



KAROLINSKA INSTITUTET
Institutionen för Klinisk Neurovetenskap
Hälsoinformatik

Examensarbete D-nivå, 10 poäng
Vårterminen 2005

Pilotstudie för:

Organisationsoberoende vårdssamverkan i hemsjukvården
mellan landstingsvård, kommunal omsorg och privata vård
utifrån patientens behov

A pilot-study for:

Independent healthcare collaboration in care at home
between county council nursing, municipality and
private care from a patient needs.

Författare:
Monica Winge

Handledare:
Eva Lindh Waterworth
Docent. Informatik
Umeå Universitet

Sammanfattning

En viktig aspekt när det gäller samverkan mellan olika enheter och vårdgivare, speciellt i hemsjukvården är att förstå och beskriva behovet av hur samverkan ser ut och vilken information som krävs för att kunna samverka. Situationen inom vård och omsorg visar på sämre kvalitet, delvis beroende på nedskärningar och minskade resurser i vården. Behovet av vård och omsorg bedöms öka i samhället. Resurserna kommer dock fortsatt att vara begränsade. Fler patienter och helt nya patientgrupper skulle också kunna vårdas i hemmet än vad som sker idag. Idag, åtminstone i Sverige har de flesta vårdenheter och organisationer egna IT-system för lagring av vårdinformation. Oftast är dessa system inte kompatibla pga. olika definitioner av begrepp och många andra faktorer. Ett resultat av detta är att man inte kan dela informationen mellan olika vård- och omsorgsenheter och vårdgivare. Denna uppsats beskriver resultatet av en pilotstudie utförd i Stockholm. Syftet med studien var att undersöka hur samverkan inom hemsjukvården fungerar och hitta faktorer som visar på ev. svagheter. Fokus har varit att studera samverkan mellan olika aktörer och hur dessa ser på samverkan idag samt hur man helst ser att det skall fungera i en framtid. Metoden har varit kvalitativ. Respondenterna är utvalda från tre olika typer av aktörer i vården, patienter/närstående, vårdgivare och ledning. Resultatet från studien visar på ett antal existerande problem för samverkan, både mellan vårdutförande organisationer/grupper men även inom vårdteam. Studien visar att en svag komponent i samverkansprocessen är just den kommunikation som sker mellan olika vårdgivare samt mellan vårdgivare och patient/anhörig. Patienten och dess ev. närstående har för stort ansvar i den egna vårdprocessen. Det saknas ett övergripande ansvar mellan huvudmännen inom vård och omsorg. För att åstadkomma en kvalitativ vård i hemmet krävs dock en god samverkan mellan de aktörer som deltar i vård och omsorg av patienten inklusive patienten själv och närstående.

Abstract

One important aspect of collaboration between different units and care givers, especially in home nursing, is to understand and describe what collaboration is and what information is needed in order to collaborate successfully. The situation within medical services shows declining quality, because of decreased resources within medical care. At the same time, the need for care increases in society, but the resources will continue to be limited. More patients and also new groups of patients will be cared for in the home than today. Today, at least in Sweden, most care units and organisations use their own developed IT systems for storing information about care. Often these systems are not compatible due to different definitions of concepts and other factors. One result of this is that it is not possible easily to share information between different units and care givers. This essay describes the result of a pilot study conducted in Stockholm, with the aim of investigating how collaboration works within home nursing care and to point out factors that indicate weaknesses. The focus has been to study collaboration between different actors and their view of today's collaboration and how they would wish it to work in the future. The study is based on a qualitative method. The respondents consisted of three different types of actors within home nursing care, patient/relatives, staff who deals with patients, and management. The result of the study shows several existing problems in the collaboration, both between different units and also within a care team. The study shows that a weak component in the collaboration process is the communication that takes place between caregivers and patient/relatives. The patient/relatives have to take major responsibility for their own care process, and this indicates a lack of overall coordination between the different actors who participate in the care of the patient. In order to achieve good quality nursing care in the home for a patient there must be good collaboration, both between the different actors that participate and between the actors and the patient/relatives.

Innehåll

1	INLEDNING	4
2	BAKGRUND.....	5
	2.1 ..Relaterade projekt med inriktning mot samverkan inom vård och IT, (State-of-the-art)	5
3	TEORETISK REFERENSRAM	6
	3.1 Definition på samverkan inom hemsjukvården över organisationsgränser	6
	3.2 Exempel på samverkan inom hemsjukvården	8
	3.3 Förslag till modell för vårdsamverkan	9
4	SYFTE/ MÅL	11
5	FRÅGESTÄLLNING	12
6	AVGRÄNSNINGAR	12
7	METOD OCH MATERIAL	12
8	RESULTAT	14
	8.1 Redovisning av intervjuer i pilotstudien.....	14
	8.2 Sammanfattning och analys av intervjuerna	20
9	SLUTSATS OCH DISKUSSION	20
	9.1 Fortsatt arbete inom MobiSams.....	23
10	BILAGA 1, SKARP INTERVJUSTUDIE I MOBISAMSPROJEKTET	26
11	BILAGA 2, INTERVJUFRÅGOR.....	29

1 Inledning

Behovet av vård och omsorg bedöms öka i samhället. Resurserna kommer dock fortsatt att vara begränsade. Det har visat sig att situationen inom vård och omsorg visar på sämre kvalitet, delvis beroende på nedskärningar och minskade resurser i vården. Att vårda patienter med hemmet som bas kan för flera patientgrupper ge både bättre kvalitet och lägre kostnader än att vårdas på institution. Fler patienter och helt nya patientgrupper skulle också kunna vårdas i hemmet än vad som sker idag.

För att åstadkomma en kvalitativ vård i hemmet krävs dock en god samverkan mellan de aktörer som deltar i vård och omsorg av patienten inklusive patienten själv och närstående. För multisjuka patienter är det en mängd olika aktörer som måste samverka, vilket är svårt att koordinera då det oftast inte är en enhet eller person som är ansvarig för samverkan. En viktig aspekt för personer som vårdas i hemmet är kraven på säkerhet, både vad det gäller säkerhet vid utbyte av information mellan de olika aktörerna och att patienten och dess anhöriga känner sig trygga och säkra i vårdsituationen. Denna samverkan är inte realiserad i tillräcklig utsträckning idag. [1], [2], [3]

I dag sker kontinuerligt snabba organisationsförändringar inom vården där IT-stöden måste följa, beskriva och stödja den verksamhet som bedrivs för att nå de mål som i dag eftersträvas. En viktig faktor för att säkra vården och möjliggöra verksamhetsutvecklingen, är att de framtida IT-stöden skall samverka och komplettera varandra samt att de ska stödja samverkan mellan de aktörer som verkar runt en patient. [4] Diskussioner förs bl.a. av Landsting- och Kommunförbundet om krav på ökad patientsäkerhet dvs. en ökad och säker vårdkvalitet för patienten [5]. Ett strukturerat samverkande IT-stöd skulle kunna vara ett hjälpmedel för att möjliggöra en denna patientsäkerhet.[5.1]

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet beskrivs mestadels som effektivt och ett välplanerat sjukvårdssystem [6]. Diskussioner har också förts de senaste åren om brister i systemet som t.ex. långa vänteköer i vården. Allvarliga problem har uppmärksammats som exempelvis att patienter faller mellan stolarna när patienter överlämnas från en vårdgivare till en annan. [4] [7] Tidigare studier har visat att det oftast inte görs samverkande vårdplaneringar vid utskrivningar från sjukhuset till hemsjukvården. Detta gäller både brist på samverkan mellan verksamheterna och brist på tillgänglig information vid ett specifikt vårdtillfälle. [8]

Författaren förutspår att trenderna inom vård och omsorg kommer att bli mer decentraliserade och specialiserade. Faktorer som driver dessa trender är både ekonomiska (stora centraliserade sjukhus är kostsamma) och på grund av den utvecklingen så går det troligen åt ett håll där man kommer att bedriva mer avancerad sjukvård i hemmet. Denna trend tydliggör ett problem som länge funnits inom hälso- och sjukvården, nämligen att det idag finns få

Många inblandade parter



Figur 1. Det finns många inblandade vård- och omsorgsgivare runt patientens vård, Winge M [7]

kommunikativa system som möjliggör denna utveckling och samverkan. Ett framtida scenario är att vård och omsorg fortsättningsvis också kommer att finansieras av skattemedel. Kravställarnas och leverantörernas roller kommer att vara mer genomtänkta och strukturen kommer att bestå av ett stort antal leverantörer som producerar vård och omsorg och då många privata vårdgivare som samverkar i en gemensam miljö. Mer vård och omsorg kommer troligtvis att utföras i hemmet som bas. [2] [10] [7]

Patientsäkerhet

Patienternas säkerhet i vården uppmärksammas allt oftare både nationellt och internationellt. Ett flertal studier visar att problemet är omfattande [5.1]. Risksituationer som felaktig medicinering och felaktig identifiering av patient förekommer och måste elimineras. Landstings och kommunförbundet driver och utreder dessa frågor. [5]

2 Bakgrund

Denna magisteruppsats är en del av en större pilotstudie (som omfattar fler nedslagsplatser och ett större antal respondenter) i ett delprojekt för forskning i Mobisamsprojektet på Karolinska Institutet. LIME. [11] (den övergripande pilotstudien beskrivs i bilaga 1). En etikansökan för projektet är genomförd och godkänd av etiska kommittén vid Karolinska Institutet.

2.1 Relaterade projekt med inriktning mot samverkan inom vård och IT, (State-of-the-art)

Initiativ har tagits när det gäller att utveckla samverkande vård och omsorgsprocesser. Kvalitetsprogram som beskriver omfattande förbättringar har föreslagits, men förändringarna har endast genomförts inom en avdelning eller sjukhus och inte över flera enheter och organisationsnivåer. [22]

Projektet Samba, Carelink, har arbetat med nationella vårdprocesser för samverkan. I projektgruppen deltog representanter från sju olika Landsting. Projektet resulterade i en nationell processmodell för samverkande vård. Processmodellen har vidareutvecklats och använts i ett antal IT-projekt och nya IT-lösningar för samverkande vård. Behov finns av en samordnade nationell organisation för att enas om en gemensam processmodell för samverkan.[23]

Info-VU projektet är ett projekt under ledning av Socialstyrelsen. Projektet har tagit fram konceptuella modeller för samverkan inom vård och omsorg. Projektet har som huvudmål att arbeta med kommunikation mellan vårdgivare, samverkan kring en enskild patient, för att beskriva vårdprocesser och verksamheter samt deras resultat. Projektet arbetar vidare med att förankra detta i verksamheter under 2005.[24] [25]

Några aktuella initiativ som pågår i ett försök att lösa samverkan inom vården med nya typer av IT-lösningar är bl.a. "nationella patientöversikten" - NPÖ, ett Carelinksprojekt [26] samt GVD-projektet ett projekt för "gemensam vårddokumentation" inom Stockholms läns landsting [27]. Sams-projektet, Stockholms Läns Landsting. [28] och Mobisams-projektet, Karolinska Institutet, Stockholm [11]. Tillit-projektet i Umeå, Projektet old@home, Uppsala universitet [30], VitaNova-projektet SkövdeHögskola [31].

Ovan beskrivna projekt har ambitionen att integrera information mellan olika IT-system, verksamheter och organisationer och att skapa och utveckla IT-system och processtöd för en organisationsoberoende samverkan inom vård och omsorg.

3 Teoretisk referensram

Ett centralt begrepp i projektet Mobisams och i detta arbete är samverkan. Som utgångspunkt för arbetet har används nedanstående definition av begreppet samarbete.

3.1 Definition på samverkan inom hemsjukvården över organisationsgränser

En "normal" patient i hemsjukvården behandlas oftast i ett "team" av olika vård och omsorgsgivare och i olika vård och omsorgsorganisationer, många gånger känner de olika aktörerna inte till varandras ansvar och existens runt patienten. Vårdgivare kan träffa kollegor hemma hos patienten och på så sätt få kännedom om varandra. Det finns i dag igen organiserad samverkan mellan olika huvudmän. Detta skapar svårigheter att genomföra en samverkan inom vård och omsorg. [7]

Ledare inom vård och omsorg har i idag större medvetenhet om behovet av en samverkande informationsinfrastruktur. Dvs. ökad kunskap om att göra vårdinformation tillgänglig och göra det möjligt att kommunicera relevant mellan olika vårdgivare som är involverade i ett ansvar runt en patient. Informationsteknologin kommer att vara en strategisk resurs i ansträngningarna att uppnå nödvändiga förbättringar inom vård och omsorg. [4]

En vanlig situation inom samverkan är när olika parter utför olika uppgifter, dvs. delmål, för att uppnå det övergripande målet. En viktig komponent när det gäller att få ett bra fungerande samarbete är att det finns väl fungerande kommunikation mellan alla ingående parter. Vi antar att kommunikationen är en av kärnpunkterna när det gäller en väl fungerande samverkan. Som en förutsättning för en samverkande kommunikation krävs en överenskommelse för hur uppgifter ska delas mellan olika enheter, samt en övergripande struktur av hur gränssnittet ska se ut mellan de olika delarna för att de ska skapa en helhet. Det är av största vikt att alla delar hanteras av någon part så att inget glöms bort eller "faller mellan två stolar". Kommunikation behövs även för att hålla alla ingående parter uppdaterad med information om vad som händer i ärendet och till att planera, utföra, kontrollera, följa upp och korrigera arbetet mot uppsatta mål.

Beroende på tillämplad abstraktionsnivå kan de samverkande parterna bestå av individer, roller, funktioner eller separata organisatoriska enheter. Om parterna befinner sig på olika geografiska platser så sker kommunikationen, ex. via Internet, e-post, videokonferens och/eller telefon. Oavsett om parterna befinner sig geografiskt spridda så bör ett datorbaserat gemensamt informationssystem underlätta samverkan för att lagra, utbyta information i ärendet. I detta fall bör informationssystemet ses som en part i samverkan.

En av huvudfaktorerna för att uppnå en väl fungerande samverkanskommunikation mellan olika deltagare är en koordinerad plan för de vård- och omsorgsåtgärder som skall utföras.

Som nämnts ovan är det av största vikt att alla aktiviteter som utförs beskrivs och ansvarsområden tydliggörs om vem som ansvar för dessa. Detta för att åtgärder som planeras och utförs inte skall glömmas bort eller dubbleras. Dessutom, kommunikation behövs för göra

samtliga i teamet informerades om vad som pågår runt patienten för att kunna planera tid, resurser och kunna följa upp resultatet av utförd vård och omsorg.

3.2 Exempel på samverkan inom hemsjukvården

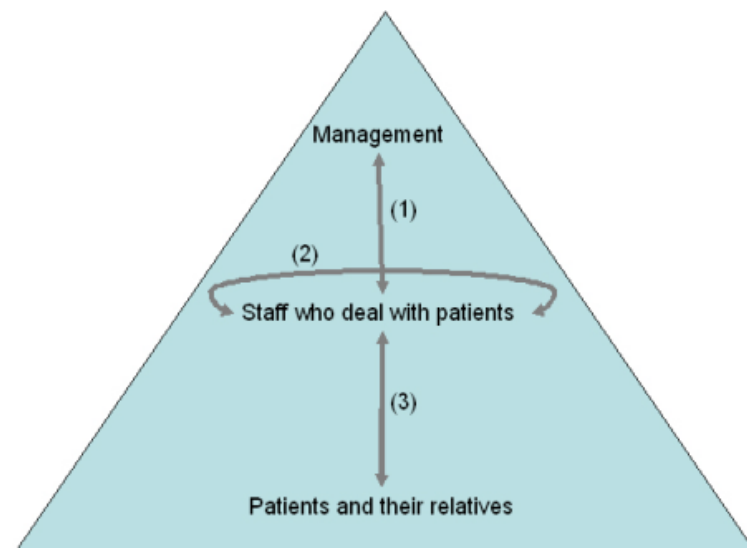
Ett enkelt exempel på samverkan kan vara när en läkare på en vårdcentral konsulterar en specialist/konsult på sjukhuset för att få råd (d.v.s. ett till ett förhållande). Ett annat enkelt exempel på samverkan kan vara att ASiH (avancerad sjukvård i hemmet) har behov att samverka med kommunens hemtjänst, t.ex. när det gäller planering och samordning av personlig omvårdnad. I dessa fall är det oftast ett problem och två olika inblandade organisationer och ofta kan samverkan klaras av relativt smidigt och snabbt.

Ett mer komplicerat exempel på samverkan är när en patient har ett problem och många aktörer är inblandade (dvs. ett till många förhållanden). Här kan det vara flera aktörer runt ett problem för att åtgärda problemet, som exempel mellan patient och närstående, sjukhuset, primärvården, privata vårdgivare och kommuner. Ett konkret exempel kan vara en patient med diabetes som oftast har behov av flera vårdaktörer för sin behandling som t.ex. dietist, sjukgymnast, fotvård, läkare, diabetessköterskan och distriktssköterskan. Samtliga av dessa aktörer utför olika typer av vårdåtgärder och där samverkan är nödvändig för att nå en optimal vårdkvalitet för patienten.

Ett betydligt mer komplicerat fall av samverkan uppstår när ett större antal vårdenheter och vårdgivare är inblandade och där patienten har många problem (dvs. många till många förhållanden). Detta behov av samverkan uppkommer när patienten har en mer komplex problembild med många problem (t.ex. multisjuka och vid palliativ vård) där flera vårdgivare utför åtgärder som är en del i ett större problemkomplex. Det är då viktigt att känna till vilka de andra aktörerna är och vad de planerat och utfört. Ett konkret exempel kan vara en svårt sjuk döende cancerpatient som vårdas i det egna hemmet. Patienten har prostatacancer med bortfallssymtom i höger ben pga. av en metastas som trycker på femoralisnerven. Patienten har behov av avancerad smärtbehandling för neurogena smärtor. Han har sedan tidigare även en diabetes typ I. Patienten får strålbehandling på sjukhuset för tilltagande och växande metastaser, han får även injektioner med bromsmediciner mot sin prostatacancer av distriktssköterskan på vårdcentralen. Övriga vårdkontakter är arbetsterapeuten på vårdcentralen som hjälper till med rollator samt övriga hjälpmedel, den privata sjukgymnasten som arbetar med de neurologiska bortfallssymtomen i benet, kommunens hemtjänst som hjälper patienten med mat och hygien samt diabetessjuksköterskan och läkaren på sjukhuset. Samtliga av dessa vård- och omsorgsaktörer är beroende av att kunna ta del av pågående information om det aktuella vårdtillfället och kunna ta del av det som händer just nu i denna situation.

3.3 Förslag till modell för vårdssamverkan

Samverkansprocessen i hemsjukvården kan anses ske på tre olika nivåer; ledning, vård och omsorgspersonal som utför vård och omsorgsåtgärder hos patienten samt har kontakt med deras närstående. Dessa tre olika nivåer existerar i alla vård- och omsorgsorganisationer, det kan dessutom finnas flera trianglar runt en patient, dvs. flera organisationer kan ansvara för vård och omsorg runt samma patient. Samverkan bör dessutom beskrivas utifrån ett strategisk, taktisk och en operativ nivå. Nivå 1 kan tolkas som den strategiska och taktiska nivån och nivå 2 och 3 som den operativa nivån.



Figur 2. Tre nivåer av samverkan, Winge M [10]

1. Ledningen består av aktörer som tex. chefssjuksköterskor inom hemsjukvården, omsorgschef inom kommunal hemtjänst, medicinsk ansvarig läkare inom hemsjukvården.
2. Vårdgivare och omsorgsgivare som exp. sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter, kuratorer samt hemtjänst som har direkt kontakt med patienten i ett vårdutförande,
3. Patienten och deras närstående.

Samverkan är nödvändig mellan; (med hänvisning till figur2);

1. verksamhetsledning och vårdgivare som utför vård/omsorg.
2. olika vårdgivare som utför vård och omsorg i alla organisationer som är involverade runt patienten.
3. vårdgivare som utför vård/omsorg och patienten och dess närstående.

Vår utgångshypotes är att en modell för samverkan bör besvara följande frågor:

- Vad är objektet som samverkan skall koncentreras runt?
- Vad är målet för samverkan?
- Vilka är de ingående aktörer som samverkar inom vård och omsorg?
- Och hur interagerar de med varandra?
- Hur fungerar samverkan, och vilken information skall kommuniceras i en samverkansmiljö?

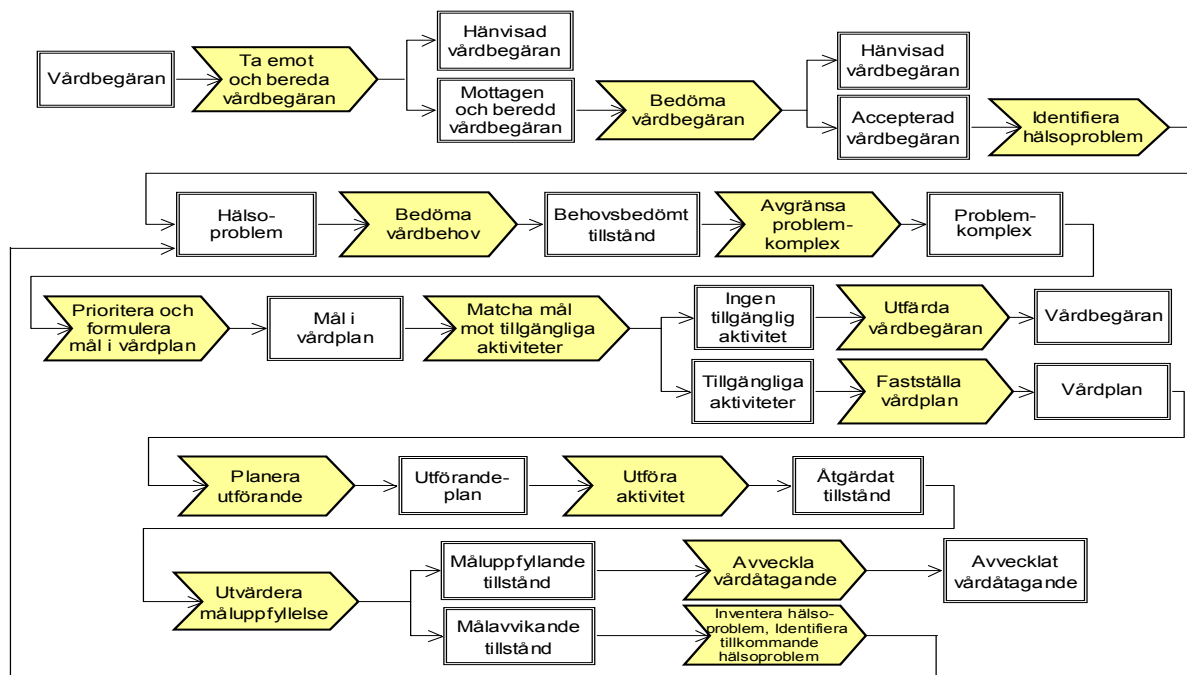
En modell över samverkan bör ses ur ett helhetsperspektiv av vård för patienten. En modell för samverkan och kommunikation innehåller enligt vår utgångshypotes har följande element och aktiviteter:

- Begära vård och omsorg
- Bedöma vård och omsorg
- Definiera mål för patientens vård och omsorg
- Planera vård och omsorgsaktiviteter
- Beskrivning av vård- och omsorgsaktiviteter
- Resursallokering
- Ansvarsfördelning mellan olika vårdaktörer
- Genomföra vård- och omsorgsaktiviteter
- Uppföljning och utvärdering av vård- och omsorgsresultat
- En kontinuerlig uppdatering av vård och omsorgsinformationen

När det gäller att skapa en väl fungerande samverkan är det viktigt att beskriva varje vård- och omsorgsaktörs roll, ansvar samt vilka uppgifter/aktiviteter varje aktör ansvarar för och koordinerar. Det är också viktigt att definiera gränssnitten mellan olika aktörers roller och aktiviteter, så alla ingående parter vet vem som gör vad för att undvika missförstånd och oklarheter.

En annan viktig aspekt utifrån samverkan är att den måste beskrivas som en dynamisk sammanhållen organisationsoberoende process. Vi har vård och omsorgsorganisationer som ständigt omorganiseras och processen bör vara beskriven utifrån ett patientperspektiv för att möjliggöra nya arbetssätt inom vård och omsorg och skapa förutsättningar för ett framtida samverkande IT-stöd som överlever oavsett organisationsförändringar. Ett av huvudmålen för samverkan är att skapa trygg och säker vård för patienten.

Nedan beskrivs en processmodell för samverkan som utvecklats i Sams-projektet, Stockholms läns landsting [28]. Projektet har definierat och analyserat viktiga processer utifrån ett organisationsoberoende patientperspektiv.



Figur 3, Samverkande process och begreppsmodell (Sams-projektet) Gustafsson, M, Winge, M [22]

För att möjliggöra samverkan, patientsäkerhet, kvalitets och kostnadsuppföljningar av utförd vård och omsorg, krävs en tydligt analyserad och beskriven, process-, begrepps- och informationsmodell som bygger på ett organisationsoberoende tänk och där man utgår från vård- och omsorgstagarens behov.

4 Syfte/Mål

Huvudsyftet med denna uppsats är att skapa förståelse för och identifiera kritiska framgångsfaktorer för en lyckad och effektiv samverkan i hemsjukvården inom vård och omsorg oavsett vårdorganisation.

Ett annat syfte är att testa ett kvalitativt intervjuunderlag med syfte att identifiera viktiga faktorer som påverkar samverkan.

Vidare kommer uppsatsen att syfta till att ge ett första preliminärt förslag på hur samverkan bör ske inom hemsjukvården för att skapa en säker och trygg miljö för patienten och dess anhöriga. Målet med studien är att ge en större och rikare bild över hur samverkan ser ut mellan vård- organisationer och vård och omsorgsaktörer inom svensk hemsjukvård.

Målet med pilotstudien inom MobiSams-projektet är att jämföra ett par olika regioners syn på samverkan i hemsjukvården. Denna uppsats är en delleverans till Mobisamsprojektets studie.

Resultatet av denna uppsats kommer att vara ett bidrag till en mer konkret modell av begreppet samverkan. Vidare kommer resultatet av studien att fungera som ett bidrag till ett förfinat intervju- och enkätunderlag i MobiSamsprojektet inför en skarp studie i steg 2.

Där planeras det att genomföra en djupare och bredare både kvalitativ och kvantitativ undersökning av kritiska faktorer för samverkan.

För att erhålla en djupare förståelse för samverkansproblematiken valdes en kvalitativ metod för att denna studie, vilket har lett till en djupare förståelse för hur olika fenomen påverkar och styr samverkan i en mobil hemsjukvårdsmiljö.

5 Frågeställning

För att kunna beskriva kritiska faktorer vid samverkan och hur samverkan bör ske inom hemsjukvården bör följande frågor besvaras:

- Vilka faktorer påverkar samverkan?
- Hur sker samverkan idag?
- Vad krävs för väl fungerande samverkan?

För att identifiera kritiska faktorer vid samverkan och ge ett förslag på hur samverkan bör ske så inkluderar undersökningen även en inledande modell av vad samverkan är och dess beståndsdelar.

6 Avgränsningar

Orsaken till att studien endast innehåller resultat från Stockholm är att författaren själv genomfört denna studie. En annan orsak av betydelse är att problemet är speciellt framträdande i en storstad som Stockholm då det oftast ingår en större mängd aktörer runt patienten, vilket också ställer större krav på samverkan. Intervjuerna kommer att utföras inom hemsjukvården dvs. ASiH (avancerad sjukvård i hemmet) och där samverkan inom och emellan andra vård- och omsorgsorganisationer beskrivs.

En annan avgränsning är att ineliggande studie kommer att använda det intervjuunderlag som är framtaget inom MobiSams projektets forskningsgrupp. Framtagandet av underlaget kommer inte att beskrivas i denna uppsats då det faller utanför arbetets ram.

Ytterligare en avgränsning är att studien inte kommer att beskriva informationsstrukturer eller begreppsmodeller för samverkan, detta arbete utvecklas och genomförs i Mobisamsprojektets verksamhetsgrupp. Uppsatsen kommer endast att studera hur samverkan i hemsjukvården.

7 Metod och material

Den teoretiska ramen för föreliggande studie är av explorativ art då den försöker att skapa en rikare bild och djupare förståelse för vad samverkan är samt vilka kritiska faktorer som påverkar kvaliteten på samverkan. Explorativa studier används vanligen för att erhålla grundläggande kunskap om problemets natur, såsom vad, när hur och i vilket sammanhang det verkar. Denna uppsats beskriver en pilotstudie vars syfte är att undersöka begreppet samverkan samt att identifiera kritiska faktorer som påverkar samverkan.

Då huvudsyftet är att skapa en djupare förståelse för begreppet samverkan passar en kvalitativ ansats bättre än en kvantitativ ansats [12]. Den kvalitativa ansatsen väljs när området är relativt okänt och för att skapa en djupare förståelse för fenomenet som studeras. Ytterligare en fördel med de kvalitativa ansatserna är att den oftast skapar en närmare relation mellan forskare och respondenten vilket gör det lättare för forskaren att få en bättre förståelse för respondentens situation. En viktig egenskap hos de kvalitativa metoderna är att de utgår från

studieobjektens perspektiv och inte från forskarens antaganden om vilka dimensioner och kategorier som är de centrala [13], [14]. Explorativa studier är lämpliga när forskaren har en oklar uppfattning om en lämplig modell, vilka relationer och egenskaper som är viktiga samt när ett problem är svårt att avgränsa [15]. En kvantitativ forskningsmetod lämpar sig bäst vid studier där man i förväg vet vad som skall mätas och där variablerna är entydiga och valida. [15]

Arbetet inleds med ett första försök till att beskriva och ge en definition av begreppet samverkan, för att på så sätt skapa en utgångshypotes för de faktorer som ingår i fenomenet samverkan. Denna definition används som grund vid utformandet av frågorna till intervjumallen.

Därefter beskrivs pilotstudien och dess resultat där intervjumallen testas på respondenter. Arbetet kan ses som en del av en förstudie samt en pilotstudie för att skapa och testa en kvalitativ intervjumall med syfte att undersöka viktiga faktorer i fenomenet samverkan. Då de frågor som ställs till respondenterna är komplexa är det lämpligt att använda semistrukturerade frågor så att respondenterna kan utveckla och förklara svaren. Detta bör ge ett relevant resultat samtidigt som respondenten är fri att tala i egen takt och ordningsföljd. Det medför att intervjuunderlaget endast används som stöd för att tillse att alla aspekter täcks under intervjun. Innebörden av detta är att studien baseras på etnografiska och fenomenologiska ansatser [13]. Detta ger en djupare förståelse för situationen och visar på de styrkor och svagheter som finns när det gäller samverkan mellan olika parter i vårdprocessen.

Den fenomenologiska ansatsen används huvudsakligen för att tolka olika fenomen, och i denna studie görs detta genom att studera fenomenet ut tre olika perspektiv; ledningsnivå, vårdgivare (genomförarnivå), samt patient och närstående (mottagarnivå). Anledningen till detta är att se hur problemet med samverkan uppfattas ur de tre olika perspektiven för att på så sätt försöka att skapa en holistisk bild av fenomenet. [16]

Denna ansats skapar även en bättre kontakt mellan forskare och respondent och ger en bättre bild över respondentens reella situation [12]. Pilotstudien har designats och genomförts med semistrukturerade intervjuer.

För att få en djupare förståelse hur aktörerna på de olika nivåerna såg på samverkan, valde vi att välja semistrukturerade intervjuer. Vi utgick från ett frågeformulär (se bilaga 2), där frågorna var formulerade med en öppen struktur för att skapa en tvåvägs kommunikation [12]. Intervjuerna spelades in på en minidisc/fickminne för att fånga det som var intressant i intervjun. Innan intervjun tillfrågades respondenten om dennes godkännande för bandupptagning. Respondenten fick även information om hur intervjuunderlaget skulle hanteras under och efter studien. Efter intervjun transkriberades den till text. Bandinspelningarna kommer att förstöras efter att studien är genomförd. Alla respondenterna lovades att de skulle få vara anonyma.

Pilotstudien genomfördes under januari till och med mars 2005 i Stockholmregionen. Fem intervjuer genomfördes med en chef på verksamhetsledningsnivå, två olika vårdgivare samt två personer ur kategorin patienter och närstående. Urvalet av respondenter gjordes inom en enhet för avancerad sjukvård i hemmet. Några av de föreslagna respondenter valdes bort då de hade deltagit i tidigare utvecklingsprojekt och förväntades ej vara oberoende i deras påverkan av tidigare projektarbete som handlat om att beskriva ett framtida IT-stöd för samverkan. Intervjuerna bestod av öppna frågor utfördes som ett samtal mellan forskaren och

respondenten. Det innebär att mallen användes som ett stöd för forskaren så att alla aspekter diskuterades. Ett mål med samtalet var att beskriva situationer där det saknades tillgång till eller förekom felaktig information i vård- och omsorgsprocessen på grund av dåliga beslutsunderlag och dubbeldokumentation, samt situationer där patienter, närstående och vårdgivare upplever problem idag.

Eftersom studien var en pilot före en djupare studie som kommer att genomföras senare i MobiSamsprojektet, ser vi den som explorativ i sin natur. Syftet var att nå en fundamental kunskap om vad, när, var och hur sammanhangen ser ut i hemsjukvården. Vägen att närma sig området/frågan var via intervjuer där avgränsningar har varit samverkan i hemsjukvården.

Författaren har egen kunskap och erfarenhet som sjuksköterska, distriktssköterska och operationssjuksköterska inom akutsjukvård, avancerad sjukvård i hemmet, primärvård och äldreomsorg och då både i landstingsdriven, kommunal och privat sjukvård. Författaren har även lång erfarenhet av verksamhetsledning som chef för hemsjukvårdsenheter, strategisk ledning på sjukhusnivå och landstingsnivå och då inom IT och verksamhetsutveckling. Författarens egen kunskap och erfarenhet ingår som en del av resultatet i uppsatsen.

Uppsatsen avslutas med en diskussion och redogörelse för de slutsatser som kan dra av arbetet. Samt en kort beskrivning av det fortsatta arbetet.

8 Resultat

8.1 Redovisning av intervjuer i pilotstudien

Nedan redovisas i sammandrag resultatet från intervjuerna i Stockholm. Respondenter från ledning, vårdgivare, patienter och närstående som intervjuas har varit från verksamheter inom avancerad sjukvård i hemmet vilka ställer höga krav på samordning. Respondenterna intervjuades ca tre timmar vardera. Samtliga frågor från intervjumallen ställdes till samtliga respondenter. Författaren gjorde ett urval av de frågor som denne ansåg vara de mest intressant att redovisa utifrån de svar som genererats och kopplats till de frågeställningar som definierats.

LEDNING

En intervju gjordes med en chefssjuksköterska på en privat ASiH- enhet. Chefssjuksköterskan har ca 10 års erfarenhet som sjuksköterska och chef. Verksamheten har patienter som kommer via remiss och har huvudsakligen patienter i palliativ vård (d.v.s. vård i livets slutskede).

En slutsats är att samverkan inte fungerar som det borde, "sjukhuset" tar inte ansvar vid överlämnandet av patienten till primärvård och hemsjukvården. Många gånger vet man inte om patienten kommit hem. Även samverkan med kommunerna fungerar dåligt, oftast får de leta och söka information om patienten. Chefssjuksköterskan upplever att en otrygghet i att ingen tar ett helhetsansvar för patienten, ett huvudmannaproblem som ofta leder till att patienten "faller mellan stolarna". De tar ofta på sig samordningsansvaret för patienten när de upptäcker att det inte fungerar, ofta är detta individberoende och patienten kan ha tur att träffa en ansvarstagande vårdgivare.

En slutsats som kan dras från detta är att det är huvudmannaproblem och det saknas ett tydligt definierat ansvar för patienten.

Chefssjuksköterskan

Har du en helhetsbild över respektive vård- och omsorgstagares situation (vård- och omsorgsbehov)?

När det gäller syn på samverkan utifrån den egna organisationens perspektiv anser chefssjuksköterska att sjukhusen skickar hem patienterna utan att meddela primärvården. Ibland får de larm på kvällstid då hemtjänst meddelar att en patient är hemma utan primärvården känner till det. De får ofta ta kontakta distriktssköterskan dagen efter och meddela att patienten är hemma. De försöker då ta reda vilken hemtjänstgrupp som är ansvarig men det är oftast svårt att hitta, detta pga. ständiga omorganisationer. Idag finns många hemtjänstgrupper både privat och kommunala och det är svårt att veta vilken grupp patienten tillhör, man måste själv ringa runt till alla hemtjänstgrupper och "leta". Detta upplevs ofta som lite av en detektivuppgift. Ibland har de tur och träffar personal från hemtjänsten hemma hos patienten och får då reda på vilken grupp det är.

Chefssjuksköterskan anser att patienten oftast skickas hem samma dag som remissen skickas från sjukhuset, vilket innebär att patienten är hemma svårt sjuk utan att någon är informerad i tid och kan ta över ansvaret för patientens vård. Ibland har det hänt att kommunens hemtjänst ringt och meddelat att svårt sjuk patient kommit hem och är behov av akut hjälp. Detta upplevs som ett stort och allvarligt problem för patienterna. Chefssjuksköterskan upplever att samverkan inte fungerar mellan de olika vårdenheter som de ska samarbeta med.

Idag överlever palliativa patienter längre, patienten kan ha perioder där denne blir bättre och inte är behov av "avancerad sjukvård i hemmet" under vissa perioder. Då krävs ett utökat samarbete med primärvården. Avtal med beställarkrav på samverkan är idag ej tydligt specificerat, man har ett patientperspektiv i avtalet men det är ej specificerat hur samverkan skall se ut anser chefssjuksköterskan.

Hur skulle du vilja se att samverkan fungerade i framtiden?

Oberoende av vilket IT-system som används anser chefssjuksköterskan att det viktigaste är samordningsansvaret. Man måste ta ansvar för patienten, man får inte "tappa patienten" som man gör idag, för att man inte vet de andra vilka "vårdaktörena" är och vad de ansvarar för. Man måste börja samordna mellan kommun och landsting, (t.ex. som delegeringar av läkemedel), här behövs en samordning det är ett logistiskt problem. Idag kommer hemtjänsten och ger frukost och sedan kommer distriktssköterskan och ger medicinerna.

Chefssjuksköterskan anser också att två olika huvudmän är förödande när man inte samordnar och följer upp vårdaktiviteter. Vem skall ha ett gemensamt ansvar med två huvudmän, i vem intresse ligger det? Ibland finns det frågor som ingen tar ansvar för. Ansvarfördelningen är viktigast. Skall vi bygga ut hemsjukvården måste vi bli bättre på detta och hur man fördelar pengar med ansvar och kompetens.

VÅRDGIVARE

Intervju har gjorts med en läkare och en arbetsterapeut inom hemsjukvården. Båda upplever att samordningen mellan olika enheter i vården inte fungerar. Exempel på detta är att man ofta har svårt att samordna vård och omsorgsaktiviteter runt patienter när de skrivs ut från sjukhusen. Kommunen och hemsjukvården är inte informerade om vad som skall göras i tid och hur status ser ut för patienten. Det är ofta ett detektivarbete att leta och söka information

om patienten. Det är svårt att få kontakt med andra vårdgivare, många har dragit ner på tillgängligheten via telefon. Man vet oftast inte vilka parter som är inblandade runt patienten och det är svårt att få en bra bild över vad som är utfört och resultatet av den vård som bedrivs. Patienten faller ofta mellan stolarna och blir offer för att detta inte fungerar. Ofta möter man av en slump andra vårdgivare i patientens egna hem och blir på så vis medveten om att andra vårdgivarorganisationer är inblandade. Patienterna tror oftast att vårdgivarna har all aktuell information om dennes vårdssituation och ”glömmer eller tänker inte” på att informera nya vårdgivare i vårdkedjan.

En slutsats som kan dras från detta är att kuratorn och läkaren anser att det saknas en helhetsbild över vården hos de olika ingående aktörerna.

Läkaren

Har du en helhetsbild över respektive vård- och omsorgstagares situation (vård- och omsorgsbehov)?

Läkaren anser att man måste ta reda på och söka information om patienten själv, läkaren delegerar ofta det arbetet till sekreterare och sjuksköterskor som utför ett ”detektivarbete”. Uppgiftslämnare är för det mesta patienten själv och dennes närstående. Det tar oftast ett tag, ungefär en vecka innan man har fått journaler från alla berörda instanser och en mer komplett bild av patientens situation. Det enda som kommer automatiskt är remissen, somliga kliniker är bra på att skicka med journal medan somliga inte skickar ett dugg. Läkaren anser att många gånger är det ett problem, ”patienten tror att vi får all information om deras vård så de tänker inte på att informera oss under resans gång”.

Vid ett tillfälle hade de en patient vars diagnos blev förändrad, det hade visat sig att primärtumören var en annan, men de blev aldrig informerade. Ofta händer det att de inte får all information eller att de inte är uppdaterad på det senaste som hänt. De hade nyligen en patient som blev inlagd på vårdavdelningen, patienten hade fått en antikroppsbehandling på sjukhuset och fick omfattande biverkningar som de inte kände till. Man ansåg att det hade varit bra om de hade fått denna information innan så de visste vad de skulle vara observant på och så de kunde vara säkra på att det var biverkningar och inget annat.

Vilken typ av information utbyter du med andra vård- och omsorgsgivande grupper? Vilka kanaler används (telefon, fax, brev, e-post)?

Läkaren anser att det ibland fungerar hur bra som helst att få tag på kollegor, om man ringer och om de är på möte så ringer de upp senare. Andra kollegor är helt omöjliga att få kontakt med, de ringer inte tillbaka, de finns inte!, framförallt är ”sjukhuset” helt hopplöst. Man kan beta av varje namn på läkare i journalen från den aktuella kliniken utan att få tag på en enda person. Vi har inte tillgång till information via datasystem på sjukhusen som t.ex. senaste vårdanteckningar och laboratoriesvar som vi ofta har stort behov av för att göra bra bedömningar av patientens status.

Hur skulle du vilja se att samverkan fungerade i framtiden?

Det viktigaste är att ha tillgång till aktuella journalanteckningar anser läkaren, från t.ex. sjukhusen, man skall kunna gå in och läsa, viktigt är de senaste aktuella vårdkontaktorna, vårdåtgärder, aktuella läkemedel och de senaste provsvaren. Det är bra om man då också

kunde kommunicera med den kollega som är behandlande läkare på sjukhuset t.ex. onkologen. Kommunikation med andra vård- och omsorgsgivare skulle kunna bli mycket bättre där man skulle kunna använda t.ex. IT-system för denna samordning av information. Övriga aktörer i denna samverkan bör vara socialtjänsten, exempel då biståndsbedömare som ibland inte förstår patientens sjukdom eller behov och då får inte heller patienten den hjälp som behövs. De kanske endast har träffat patienten en dag då denne har en "bra dag" och klarar ganska många saker. De får inget helhetsbild av patientens svårigheter, de skulle behöva ta del av mer information och få se hur dagarna kan variera för patienten. Läkaren påpekar att en annan viktig samverkanspart är försäkringskassan, "de kunde få bättre beslutsunderlag från oss". Förutom socialtjänst och försäkringskassan så är detta även ett problem med färdtjänst, där borde man kunna ha en direktkontakt istället. Digitalt färdtjänstintyg vore bra för att slippa alla papper som ska skickas överallt, vilket skapar mycket oro för patienten anser läkaren.

Arbetsterapeuten

Har du en helhetsbild över respektive vård- och omsorgstagares situation (vård- och omsorgsbehov)?

Det är svårt att få en bild över vad andra vårdgivare har planerat och utfört t.ex. beställning av hjälpmedel, oftast finns en beställning som är på gång utan att vi vet om det, sjukhuset har tex. beställt en säng innan patienten går hem. Det blir ofta att man får ringa runt och söka information, ett ständigt arbete som tar mkt tid.

Vilken typ av information utbyter du med andra vård- och omsorgsgivande grupper? Vilka kanaler används (telefon, fax, brev, e-post)?

Arbetsterapeuten arbetar mycket med hjälpmedelscentralen och kommunens hemtjänst och även mot det egna teamet. Med hjälpmedelscentralen har jag daglig kontakt och har behov av snabba lösningar då vi har patienter som är svårt sjuka och kan behöva en säng eller en lift akut. Det finns problem med att man alltid måste ha ett produktnummer vid beställning av hjälpmedel. Det kräver att man släpar på en produktkatalog, ofta behöver man ändå ringa för att få hjälp att hitta rätt produktnummer, det tar mkt tid och känns stressande i en akut situation. Med kommunen har man stort behov av kontakt för att kunna samverka runt svårt sjuka döende patienter, ofta är det svårt att nå hemtjänsten och veta vem man skall kontakta. En del är privata och en del är kommunala enheter och det finns oftast ingen gemensam samordning mellan verksamheterna. Det blir mycket telefonarbete med att ringa runt och leta information om patienten.

Hur skulle du vilja se att samverkan fungerade i framtiden?

Arbetsterapeuten anser att ett stort behov av samverkan finns över organisationsgränserna mellan landsting och kommuner, - vi måste veta vem som ansvarar för vad. En gemensam vårdplan behövs där skall man kunna se vad som har utförts och vad som är planerat att utföras. Arbetsterapeuten anser att man måste bli bättre på att följa upp vård och omsorg utifrån ett helhetsperspektiv och för att möjliggöra detta så bör det finnas ett gemensamt IT-stöd som utgår från patientens behov och problem. Arbetsterapeuten anser också att det är av största vikt att skapa trygghet för patienten och närstående så att möjliggöra en trygg vård i hemmet. En förutsättning för detta är att det finns en samverkan och ett gemensamt mål för

patienten och där samtliga inblandade vet vad som är planerat och har genomförts för patienten.

VÅRDTAGARE, PATIENT

Intervjuer har gjorts med en patient och en närstående. Patienten som är en man har en fortskriden cancer och vårdas i det egna hemmet i livet slut. Patienten är inskriven på ASiH (Avancerad sjukvård i hemmet). Patienten känner sig nöjd med vården i dag och att den fungerar mycket bra och patienten känner sig trygg med vårdteamet och att vårdas hemma. Tidigare har patienten vårdas av sjukhuset och vårdcentralen och har då upplevt att det saknades att någon höll ihop problemen som drabbade honom. Patienten var mycket smärtpåverkad och upplevde att ingen tog ansvar att lösa problemet utan han skickades mellan olika vårdenheter och smärtproblematiken kvarstod. Detta ledde i sin tur till oro, sömnproblematik och ökad smärta, där patienten kände sig övergiven av vården. Patienten upplevde också att samordningen mellan vårdcentralen och sjukhuset inte fungerade, distriktssköterska kände inte till sjukhusets ordination av de injektioner patienten skulle ha och ville ej ge honom dessa. Patienten känner att ansvaret ligger på honom att det fungerar, men i den situation han befinner sig orkar han inte. En slutsats är att patienten inte känner sig trygg i hemmet och har för stort ansvar för sin egen vård och samordningen av denna.

Vem är det som sköter samordningen av den hjälp Du får från vården och hemtjänst ?

Patienten anser att man måste veta vart han skall vända sig om han blir sämre? skall han vända sig till akuten? Han vill att någon bryr sig om honom, när han ringer vill han att någon svarar. Han anser att han ofta själv får prata för att informera alla inblandade om vad som gjorts, ”och vet man inte hur, får man skylla sig själv”. Han visste t.ex. inte att man kunde kräva att distriktssköterskan kunde komma hem och ge sprutor. Första gången han kom till distriktssköterskan för injektioner visste dom inte om det, och ville inte ge injektionen för det fanns ingen information från sjukhuset. Patienten beskriver ”när man är svårt sjuk är man är rädd och i chock, man har inte ork att informera alla inblandade samt ta reda på all information själv, man orkar inte heller få nej när man ringer och vill ha hjälp”.

Vad anser du om att vårdas i hemmet jämfört med annan vårdenhet (som sjukhus, särskild boendeform)? Vad är positivt? Vad är negativt ?

Patienten beskriver när han var i kontakt med sjukhuset. Där var han i kontakt med urologkliniken och onkologen. Samordningen fungerade inte mellan klinikerna som han hade förväntat mig. På onkologen hade han smärtor i 6 månader och fick inte smärtstillning som han hade behövt. Han vet inte om det berodde på att han inte sa ifrån ordentligt. Han har funderat efteråt vad detta berodde på, kunde det bero på att han som patient inte gnällde tillräckligt eller kunde det bero på att han inte visste vad man kan kräva som patient. När han kom till ASiH som är specialister på palliativ vård så ordnade de så att hans smärta var borta på ett dygn.

Patienten anser att det inte borde vara så, han borde kunna få den hjälpen av sjukvården utan att han skall behöva tala om vad han behöver för sin smärta. Han anser det är konstigt att det inte samverkades med smärtkliniken. Bad man inte varandra om hjälp internt på sjukhuset? eller berodde det på att de inte ha hade kunskap om varandras kompetens.

Hur skulle du vilja se att samverkan fungerade i framtiden?

Patienten anser att det inte finns samordning mellan olika vårdorganisationer som t.ex. sjukhuset och vårdcentralen. ”Om det fanns någon som ansvarade för mig som patient när jag skickas mellan olika vårdinstanser, så skulle det göra att jag känna mig tryggare som patient och det skulle bli lugnare för min hustru. ”Patienten anser också att det är viktigt att vården gör vad de kan, och att det inte missas något bara för att den ena inte vet vad den andra gör.

NÄRSTÅENDE

Innan maken blev inskriven i ASiH upplevde den närstående hustrun att hon hade samordningsansvaret för sin makes vård och omsorg. Detta upplevdes för hustrun mycket oroligt och ansvarstungt, ofta visste hon inte vart hon skulle vända sig för att få hjälp. Det var svårt att få kontakt med vårdcentralen och veta vem som hade ansvar. Många gånger var de tvungna att åka in akut till sjukhuset för att få hjälp för akut smärta eller andra problem. Hustrun blev under den tiden sjukskriven pga. att hon inte kunde sova av oron för sin make. Hustrun till patienten känner sig idag med nuvarande vård inom ASiH mycket nöjd och trygg med att ha sin make hemma trots att han är svårt sjuk och döende. Hon kan alltid ringa ASiH och de kommer om det behövs

En slutsats är att närstående bär för mycket ansvar och inte bör ha den rollen för en svårt sjuk närstående.

Vem är det som sköter samordningen av den hjälp patienten får från sjukvård och hemtjänst? Du själv, patienten, eller sjukvården/hemtjänsten?

Närstående anser att innan hennes man fick vård på ASiH så har det varit hemskt dåligt. När maken blev utskriven från sjukhuset var det många kontakter med vårdcentralen och sjukhuset. Hon kände att ingen tog ansvar, några gånger åkte de till akuten och vägrade åka hem innan de hade gjort något så hennes man slapp ha smärtan. De fick inte den information de behövde som t.ex. information om att distriktsköterskan kunde göra hembesök vid behov. Tidigare var det hustrun som fick hålla ihop vården med alla inblandade parter. Hennes man orkade inte och i sjukvården var det ingen som hade huvudansvaret som de upplevde det. Idag är hon nöjd, hon kan nu sova och känner sig trygg att veta att ASiH finns och hon alltid kan ringa dem, hon har ett telefonnummer på kylskåpet.

Hur skulle du vilja se att samverkan fungerade i framtiden?

Närstående anser att det måste finnas samordning mellan olika vårdorganisationer som sjukhuset, vårdcentralen, det skulle göra att man känner sig lugnare som patient och närstående. Närstående vill att de gör de kan och att det inte missas ngt bara för att den ena inte vet vad den andra gör.

8.2 Sammanfattning och analys av intervjuerna

Studien har bestått av 5 stycken respondenter och resultatet från intervjuerna kan inte anses som ett generellt resultat men intervjuerna visar på tendenser som styrker våra hypoteser om samverkan inom vård och omsorg. Intressant är att samtliga respondenter framhöll att det är patienten själv och närstående som har ansvaret att informera om patientens aktuella situation och behov i vårdkedjan.

Vårdgivarna ansåg att det ibland kunde vara en säkerhetsrisk om patienten glömde bort att informera om utförda behandlingar hos nästa vårdgivare i kedjan och därmed som följd sämre vårdkvalitet och patientsäkerhet. Vårdgivarna upplever också att de får arbeta som ngn slags ”informationsdektektiver” för att vara säkra på att få så mkt information som möjligt om patientens vårdstatus, aktuella behandlingar och läkemedel.

Vårdgivare, ledning, patienter och närstående upplever att det inte finns något system för samverkan, varken samverkan mellan individer eller IT-system fungerar i dag.

Vårdgivare och ledning ansåg att nuvarande beställarmodeller och ersättningsmodeller är en motverkande komponent för att samverkan skall fungera. I dag finns inga krav på hur samverkan skall se ut eller någon ersättning för samverkan beskriven i avtalen mellan beställare och utförare t.ex. sjukhus och vårdcentraler.

Patienter och närstående upplever att de har för stort ansvar och att de inte känner sig trygga och omhändertagna i vården.

9 Slutsats och diskussion

Den inledande frågeställningen för detta arbete var; Hur fungerar samverkan inom hemsjukvården, och vilken information skall kommuniceras i en samverkansmiljö? Vad är målet för samverkan i hemsjukvården?, Vem är objektet för vad samverkan skall koncentreras runt? Vilka är de ingående aktörer som samverkar inom hemsjukvården? Och hur interagerar de med varandra?

Studien indikerar att det finns allvarliga problem runt samverkan inom hemsjukvården. Det finns tendenser i studien som visar på att det i många fall saknas ett organisationsoberoende ansvar och ett gemensamt mål för vård och omsorg utifrån ett helhetsperspektiv. Studien visar på att det finns behov av ett gemensamt ansvar mellan olika huvudmän och en strukturerad vårdinformation för att möjliggöra samverkan för t.ex. kommunikation när det gäller vårdplanering, vård- och omsorgsåtgärder, resurser och ansvarfördelning. Indikationer i studien visar att det är oftast patienten själv som koordinerar de mesta av vårdaktiviteterna som har med dennes situation i vårdprocessen att göra. Den ende som vet vad som är gjort är oftast patienten själv eller dess närstående om sådan finns.

Det är nödvändigt att ändra synen på vårdprocessen, så länge det ges möjlighet utifrån patientens önskemål och det är möjligt att skapa en säker och bra vårdmiljö i hemmet för patienten. Det är väsentligt att analysera samverkansprocessen med inriktningen på att hitta de parter som inte samverkar på ett tillfredställande sätt i dag. Därefter utveckla och förnya vårdprocessen i en fungerade samverkansmiljö där vård- och omsorgstagarens problem är

utgångspunkt för processbeskrivningen och på så sätt skapa möjligheter för en säker och ökad kvalitet för vård och omsorgstagaren.

Denna nya vy av ”en samverkande vårdprocess” kan ses som en ”ny storhet” som måste beskrivas. Det är en stor utmaning att beskriva denna nya ”komponent” inom vård och omsorg, och att tydliggöra ansvar i vårdkedjan utifrån väldefinierade mål för patientens behov, och då inte organisationens syfte att utveckla och beskriva sig själv.

Ett nytt lärande inom landsting och kommun behövs för att möjliggöra detta, ett nytt sätt att se på processer, nya arbetssätt, att se den egna rollen (individ och organisation) utifrån ett patientbehov och ansvarsperspektiv.

I dag finns en risk för att samverkan är individberoende och att ansvaret inte ligger naturligt hos organisationen, patient har oftast ”tur” och träffa någon som tar ansvar för denne. Många vårdgivare upplever detta som mycket ansvartungt där man som individ sitter med ett moraliskt och etiskt ansvar utan mandat och resurser.

Den beskrivna pilotstudien är ett första steg att pedagogiskt beskriva detta med tanke på att förstå hur samverkan ser ut i dag inom olika landsting, kommuner och regioner. Men även förstå hur man bör och skulle kunna beskriva den framtida samverkansprocessen och dess relationer, beroenden och möjligheter.

Gemensam information, kommunikation och tillit

Pilotstudien visar att en avgörande komponent när det gäller att skapa en bra vårdssamverkan är behovet av gemensam tillgänglig information för ansvariga vård- och omsorgsgivare. Pilotstudien visar också att en svag komponent i samverkansprocessen är just den kommunikation som sker mellan olika vårdgivare samt mellan vårdgivare och patient och dess närstående. En viktig faktor att ta hänsyn till när det gäller vård i hemmet är att patienten och dess anhörig måste känna sig trygga och känna tillit till vården och IT-systemen. Rätt information om vad som skall hända med patienten och vem som skall utföra vården måste finnas för att möjliggöra en säker och kvalitativ vård. Vidare är det viktigt att hjälpa och stödja patienten och anhöriga när det gäller vård i hemmet. Det skall inte åligga patienten eller närstående att ansvara för att vården och vårdssamverkan fungerar, utan detta ansvar måste ligga på de samverkande parterna och att de tillsammans arbetar för att uppnå detta mål.

Pilotstudien visar även på behovet av ett gemensamt informationssystem där aktuell vård och omsorgsinformation alltid finns tillgänglig och kan kommuniceras till rätt person. Pilotstudien visar på att information inte når fram i rätt tid, många gånger saknas också viktig information om patientens vårdssituation som behövs för att kunna göra rätt bedömning och vårda patienten på ett säkert och betryggande sätt.

Författaren anser att det i framtiden handlar om att ta fram nya processstrukturer av information som idag inte finns beskrivna i befintliga journalsystem. Man måste kunna beskriva vad som är vårdproblemet, planera, skapa åtgärderna, följa upp ansvar och resultat. För att möjliggöra detta krävs helt nya organisationsberoende informationsstrukturer som utgår från patientens process dvs. problem och behov.

Vård och omsorgsplanering samt behörighet

För att skapa en väl fungerande vårdssamverkan och trygg vård för patienten krävs att det upprättas en vård- och omsorgsplan för varje patient där det klart framgår vilka parter som ingår i vårdprocessen samt vilka ansvarsområden de olika parterna har. Det är viktigt att vård-

och omsorgsplanen hålls aktuell och tillgänglig för samtliga behöriga parter. För att underlätta detta så bör det införas en samverkande informationsstruktur/informationsmodell där samtliga ingående parter kan komma åt och läsa, uppdatera samt följa upp information rörande patienten.

Olika vårdenheter och organisationer kan ha ansvar för att vård och omsorgsåtgärder utförs för samma patient. Således är det viktigt att det skall finnas information om dels vilka åtgärder som är planerade för en patient, dels vem som har ansvaret för att dessa skall utföras och att de är utförda samt ett dokumenterat resultat. Naturligtvis måste den gemensamma informationsstruktur ha olika behörighetsnivåer där endast behörig vårdaktör har tillgång till endast den information som denne behöver för att utföra vård. Det är viktigt att beakta den personliga integriteten och säkerheten och att strukturen följer de förskrivna lagar och förordningar som finns.

Ansvarfördelning mellan vård- och omsorgsorganisationer

Pilotstudien visar på att det finns ett akut behov av ett gemensamt ansvar mellan olika huvudmän och en strukturerad gemensam vårdinformation för att möjliggöra samverkan för t.ex. kommunikation när det gäller vårdplanering, vård- och omsorgsåtgärder, resurser och ansvarfördelning. Indikationer i pilotstudien visar att det är oftast patienten själv som koordinerar de mesta av vårdaktiviteterna som har med dennes situation i vårdprocessen att göra. Den ende som vet vad som är gjort är oftast patienten själv eller dess närstående om sådan finns.

I en vårdssamverkanssituation är det viktigt att det finns ett eller flera definierade ansvar för patienten. I olika lägen är det viktigt att aktörer i olika samverkande vårdenheter skall kunna ta reda på vilket ansvar olika enheter har för olika typer av åtgärder som är planerade för patienten. På samma sätt måste en viss enhet kunna gå igenom och kontrollera vilket ansvar de faktiskt har för olika patienter i en samverkanssituation. Detta gäller både medicinska och omsorgsmässiga åtgärder. Omvänt kan det uppstå stora problem om man inte vet vem som har ansvar för utförandet av olika åtgärder samt att de blir utvärderade. Då sjunker kvaliteten markant för patienten och onödiga resurser går åt för att ringa runt och kontrollera vem som har tänkt att göra vad, samt att man sent upptäcker att något inte har gjorts som borde göras.

Beställarens kompetens och påverkan på vårdssamverkan och IT-stöd

Det är av stor vikt att beställarna inom både kommun och landsting har kompetens om hur vård- och omsorgsprocesserna går till. Det är av särskilt viktigt då det rör sig om patientgrupper som kvalitetsmässigt kräver att olika vård- och omsorgsenheter samverkar. Det krävs stor kunskap om hur olika typer av patienter skall tas omhand av olika enheter, och vilka åtgärder som skall utföras av varje enhet, så att kvaliteten för patienten blir så hög som möjligt med tillgängliga resurser. Denna studie visar på att det saknas tydliga krav på hur vårdssamverkan skall gå till i avtalen mellan beställare och vårdproducenter/utförare inom hemsjukvården. Det finns starkt samband med hur avtalen är uppbyggda och beställarenheternas kompetens, det får stor betydelse när det gäller att bygga upp avtalen rätt och för att man skall få ersättningssystem som bidrar till en god samverkande vård. Författaren anser att ersättningssystemen bör innehålla incitament till ett ansvarstagande för patientens helhetssituation och till ett proaktivt beteende hos vård- och omsorgsgivarna. Felaktiga ersättningssystem kan leda till ett missbruk av ersättningar, resursslöseri och sjunkande kvalitet för patienten som följd.

Författaren anser att det inte är patientens uppgift att ansvara för att informationen säkras i vårdkedjan. Vem har idag ansvaret för kvaliteten i patientens vård dvs. ”patientsäkerheten”, och vem tar ansvar för den?

9.1 Fortsatt arbete inom MobiSams

Denna uppsats utgör en del av grunden för en större pilotstudie inom MobiSams projektet där respondenter från flera olika delar av landet deltagit.

Fortsatt kommer en större skarp studie att utföras under våren 2006. Resultatet från pilotstudien kommer att utmynna i en mer detaljerad enkät som kommer att användas i en skarp studie och kommer att utföras i ett större antal landsting och kommuner i Sverige. Vidare kommer resultatet ge förslag på hur det går att värdera de olika faktorerna som ingår i vårdsamverkan, samt hur dessa kan utnyttjas i en kostnads- och intäktsanalys och i en strategisk samverkansmodell för vården där den strategiska, taktiska och operativa nivån på samverkan skall definieras och tydliggöras.

Vidare kommer projektet att producera visualiseringar av olika patientfall för att på ett pedagogiskt sätt förklara hur vården ser ut idag, de problem som finns och hur det kan förbättras i framtiden. Projektet anser att det är viktigt att presentera resultaten på ett lättförståeligt och begripligt sätt. Idag har projektet producerat en första pedagogisk visualisering av hur vårdsituationen kan se ut för en vårdtagare, ”Gustav Samsson”[11]. Det är av största vikt att visualisera resultatet på ett snabbt, enkelt och lättförståeligt sätt för att visa problemet och förhoppningsvis också förslag på lösning.

Övriga resultat som kommer fram i projektet är, begreppsmodeller, informationsmodeller och arkitekturer på flera olika nivåer för utveckling av ett mobilt IT-stöd för vårdsamverkan oavsett organisation utifrån patientens behov.

Projektet anser att det är av yttersta vikt att förbättra situationen både för vårdtagare och vårdgivare, för att på så sätt skapa en lugnare, säkrare och tryggare tillvaro och i och med det höja livskvaliteten för samtliga ingående parter. Detta bör även minska stressen och arbetsbördan för samtliga parter på samma gång som det sparar resurser och höjer kvaliteten inom vården.

Referenser

- [1] IT i vård & omsorg, Vad behövs för att IT skall utvecklas och användas som ett stöd i vård- och omsorgsprocesserna?, Carelink-rapport 2004-05
- [2] Vård nära dig, Teldok rapport 152, Utbult M, 2005-04
- [3] Näthälsa, teldok-rapport 138, Utbult. M, 2004, (<http://www.teldok.org/blurbs/blurb138.htm>)
- [4] En lärande IT-politik för tillväxt och välfärd, IT-politiska institutet, Lundgren K.2003-11 (http://www.itps.se/pdf/A2003_015.pdf)
- [5] Patientsäkerhet, Sveriges Kommuner och Landsting, <http://www.skl.se/loppedel.asp?C=382>
- [5.1] Från ord till handling, en konferens om patientsäkerhet.
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=382&A=17672&FileID=86982&NAME=SKLkonf72dpi.pdf>
- [6] Sveriges Kommuner och Landsting (2005) Svensk sjukvård i internationell belysning – en jämförelse av vårdbehov, kostnader och resultat, ISBN, no 91-7164-029-0
- [7] Visualisering av strategiska samverkansaspekter, Sams-projektet, Winge M, 2004-02 (<http://www.sll-sams.nu>)
- [8] Graaf T.E.O, Nikula R., Ehrenberg A., Ehnfors M. (2005) “Delaktighet I den samordnande vårdplaneringen – delstudie inom S@mS-projektet, FoU-rapport inom vårdvetenskap, no 2005:1, Örebro University. (<http://www.sll-sams.nu>)
- [9] Exploring the concept of patient-centred collaboration in health care - a study of home care in two Swedish cities, Winge M, 2005-05 <http://www.lime.ki.se/mobisams>
- [10] MobiSams (2005). Official web site of MobiSams project <http://www.lime.ki.se/mobisams>
- [11] Holme, I. M. & Solvang, K. B. (1997). Forskningsmetodik - Om Kvalitativa Och Kvantitativa Metoder. Studentlitteratur
- [12] Alvesson M., Sköldberg K. (1994). Tolkning och reflektion – Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Studentlitteratur, Lund Sverige.
- [13] Bryman A. (1989). Research Methods and Organization Studies. London: Unwin-Hyman.
- [14] Eriksson L.T. Wiedersheim-Paul F. (2002), Att Utreda, Forska och Rapportera, Liber AB, Sverige.
- [15] Bjurwill C. (1995), Fenomenologi. Studentlitteratur AB, Sverige
- [16] Vårdförbundet och IBL (2005) Patientnära analysverksamhet – en utveckling av vårdprocessen, art no 604315.
- [17] Carelink rapport, Samba-projektet, http://www.sfmi.org/samba/dokument/samba_2_3.doc
- [18] InfoVU - Ett regeringsuppdrag om Informationsförsörjning och VerksamhetsUppföljning i vård och omsorg, <http://www.sos.se/Hs/storproj/inf.htm>
- [19] IT nätverket, Info-VU Carelink-rapport 2004-03. www.carelink.se
- [20] NPÖ, Nationell patientöversikt,
<http://www.carelink.se/special/documents.asp?VersionID=1&Topic=documents&FileCategoryID=68>
- [21] GVD-projektet, Stockholms Läns Landsting, http://www.ls.sll.se/L_VerksamNytt/138534.cs
- [22] SAMS-projektet, IT-stöd för samverkan i hemsjukvården, <http://www.sll-sams.nu>
- [23] Tillit-projektet (2005) hemsida <http://www.tillit-projektet.se/default.aspx?id=72>
- [24] Projektet [old@home](http://www.medsci.uu.se/mie/project/closecare.se), Uppsala Universitet, hemsida 2005,
<http://www.medsci.uu.se/mie/project/closecare.se>
- [25] Vitanova Projektet, Högskolan i Skövde, hemsida.2005,
<http://www.his.se/templates/vanligwebbsida2.aspx?id=18282>
- [26] Uppdragsbeskrivning basal hemsjukvård, Stockholms läns landsting, Beställarkontor vård 2005 www.sll.se
- [27] Uppdragsbeskrivning avancerad hemsjukvård, Stockholms läns landsting, Beställarkontor vård 2005, (<http://www.sll.se>)
- [28] Revidering av nationella termer med definitioner och regelverk inom hälso och sjukvårdstatistiken , Sveriges Kommuner och Landsting 2005-04-12

[29] Webster's (1989) Encyclopedic unabridged dictionary of the English language, New-York, 1989.

[30] Samverkande processmodell (Sams-projektet Process- och begreppsmodellering en delrapport, Gustafsson, M, 2003. (<http://www.sll-sams.nu>)

[31] Lärarena för teknikanvändning inom sjukvården, Andreasson S, Brommels M, 2000-03

10 Bilaga 1, Skarp intervjustudie i Mobisamsprojektet

Syfte

Syftet är att visa på hur man ur ett samhällsekonomiskt perspektiv kan tydliggöra hur det ser ut när det gäller kvalitetsbrister inom vård och omsorg, då man inte haft tillgång till rätt information i vård och omsorgsprocessen, som tex. felaktiga eller otillfredsställande vårdbeslut pga. dåligt beslutsunderlag, kostnader för dubbeldokumentation, ”strultid” för patienter, närstående och vårdgivare etc.

Frågeställning

Studien i har tre huvudsakliga frågeställningar;

- att avgöra vilken information som behövs för att samverkan skall fungera i ett nytt sätt att arbeta inom vård och omsorg.
- att undersöka hur denna information används idag och hur den skulle kunna användas i framtiden.
- att få fram kritiska faktorer för vårdssamverkan, genom exempelvis se på skillnader mellan orterna, för att på detta sätt kunna designa en modell för samverkan inom vården.

Forskningsmetod

Vald teoretisk ram

Studien har en kvalitativ ansats;

- Verkligheten som social konstruktion
- Tolka fenomen genom att anlägga flertal olika perspektiv
- Etnografiska ansatser
- Djup förståelse är det som eftersträvas

Explorativa studier för att få grundläggande kunskaper om problemets vad, när, var, hur och i vilket sammanhang.

Holme, I. M. & Solvang, K. B. (1997). Forskningsmetodik - Om Kvalitativa och Kvantitativa Metoder

Intervjustudie

Undersökningen kommer att bestå av semistrukturerade intervjuer. Intervjuer kommer att utföras i tre regioner i Sverige, vi har valt en storstad samt två mellanstora städer.

Ett första steg är att gå ut med en pilotstudie där man tittar på intervjuunderlagets kvalitet och utformning. Nästa steg är att ta fram en skarp version av intervjuunderlaget för den skarpa studien.

Studien har en explorativ karaktär och syftar till att identifiera upplevda problem och möjligheter hos såväl patienter som närstående och professionella vårdgivare.

Studien görs med kvalitativa metoder och informationen insamlas genom intervjuer, dokumentanalys och deltagande observationer.

En etikansökan är genomförd och godkänd av etiska kommittén.

Den övergripande ansatsen är en intervju som genomförs på 3 nedslagsplatser i Sverige som Stockholm, Skövde och Umeå.

Inom varje region kommer tre del intervjuer genomföras:

- Patient/närstående
- Medarbetare/vård och omsorgspersonal
- Ledning/management

Inom varje region kommer 5-10 personer ur varje intervjugrupp att intervjuas. Forskningspersonen kommer endast att benämnas med ett löpnummer, kön och boendeort (typ, boendeort småstad norr). Patienter kommer också att registreras med diagnos och vårdform. Studien/intervjun kommer att genomföras enl. fastställd frågeformulär (se bilaga)

Intervjupersonerna kontaktas brevlades med en inbjudan om deltagande. Följebrevet undertecknas av forskningsansvariga Monica Winge. Brevet innehåller information om studiens syfte och allmänt om dess genomförande. Det påpekas att deltagandet är frivilligt och att forskaren avser ta kontakt per telefon för att överenskomma om tid för intervjun. Vid kontakten upprepas att deltagandet är frivilligt.

Studien/intervjuerna kommer att göras i två steg.

Steg 1

Förstudie/Pilotstudie för att få en kvalitativ test och förfina intervjuunderlaget. Frågorna som ställs till patient, verksamhet och ledning är komplexa och bör genomskjuta en frågeställning där vi är säkra på att intervjusvaren kommer att säkra resultatet och vara relevant utifrån frågeställningen. Här planeras en pilotintervju att göras under december 2004 – mars 2005, med 5 intervjuer inom varje region. Därefter skall intervjuunderlaget färdigställas och där ev. risker för identifiering av forskningspersonerna minimeras.

Steg 2

En skarp studie genomförs, aug 2005- dec 2005. Här genomförs troligen ca 15-20 intervjuer med vårdgivare och ledning inom varje region, var av 5 patient och närstående. Därefter sammanställs materialet för analys och vetenskapliga artiklar.

Alla medarbetare i organisationen informeras av arbetsgivaren om studiens syfte och genomförande. Det påpekas att studiens genomförande inte kommer att innebära förändringar i arbetsuppgifter. Studien genomförs efter beslut av arbetsgivaren med sedvanligt samråd. Det understryks att samtal med och uppgiftslämning till forskaren sker på frivillig grund.

11 Bilaga 2, Intervjufrågor

Intervjufrågor mobisams projektet

IT-stöd för stödja och utveckla Samverkan i vård och omsorg utifrån ett organisationsoberoende arbetssätt och utifrån ett patientperspektivt.

Allmänna reflektioner kring undersökningen

Undersökningen kommer att bestå av semistrukturerade intervjuer. Utformandet av intervjufrågor kommer att ske i samarbete med Tillit-projektet och VITA Nova-projektet. Intervjuer kommer att utföras i tre regioner i Sverige, vi har valt en storstad samt två mellanstora städer. Resultatet av denna undersökning kommer i framtiden att utgöra underlag för hur vi går vidare och fördjupar studien.

Syfte med undersökningen

Syftet med undersökningen är att erhålla kunskap om hur vård- och omsorgstagare, närstående, vård- och omsorgspersonal samt personer på ledningsnivå ser på samverkan.

Genom att studera hur vård och omsorgsinformation (omfattning, brister, möjligheter Informationssäkerhet, spridning etc.) hanteras och kommunikation sker, avser vi att förbättra möjligheten till informationsöverföring mellan vård- och omsorgspersonal och vårdgivare. Detta för att ge vård- och omsorgstagarna en ökad trygghet och förbättrad vård.

För att beskriva förhållandet organisatoriskt mellan kommun, landsting samt även privata vårdgivarorganisationer skall vi istället för att försöka hitta en person i lämplig position, studera dokument som beskriver hur detta är tänkt att fungera.

Resultatet kommer att redovisas i ett antal vetenskapliga artiklar som beskriver samverkansbehovet, brister, effekter och möjligheter. Artiklarna kommer även att utgöra delrapporter i Mobisamsprojektets slutrapport.

Patient/vård- och omsorgstagare

Dessa frågor syftar till att dels skapa en bild av patientens/vård- och omsorgstagarens allmänna vårdssituation, samt även, vilket är vårt huvudfokus, skapa en bild av hur patienten/vård- och omsorgstagaren själv uppfattar sin vårdssituation. De inledande frågorna av mer allmän karaktär ställs för att få bakgrundsinformation samt för att få patienten/vård- och omsorgstagaren och den som intervjuar att komma igång.

Löpnummer;

Allmänt om patientens sociala situation:

1. Ålder?

Åldersgrupp	18-30	31-45	46-60	60+

2. Kön?

Man	Kvinna

3. Boendeort?

Storstad	Mellanstor stad, SÖ Sv	Mellanstor stad, N SV

4. Hur stor del av ditt omvårdnads/omsorgsbehov får du täckt av närstående?

5. Hur stor del av Ditt omvårdnads/omsorgsbehov får Du täckt av sjukvård/hemtjänst?

Allmänt om att vårdas i hemmet:

6. Hur länge har du vårdats i hemmet?

7. Har du själv valt att vårdas i hemmet?

8. Känner du dig trygg med att vårdas i hemmet?

9. Vad anser du om att vårdas i hemmet jämfört med annan vårdenhet (som sjukhus, särskild boendeform)? Vad är positivt? Vad är negativt?

10. Vem är det som sköter samordningen av den hjälp Du får från sjukvård och hemtjänst? Du själv, någon av Dina anhöriga, eller sjukvården/hemtjänsten?

Vård- och omsorgsbehov i hemmet

11. Vad har du störst behov att få hjälp med?

Medicinska åtgärder (läkare)

- Läkemedelsordination
- Bedömning status

Omvårdnadsåtgärder (sjuksköterskor)

- Stöd, samtal
- Medicindelning
- Omläggning
- Injektioner
- Smärtpumpar

Omsorgsåtgärder (hemtjänst)

- Personlig hygien
- Omvårdnad/läkemedelsadministration
- Handling
- Städning
- Matlagning

12. Tycker du att den hjälp som du får täcker dina behov?

13. Finns det tillfällen när inte hjälpen har täckt dina behov? Hur? När? Varför?
Vad fick det för konsekvens?

14. Vilken typ av vård- och omsorgsaktör (alternativt vilka personer) besöker dig och från vilka vårdenheten kommer de?

Personalroll	Besöksfrekvens, besök per vecka	Kontaktfrekvens, kontakter per vecka som inte är besök	Antal personer som Du kommer i kontakt med varje vecka
Hemtjänst			
Distriktssköterska			
Sjuksköterska			
Kurator			
Biståndsbedömare			
Handikappkonsulent			
Fotvårdsspecialist			
Sjukgymnast			
Allmänläkare			
Specialistläkare			
Psykiatriker			
Socialsekreterare			
Arbeterapeut			
Boendehandledare			
Hjälpmiddelsassistent			
Apotek			

15. De personer som hjälper Dig tillhör ju olika organisationer. Vet Du vilken organisation som varje person tillhör?

16. Hur kan du och närstående i dagsläget komma i kontakt med vård- och omsorgspersonal?

- Hur tycker du att det fungerar?
- Vad brukar du fråga om vid dessa tillfällen?
- Är du nöjd med svaren. Om inte, varför?

17. Upplever du att vård- och omsorgspersonalen är informerad om din sociala situation, diagnos, medicinska behov och vård- omsorgsbehov (vad personalen har tänkt göra framöver, planer etc.)?

- För mycket/för lite information?
- Vet vård- och omsorgspersonalen vilka åtgärder som har utförts av andra vård- och omsorgsgivare tex. kurator, ssk, etc.?
- Kan du ge exempel på när de inte haft sådan information och vad det fick för konsekvenser?

18. Kan du själv få information om vad som skall göras under en vecka (veckoschema) t.ex. vilken vård- och omsorgspersonal som skall komma på hembesök och vad dom skall göra?

- Har du behov av sådan information?
- Ge exempel när du skulle ha haft nytta men inte fått sådan information.

Vilken annan information vill du som vård- och omsorgstagare få tillgång till som du saknar idag?

Närstående

19. Om du har närstående som vårdar dig, har denne stöd från vård och omsorgen vid utförande av åtgärder?
20. Anser dina närstående att man får tillräcklig information idag? Om inte, vad saknas?

Sekretess/informationssäkerhet

21. Vet du hur din vårdinformation/journal hanteras (lagras, sprids, skyddas etc.)?
- Känner du dig tillfreds med den hanteringen?
 - Finns det tillfällen när du anser att hanteringen av din vårdinformation varit bristfällig? Ge exempel.

Framtiden

22. Hur skulle du vilja se att samverkan fungerade i framtiden?
23. Vad tror du om möjligheterna att lyckas med en sådan förändring?
24. Vilka medel krävs för förändringen?

Närstående/anhörig

Nedanstående frågor riktar sig till närstående/anhöriga och syftar till att skapa förståelse för deras uppfattning om den anhöriges vårdssituation. Vidare vill vi veta hur närstående/anhöriga ser på samverkan mellan de som utför vård och omsorg samt deras egen roll i detta. Även här inleds med frågor av mer allmän karaktär för att komma igång.

Löpnummer;

1. Ålder?

Åldersgrupp	18-30	31-45	46-60	60+

2. Kön?

Man	Kvinna

3. Boendeort?

Storstad	Mellanstor stad, SÖ Sv	Mellanstor stad, N SV

4. Närstående/anhöriges ålder?

Åldersgrupp	18-30	31-45	46-60	60+

5. Närstående/anhöriges kön?

Man	Kvinna

6. Närstående/anhöriges boendeort?

Samma stad	Närliggande (<30km)	Annat

7. Vilken relation har du till patienten/vårdtagaren?

8. Hur stor andel av patientens vård/omsorg ger Du? Hur stor del ger andra anhöriga? Hur stor del ger sjukvård/hemtjänst?

9. Anser du att du som närstående/anhörig har stöd från vården vid utförande av vårdåtgärd?

10. Vem är det som sköter samordningen av den hjälp patienten får från sjukvård och hemtjänst? Du själv, patienten, eller sjukvården/hemtjänsten?

11. Anser Du att den hjälp Du får är den Du behöver?

12. Anser du att du som närstående/anhörig i dagsläget får tillräcklig information? Om inte, vad saknas?

13. Hur kan du i dagsläget komma i kontakt med vård- och omsorgspersonalen?

- Hur tycker du att det fungerar?
- Vad brukar du fråga om vid dessa tillfällen?
- Är du nöjd med svaren. Om inte, varför?

Framtiden

14. Hur skulle du vilja se att samverkan fungerade i framtiden?

15. Vad tror du om möjligheterna att lyckas med en sådan förändring?

16. Vilka medel krävs för förändringen?

Vård- och omsorgsgivare:

Genom att intervjua vård- och omsorgsgivare får vi en uppfattning om deras arbetssituation. Det är dessa personer som befinner sig på den arena där olika nivåer av samverkan sker och det är om detta vi vill få kunskap. De inledande frågorna av mer allmän karaktär ställs för att bättre kunna förstå vissa aspekter kring de svar som respondenten ger, samt även för att få en naturlig inledning på intervjun.

Löpnummer;

Allmänt

17. Ålder?	Åldersgrupp	18-30	31-45	46-60	60+

18. Kön?	Man	Kvinna

19. Vilken formell utbildning har du?

20. Vilket yrke har du?

Hur länge har du arbetat i detta yrke?

Kontakter med vård- och omsorgstagare

21. Hur ofta besöker du varje vård- och omsorgstagare?

22. Hur många vård- och omsorgstagare besöker du per dag?

23. Hur länge besöker du i genomsnitt en vård- och omsorgstagare?

24. Hur ofta har du kontakt med vård- och omsorgstagare på annat sätt (telefon, brev)?

- Vilken typ av information brukar det handla om (d v s vid kontakt med vård- och omsorgstagare och anhörig/närstående)?
- Vilken typ av kanal används (telefon, brev, e-post, sms)?
- Hur ofta skulle du vilja ha behov av att få kontakt med vård- och omsorgstagare?

Kontakter med anhöriga/närstående

25. Hur sköter du kommunikationen med anhöriga/närstående?
- Hur ofta kommunicerar du med anhöriga/närstående?
 - Vilken typ av information brukar det handla om (d.v.s. vid kontakt med anhöriga/närstående)?
 - Hur tycker du att kontakten med anhöriga/närstående fungerar?

Vårdinformation (samverkan)

26. Har du en helhetsbild över respektive vård- och omsorgstagares situation (vård- och omsorgsbehov)?
27. Finns det ytterligare information om vård- och omsorgstagaren som du skulle behöva för att utföra ett bättre arbete?
28. Har du tillgång till onödig information, som du inte har nytta av?
29. Är den vårdinformation du har tillgång till korrekt? Ge exempel på när den inte varit korrekt.

Kontakter med vård- och omsorgsgivare

30. Hur kommunicerar du med vårdpersonal i ditt arbetslag respektive inom din vårdenhet för att samordna arbetet? Ge exempel på sådana aktiviteter?
31. Vilken typ av information utbyter du med andra vård- och omsorgsgivande grupper? Vilka kanaler används (telefon, fax, brev, e-post)?
32. Hur kommunicerar du med andra vård- och omsorgsgivare? Ge exempel på sådana aktiviteter? Vilken typ av information utbyter du med andra vård- och omsorgsgivande grupper i dessa aktiviteter? Vilka kanaler används (telefon, fax, brev, e-mail)?
- 33.
- Kommun
 - Primärvård
 - Sluten vård
34. Hur ofta behöver du konsultera/kommunicera med kollegor eller andra vård- och omsorgsgivare angående en vård- och omsorgstagare?

Sekretess

35. Anser du att vårddagaren har ett tillräckligt bra integritetsskydd avseende vårdinformation, d.v.s. balans mellan informationens tillgänglighet och sekretess?
36. Finns det information om vårddagaren som du får kännedom om och som du anser att du inte behöver för att utföra ditt arbete?

Framtiden

37. Hur skulle du vilja se att samverkan fungerade i framtiden?
38. Vad tror du om möjligheterna att lyckas med en sådan förändring?
39. Vilka medel krävs för förändringen?

Vård- och omsorgsgivare - Ledning:

Löpnummer;

Allmänt

1. Ålder?	Åldersgrupp	18-30	31-45	46-60	60+

2. Kön?	Man	Kvinna

3. Vilken formell utbildning har du?
4. Vilket yrke har du?
5. Hur länge har du arbetat i detta yrke?
6. Hur länge har du arbetat inom offentlig förvaltning?

Verksamheten

7. Organisationens struktur
8. Personalgrupper

Samverkan

9. Syn på samverkan utifrån den egna organisationens perspektiv
10. Samarbetet kring vårdtagare

Framtiden

11. Hur skulle du vilja se att samverkan fungerade i framtiden?
12. Vad tror du om möjligheterna att lyckas med en sådan förändring?
13. Vilka medel krävs för förändringen?