för att boka ett hembesök av kommunsjuksköterska."* Citat ur enkät svar.

*"Det kan ibland vara svårt för Klara att förstå varför inte distriktssköterskan kan komma hem till henne längre utan hon måste ta sig till vårdcentralen om hon kan (gäller om hon inte har hemsjukvård)." Citat ur enkät svar.*

*"När distriktssköterskorna på hälsocentralen hade hembesöken var det lättare att kontakta läkarna då de befann sig i samma lokaler. D v s kortare beslutsvägar."* Citat ur enkät svar.

### **Förslag till förbättringsarbete**

Förtydliga och kommunicera innebörden av tröskelprincipen och växlingen av huvudmannaskap.

### ***Rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning***

Som tidigare framgått är det övervägande positiva enkätsvar inom rehabiliteringsområdet men även följande har framkommit.

Efter växlingen skrivs inga hjälpmedel ut på sjukhuset utan kommunen ska möta upp med de hjälpmedel som behövs i hemmet. För att lösa dessa situationer har en ny samverkan mellan huvudmännen krävts, vilket kan ha inneburit en viss otrygghet för Klara. Tidigare kunde Klara få en del hjälpmedel utprovade på sjukhuset och dessa följde med henne hem, något som numer endast sker vid särskilt överenskomna fall. Enkätsvaren anger också att en del rehabiliteringspersonal i landstinget upplever svårigheter med att ge adekvat rehabilitering till vardagliga aktiviteter då de inte längre ser hemmiljön med dess möjligheter och förutsättningar. Rehabilitering och hjälpmedelsförsörjning i hemmet är numer kommunens ansvar.

Det är därför viktigt att det pågående utvecklingsarbetet inom Länsgruppen rehab fortsätter i syfte att skapa rutiner för samverkan som möjliggör att patienten får rätt rehabiliteringsinsatser på rätt plats och i rätt tid.

### ***Habilitering, rehabilitering, hjälpmedel och psykiatri***

Av hemsjukvårdsavtalet<sup>3</sup> framgår att kommunerna och landstinget får tillsammans ett uppdrag att föreslå en modell som innebär att kommunerna svarar för bashabilitering och landstinget för specialisthabilitering avseende vuxna oavsett boendeform. I uppdraget ingår även att definiera begreppen bas- respektive specialisthabilitering. Under 2008 tog en arbetsgrupp med representanter från båda huvudmännen sig an uppdraget och ett första utkast till modell arbetades fram. Arbetet slutfördes ej inom landstingets organisation vilket medförde att uppdraget inte kunde fullföljas.

Av enkätsvaren framgår nu tydligt att yrkesverksamma upplever stor otydlighet kring ansvarsgränserna mellan bas- respektive specialisthabilitering. Det har lett till att enskilda individer ibland inte får den träning eller de kognitions-/kommunikationshjälpmedel som de är i behov av.

Även ansvarsfördelningen mellan kommunernas respektive landstingets insatser för personer med psykiatriska och/eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar upplevs mycket otydlig. Dessa områden hann inte diskuteras tillräckligt djupgående inför växlingen av hemsjukvården. Den vägledning som gavs av landstinget i samband med förhandlingarna inför hemsjukvårdsreformen var att de omvårdnadsuppgifter som primärvårdens distriktssjuksköterskor då svarade för skulle övertas av kommunerna. Efter växlingen utvecklades inom dessa områden, på en del håll, en ny praxis där den specialiserade psykiatrin genom direktkontakt med kommunerna överförde omvårdnadsuppgifter för ett betydande antal patienter som psykiatrin tidigare själv svarat för. Detta framgår inte tydligt av enkätsvaren utan har under hand framkommit till utvärderingsgruppen. När det gäller personer med psykiatriska/neuropsykiatriska diagnoser och funktionsnedsättningar kvarstår således ännu flera oklarheter som snarast behöver lösas och tydliggöras i avtalet.

---

<sup>3</sup> Avtal om övertagande av Hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län avsnitt 6.12.

Beträffande kognitions- respektive kommunikationshjälpmedel kan problematiken bli belyst med följande exempel:

Klara får alla sina hälso- och sjukvårdsinsatser genom landstingets habilitering eller psykiatri och har inga insatser från kommunen. Landstingets personal känner således till Klaras situation, svårigheter och behov och kan därigenom ge adekvata insatser. Trots det är det enligt det nuvarande hemsjukvårdsavtalet kommunen, som i dessa fall saknar kännedom om Klara, som skall prova ut och förskriva hjälpmedel till Klara. Detta förhållande upplevs ologiskt. Även patientsäkerheten i detta kan ifrågasättas. För att prova ut och förskriva hjälpmedel samt följa upp ärendet krävs att kommunens personal först måste sätta sig in i ärendet. För Klara medför detta ytterligare vårdkontakter (fler personal involveras). Det är endast om hjälpmedlet kräver specialanpassning eller Klara är under 18 år och inskriven i habiliteringen som det är landstingets ansvar.

### Förslag till förbättringsarbete

Se över och tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen inom områdena habilitering, psykiatri och neuropsykiatri (inklusive rehabilitering och hjälpmedel) med syfte att skapa funktionella, logiska och patientsäkra lösningar.

## 2.3 Övriga kommentarer från enkätsvaren

Under denna rubrik beskrivs förhållanden som inte har specifik koppling till växlingen av hemsjukvården, men som framkommit i enkätsvaren och belyser kvarstående svårigheter avseende ansvarsfördelningen och samverkan mellan huvudmännen.

### *Läkarmedverkan och läkemedelshantering*

Uppfattningen om läkarnas medverkan i hemsjukvården varierar stort i enkätsvaren och i olika delar av länet. En del anser att kontakterna med läkarna fungerar bra medan andra påtalar brister och efterlyser bättre möjligheter till läkarbesök i ordinärt boende.

Upplysningsvis bör nämnas att landstinget från och med den 1 januari 2011 ökat ersättningen för hembesök med syftet att stimulera denna verksamhet.

Kommunsköterskans behov av att snabbt få aktuell epikris, aktuell och komplett läkemedelslista etc, framhålls i flera enkätsvar. Detta är nödvändigt för patientsäkerheten och för att öka kvaliteten i vården. Vidare påtalas behov av att erbjuda utbildning till läkare, framför allt inom slutenvården, om vad hemsjukvård är. Också slutenvårdens läkare behöver känna till vad det innebär för primärvårdens läkare att möta svårt sjuka patienter och anhöriga i hemmiljön, kunna undersöka patienten i dennes säng utan tillgång till all utrustning som finns på en mottagning etc.

*”Om den politiska viljan är att kommunerna ska ansvara för hemsjukvården så måste båda parter (landsting och kommun) arbeta för en ökad läkarmedverkan. Citat ur enkätsvar.*

*”Om hemsjukvården ska fungera så som ambitionen var med övertagandet så måste det till läkarresurser så att Klara kan få hembesök av läkare oavsett om det är fysisk eller psykisk åkomma. Citat ur enkätsvar.*

Även kritiken mot läkemedelshanteringen måste tas på allvar. Det är därför viktigt att det pågående förbättringsarbetet avseende läkemedelshanteringen som sker via läkemedelsrevisioner och en god följsamhet till ”Riktlinjer för användning av ordinations- och läkemedelslistan i Cosmic” fortsätter.

## Förslag till förbättringsarbete

- Skapa bättre förutsättningar för läkare att kunna göra hembesök i den omfattning som erfordras.
- Tydliggöra privata hälso-/vårdcentralers roll beträffande hemsjukvård och hembesök.
- Förbättra vårdplaneringen i samband med in- och utskrivning i hemsjukvården.
- Sprida kunskap om hemsjukvårdsavtalets innehåll.

### **Barn**

Kommunernas ansvar för hemsjukvård omfattar även barn oavsett ålder. Om hemsjukvården efter växlingen blivit bättre eller sämre för barn som vårdas i hemmiljö framgår inte tydligt av enkätsvaren. Dessa barns vårdbehov löses oftast genom att barnkliniken stöttar barnets föräldrar/anhöriga eller annan vårdare. Insatserna i hemmet ökar i takt med att mer kvalificerad vård av barn kan utföras i hemmet. Enligt hemsjukvårdsavtalet ska kommunerna och landstinget även fortsättningsvis eftersträva goda individuella lösningar. Vid vårdplanering kan t ex behov av konsultinsatser från barnkliniken och PAL<sup>4</sup>-ansvaret diskuteras. På barnkliniken upplever man att det finns en viss osäkerhet i kommunerna liksom tidigare i primärvården att ge kvalificerade medicinska insatser till barn (ofta små barn) som vårdas hemma. Av enkätsvaren framgår att det inte sällan råder oenighet om vem av huvudmännen som ska ansvara för denna vård. De springande frågorna tycks vara:

1. När kan ett barn vara en hemsjukvårdspatient?
2. När betraktas insatserna i hemmet som specialistsjukvård?

Utöver vad som framkommit i enkätsvaren har också följande frågeställningar under hand aktualiserats. Om barnet dessutom har omfattande omsorgs- och omvårdnadsbehov - hur långt sträcker sig föräldrans ansvar och vad är rimligt att begära att föräldrar skall klara av? Andra svårigheter som framkommit är oklarheten i ansvarsfrågan när avancerade medicinska behandlingshjälpmedel finns i barnets hem samt tillkommande frågeställningar om vad som är sjukvårdsmateriel, tillbehör och förbrukningsartiklar.

## Förslag till förbättringsarbete

Det är angeläget att klargöra huvudmännens ansvar vad gäller medicinska insatser för barn som vårdas hemma samt tydliggöra kostnadsfördelningen mellan huvudmännen så att berörda barn får bästa möjliga vård i hemmet.

---

<sup>4</sup> Patientansvarig läkare

## 2.4 Övriga förbättringsområden

Från enkätsvaren kan dessutom följande förslag på förbättringsområden noteras.

- Alla växelvårdspatienter bör vara hemsjukvårdspatienter
- Arbeta fram ett palliativt vårdprogram (involvera även kommunerna i arbetet)
- Fortsätt utveckla kontaktytor mellan slutenvård, primärvård och kommun
- Fortsätt utveckla hemrehabiliteringen i kommunerna
- Förbättra samarbetet mellan vårdgivarna i syfte att förstå hemsjukvårdens uppgift

### 3. AVSLUTANDE KOMMENTARER

Sammantaget kan konstateras att överföringen av ansvaret för hemsjukvården från landstinget till kommunerna i Kalmar län har varit och är, enligt professionernas uppfattning, övervägande positiv för Klara som hemsjukvårdspatient. Utvärderingsgruppen har dock medvetet valt att i denna utvärderingsrapport lyfta fram de områden där det finns behov av ytterligare förbättringsarbete medan de områden som upplevs blivit bättre för Klara sammanfattats på några få sidor. Trots detta upplägg kan utvärderingsgruppen konstatera att man i kommunerna anser att övertagandet av ansvaret för hemsjukvården definitivt var rätt väg att gå (ger ökade samordningsmöjligheter, kortare beslutsvägar, enklare att skapa ett teamarbete, underlättar hemrehabilitering m.m.). Förutsättningarna för en sammanhållen vård i hemmet har därigenom ökat.

Från landstinget anser man också att en sammanhållen vård i hemmet har ökat Klaras trygghet och livskvalitet. Att det fortfarande råder oklarheter inom vissa delar av vården måste utredas i dialog mellan huvudmännen. Syftet med dialogen är att skapa trygghet och tydlighet för de som vårdas och för dem som ger vård.

Trots att mycket redan fungerar bra finns en hel del förbättringsarbete att göra. En del pågår redan. Annat förbättringsarbete är föreslaget, vilka framgår i rutor med rubriken ”Förslag till förbättringsarbete”. Efter ca 2 års erfarenheter av hemsjukvård i kommunal regi i länet finns behov av att se över såväl texten (förtydliga, komplettera, ta bort och uppdatera text) som tillämpningen av hemsjukvårdsavtalet i sin helhet. Syftet är att forma lösningar som gagnar Klara och som landstinget och kommunerna kan enas om. Dessutom krävs ett gemensamt och fördjupat utredningsarbete inom följande områden.

#### **Områden som kräver gemensamt och fördjupat utredningsarbete**

- Bas- respektive specialishabilitering
- Kognitions- och kommunikationshjälpmedel
- Hembesök på uppdrag av annan vårdgivare än primärvården
- Sjuka barn som vårdas i hemmet