

**HÄLSO- och SJUKVÅRDSADMINISTRATION**  
**Förvaltningshögskolan**  
**Göteborgs Universitet**

**HEMTJÄNST OCH HEMSJUKVÅRD**  
**ETT OMAKA PAR?**

**Fördjupningskurs-2, 61-80 poäng**  
**Vårterminen 2004**  
**Joanna Karlström**

## SAMMANFATTNING

Äldrevården förknippas oftast med ”Dem” inte ”Oss”. Vårt dagliga beroende av andras specialistkunskap kan variera och vid enstaka tillfällen kan det vara acceptabelt att antingen avstå från en tjänst eller att betala för den och därmed leva med beroendet ett litet tag. Situationen förändras dock när vi plötsligt är beroende av andra på daglig basis. Den kommunala omsorgsverksamheten tillsammans med befintliga entreprenörer inom vårdsektorn, bistår många både med den dagliga livsföringen och förekommande behov av hälso- och sjukvård i hemmet.

Hemtjänsten är en av de kommunala verksamheterna som verkställer både olika biståndsbeslut som styrs av Socialtjänstlagen samt utför hälso- och sjukvårdsinsatser som styrs utifrån Hälso- och sjukvårdslagen för de som bor i det ordinära hemmet eller på service boende. Den kommunala verksamheten har större erfarenhet av de insatser som verkställs enligt Socialtjänstlagen. Oftast genererar biståndsinsatser intäkter och följs därför upp kontinuerligt. De insatser som inte medför en intäkt men som måste verkställas exempelvis på grund av huvudmannansvaret, kan vid bristande uppföljningsverktyg skapa grå zoner som både försvårar prognostisering och förklaring av verksamhetskostnader.

Uppsatsen belyser en del av vårdtagarnas, huvudmannens och personalens vardag nämligen hantering av hälso- och sjukvårdsinsatser i den kommunala äldrevården. Uppsatsen bygger på en 2 veckors studie som genomfördes bland 14 hemtjänstgrupper. Uppsatsens syfte är att både kartlägga typ och volym av de hälso- och sjukvårdsinsatserna som verkställts, samt att även påvisa om de verkställda hälso- och sjukvårdsinsatserna är en avgörande faktor för underskott av personalresurser för de studerade hemtjänstgrupperna. I den studerade förvaltningen är kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser kostnadsfria för vårdtagaren. För förvaltningens hemtjänstorganisation finns det ingen öronmärkt finansiering av hälso- och sjukvårdsinsatsernas verkställande. Dessa insatser betraktas som övrig personalaktivitet och skall rymmas inom ramen det 10 % påslag som tilldelas varje hemtjänstgrupp i förhållande till gruppens budget. Påslaget skall utöver hälso- och sjukvårdsinsatser täcka exempelvis städning av grupplokalen, möten, utbildningstillfällen mm. Enligt hemtjänsten, har de senaste årens allt kortare sjukhusvistelse för vårdtagarna medfört större krav på verkställande av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. Trots påstådd volymökning för hälso- och sjukvårdsinsatser har man inte förändrat compensationen för hemtjänsten förutom tidigare fastställda 10 %.

Jag vill tacka hela min familj; särskilt min make och mina barn; som tålmodigt givit mig stöd under de senaste fyra åren. Jag skulle även vilja tacka mina kollegor Birgitta Ericson Modeé och Eva Johansson samt berörda chefer, ekonomer och hemtjänstpersonalen på Hemvårdsförvaltningen i Halmstad som bidragit med information för uppsatsens räkning.

Jag hoppas att uppsatsen kan bidra med nya synvinklar och idéer kring både verksamhetsstyrning, uppföljning och vikten av professionellt verkställande av hälso- och sjukvårdsinsatser i den kommunala äldrevården.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

sida

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>2</b>
<b>1.1 Historik</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2 Organisatoriska aspekter</b> .....	<b>6</b>
<b>1.3 Ekonomiska aspekter</b> .....	<b>7</b>
<b>1.4 Marknaden</b> .....	<b>8</b>
<b>1.5 Empiri</b> .....	<b>9</b>
<b>1.6 Förväntningar på äldreården i framtiden</b> .....	<b>10</b>
<b>2. PROBLEMDISKUSSION</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1 Verksamhetsinriktning och kostnad</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2 Kommunal hälso- och sjukvård</b> .....	<b>13</b>
<b>2.3 Intern påverkan</b> .....	<b>14</b>
<b>2.4 Extern påverkan</b> .....	<b>14</b>
<b>2.5 Verkställande av hälso- och sjukvårdsinsatser</b> .....	<b>15</b>
<b>2.6 Dagens redovisning och uppföljning av kommunala insatser</b> .....	<b>16</b>
2.6.1 Redovisning – Hemtjänstbistånd .....	16
2.6.2 Redovisning – Hälso- och sjukvårdsinsatser .....	17
2.6.3 Avvikelsehantering – Kvalitetssäkring av verksamheten .....	18
<b>2.7 Sammanfattning av problemdiskussion</b> .....	<b>19</b>
<b>3. SYFTE</b> .....	<b>20</b>
<b>4. METOD</b> .....	<b>20</b>
<b>4.1 Omfattning</b> .....	<b>20</b>
<b>4.2 Typ av metod och dess begränsning</b> .....	<b>21</b>
<b>4.3 Sammanställning och presentation av resultat</b> .....	<b>22</b>
<b>5. TEORETISK REFERENSRAM</b> .....	<b>23</b>
<b>6. RESULTAT</b> .....	<b>27</b>
<b>6.1 Allmänt</b> .....	<b>27</b>
<b>6.2 Personal</b> .....	<b>29</b>
<b>6.3 Delegeringsansvar</b> .....	<b>31</b>
<b>6.5 Typ av hälso- och sjukvårdsinsatser och dess tidsåtgång</b> .....	<b>33</b>
<b>6.6 Fördelning av hälso- och sjukvårdsinsatser över veckodagarna för perioden</b> .....	<b>36</b>
<b>6.7 Fördelning av hälso- och sjukvårdsinsatser över klockslag för perioden</b> .....	<b>37</b>
<b>6.8 Fördelning av hälso- och sjukvårdsinsatser över åldern</b> .....	<b>38</b>
<b>6.9 Fördelning av hälso- och sjukvårdsinsatser över boendeformen</b> .....	<b>39</b>
<b>7. ANALYS OCH SLUTSATSER</b> .....	<b>41</b>
<b>7.1 Organisation, verksamhetsstyrning</b> .....	<b>41</b>
<b>7.2 Studiens överensstämmelse med teoretisk bakgrund och empiri</b> .....	<b>44</b>
<b>7.3 Konstaterade problemområden</b> .....	<b>45</b>
<b>7.4 Tillämpning av studiens resultat</b> .....	<b>47</b>
<b>7.4 Analys av hsj insatsernas verkställande och dess effekter</b> .....	<b>48</b>
<b>7.5 Framtiden</b> .....	<b>51</b>
<b>8. SLUTLIG KOMMENTAR</b> .....	<b>54</b>
<b>9. REFERENSER</b> .....	<b>56</b>
<b>10. APPENDIX – DIAGRAM OCH FIGURER</b> .....	<b>58</b>
<b>10.1 DIAGRAM</b> .....	<b>58</b>

Diagram 10.1.1 Demografiska förändringar i antal personer fram till 2030 enligt SCB.....	58
ålder 0 – 65+ .....	58
Diagram 10.1.2 Demografiska förändringar i antal personer fram till 2030 enligt SCB.....	58
ålder 65 – 80+ .....	58
Diagram 10.1.3 Total antal hsj insatser med fördelning på veckodagarna under en .....	58
två veckors period .....	58
Diagram 10.1.4 Total antal hsj insatser över rapporterade klockslag.....	59
Diagram 10.1.5 Total antal hsj insatser utifrån vårdtagarnas ålder .....	59
Diagram 10.1.6 Typ av hsj insatser med fördelning på ålder .....	60
Diagram 10.1.7 Total antal hsj insatser utifrån veckodag och boendeform .....	60
Diagram 10.1.8 Total antal hsj insatser utifrån klockslag och boendeform .....	61
<b>10.2 Figurer.....</b>	<b>61</b>
10.2.1 Organisationsschema för studerad förvaltning .....	61
11.BILAGOR.....	62
<b>Bilaga 11.1. Anvisningar och blankett för studien av hälso- och sjukvårdsinsatser som verkställs av hemtjänsten .....</b>	<b>62</b>

# 1. INLEDNING

Uppsatsen tar upp problematik med en av effekterna som Ädelreformen medfört, nämligen förskjutning av hälso- och sjukvårdsinsatser (hsj insatser) från landstinget till kommunen vilka till stor del verkställs av den kommunala omsorgspersonalen. Verkställande av hsj insatser i det ordinära boendet berör huvudsakligen hemtjänstpersonalen. I de flesta förekommande statistiska redovisningar saknas detaljkännedom om typ, volym och tidsåtgång för hsj insatser som belastar hemtjänstens organisation. Typ av verksamhetsstyrningen är avgörande för hemtjänstens möjligheter att upprätthålla budgetbalansen i förhållande till både de ursprungliga servicetjänsterna som hemtjänsten skapats för och tillkomna hsj insatser. Uppsatsen bygger på en studie som under en två veckors period kartlägger förekommande hsj insatser, dess tidsåtgång och om dessa utförts i samband med andra tjänster eller inte.

Incitamentet till uppsatsens ämnesval är förekomst av problem dels med finansiering av hsj insatsernas verkställande samt dess samordning med övriga insatser som verkställs av hemtjänsten. Uppsatsens syfte är att kartlägga vad för typ och volym av hsj insatser som utförs av hemtjänsten samt påvisa vad den reala tidsåtgången faktiskt är. Jämförelse av studiens resultat nationellt är problematiskt då det dels saknas detaljerade redovisningar och dels på grund av att den studerade förvaltningens organisation avviker på en punkt från de flesta kommuner i landet. I SCB (Statistiska Centralbyrån) statistik är det svårt att finna nyckeltal för serviceboende. Anledningen är att serviceboende enligt SCB räknas som särskild boende medan i den studerade förvaltningen knyts servicehus till hemtjänst och därmed till det ordinära boendet.

Slutsatserna i denna uppsats belyser faktorer både för hsj insatser och för hemtjänstens roll inom äldreomsorgen. Inledningsvis beskrivs både historiken, dagens problem samt önskemål om framtida utveckling för äldrevården. Den teoretiska referensen belyser de egenskaper som har stor betydelse för verksamhetens styrning, upprätthållande av legitimitet samt samverkan med omvärlden.

Samtliga ovannämnda faktorer och egenskaper sammanvävs i vardagen och uppsatsen skall försöka att ge läsaren en glimt av den komplexa bild som styr vardagen för den kommunala äldreomsorgs-verksamheten. Studien som genomfördes för uppsatsens räkning berörde endast få av de faktorer som omsorgspersonalen hanterar dagligen, men trots sin begränsade omfattning kan resultaten leda till en del betydande frågor och slutsatser.

## 1.1 Historik

1 januari, 1992 infördes till följd av riksdagens beslut en stor reform för äldrevården kallad Ädelreformen. Reformen medförde överföring av äldrevårdens sjukvårdspersonal och ekonomiska resurser från landstingen till kommunerna. Ädelreformen handlade inte enbart om en organisatorisk reform för äldrevården, utan även om kommande förändringar i ansvarsfördelning och organisation. Efter tolv år kan man konstatera att reformens utfall har yttrat sig väldigt olika runt om i landet, dock med samma problem nämligen balans mellan finansiering och bemötande av efterfrågan.

I Kommunförbundets skrift "Aktuellt om äldreomsorgen" från oktober 2003 tar man upp problematiken kring kostnader, finansiering och förväntningar. I skriften uppges att den kommunala äldreomsorgens kostnad år 2003 var 75,6 miljarder kronor. Detta är en ökning med 4,6 miljarder kronor sedan föregående år och en ökning med 18,5 procent i löpande priser och 6,3 procent i fast penningvärde sedan 1999. I en rapport från Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet, "Äldreomsorg och sjukvård under 90-talet" tar man upp Ädelreformens vikt internationellt. De flesta europeiska länder saknar välfungerande organisationer som tillgodoser de äldres behov av vård i det egna hemmet. Trots Sveriges väsentligt sämre ekonomiska förutsättningar år 1991 – 1993 (SCB) jämfört med andra europeiska länder, har man i Sverige genom Ädelreformen gjort stora satsningar på den äldsta gruppen av befolkningen.

Ädelreformens överföring av resurser medförde direkta krav på en specifik kommunal förvaltningsorganisation (omsorgsförvaltningar) som skulle stå för huvudmannans ansvar för verkställande och tillsyn av hälso- och sjukvårdsinsatser i samtliga boendeformer med inriktning mot äldre- och handikappomsorgen. Integrerande av hälso- och sjukvårdsansvaret med den befintliga kommunala organisationen mynnade ut i många olika modeller runt om i landet.

Vissa kommuner har beslutat att köpa alla eller vissa hälso- och sjukvårdstjänster av primärvården, medan andra byggde upp egen hälso- och sjukvårds organisation. De kommuner som beslutat att bygga upp egen kommunal hälso- och sjukvårds organisation mötte huvudsakligen tre problem. Problemen koncentrerades kring mötet mellan två kulturer – socialtjänsten och hälso- och sjukvården, samordning och uppföljning av verkställandet samt definition av policy och tjänster vid bemötande av efterfrågan.

Huvudskillnaderna mellan de olika omsorgsförvaltningarna präglas idag huvudsakligen av fyra områden. Förvaltningarnas specialisering (äldre och/eller handikappomsorgen), organisations och verksamhetsstyrningsmodell, närvaro av en kommunal hälso- och sjukvårdsorganisation, samt om förvaltningen tar ut en avgift för verkställande av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. De kommuner som via hemtjänst verkställer hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet och beslutat att inte avgiftsbelägga dessa, har svårast att svara på frågan vad som verkställs och vilka volymer det handlar om. Med anledning av olikheter mellan kommuner dels i dess organisation, definitioner samt gällande gränsdragningar och avtal om utförandet, möter man problem med att nationellt kunna jämföra kommunernas produktivitet.

## **1.2 Organisatoriska aspekter**

Oavsett vilken organisationsmodell som skapats för den kommunala hälso- och sjukvården, så berör effekterna verkställandet och därmed omvårdnadspersonalen (ex. hemtjänstpersonal). Omvärldens kostnadsmedvetande ökar och ställer allt högre krav på kvalitet och tillgänglighet. Med detta följer krav på effektiv organisation och högre kompetens och flexibilitet hos dem som verkställer besluten.

Verksamhetsuppföljning dvs. kunskap om vilka insatser som verkställs av omvårdnadspersonalen, insatsernas volym och tidsåtgång är nödvändig och berör flera problemområden. Problemområden som berörs kan exempelvis vara: en rättvis ekonomisk ersättning för den som verkställer besluten, krav på kompetens och arbetsmiljö, rättsäkerhet, extern och intern informationsöverföring, kvalitetssäkring av rutiner, beteende- och ekonomiskstyrning av berörda aktörer, verksamhetens effektivitet och frågan om incitament till entreprenad.

Omvärldens och marknadens påverkan på den offentliga sektorn tvingar fram tillämpningar av marknadens olika styrmetoder, som idag kan innefatta en blandning av olika egenskaper som finns beskrivna i välkända organisationsteorier. I dagens omsorgsförvaltningar kan man finna egenskaper som finns bl.a. beskrivna både i institutionell- och principal – agent teori.

Egenskapernas samtida närvaro i en kommunal omsorgsförvaltning mynnar ut i så kallad kvasimarknadsstruktur. Båda teoriernas egenskaper åsyftar att leda till organisationens överlevnad och kontroll. Okunskap om egenskapernas olika styrmekanismer och dess krav på konsekventa uppföljningsmetoder samt brist i igenkännande för dess förekomst i organisationen, skapar som effekt fler processer än vad dagens kommunala förvaltningar klarar av att följa upp.

Vikten av att organisationsmodellen avspeglar de kort- och långsiktiga planerna för framtiden är avgörande om organisationen skall lyckas (Clewer, Perkins 1998). I ”Utveckling av hemtjänst genom IT och verksamhets kunnande” (2003) diskuterar Karin Hedström m.fl. utvecklingstendenser som finns idag i hemtjänstens organisation. Enligt rapporten strävar man allt mer efter att finna en balans mellan lagstiftningen och standardisering av både arbetsuppgifter och kompetens. I rapporten hänvisas till Marta Szebehelys studie (2000) av hemtjänstens organisation och effekter av olika organisatoriska modeller. Ständig strävan efter allt effektivare organisation leder ofta till interna omorganisationer.

Omorganisationer i de kommunala förvaltningarna sker oftast med 4-6 års mellanrum. Val av modell för verksamhetsstyrning och organisering är av betydelse för de kommande effekterna. Beroende på om man väljer centralisering eller horisontell/vertikal decentralisering (Mintzberg, 1983) är det av vikt att förstå organisationens konsekvenser exempelvis var finns/förflyttas makten i organisationen. Sambandet mellan ekonomi och organisation när det gäller styrning är mycket påtaglig (Brorström, 1999). För hemtjänstens organisation sker förändringen oftast i den ekonomiska styrningen, vem som blir uppdragstagaren samt förändringar i anvisningar och/eller lagstiftningen som ger möjlighet till delaktighet och påverkan av utförandet.

### **1.3 Ekonomiska aspekter**

Då kommunernas omsorgsförvaltningar enligt kommunallagen har skyldighet att sträva efter effektivitet, blir samordningen av finansieringen och verkställandet ett allt större problem. Definitionen av vad som skall ingå i den skattefinansierade äldrevården och vad den enskilde och dess närstående skall stå för är en allt mer aktuell fråga. Ekonomin ställer krav på bättre samordning mellan huvudmännen.

Drygt 17 % av befolkningen är idag 65 år och äldre. Om den framtida demografin prognostiserar en ökning av antalet äldre, kan det även innebära att antalet förvärvsarbetande personer inte genererar den skatt som krävs för att finansiera den offentliga sektorns ekonomi. Det är en mycket allvarlig nationell fråga som kommer att ställa definitionen kring den svenska välfärden på sin spets.

De förväntningar som ställs på dagens och framtidens äldreomsorg följer sällan generationens uppfattning om hur mycket man är beredd att betala för tjänsten (Mooney, 1992) samt vad som skall ingå i tjänsten och hur mycket som skall kunna påverkas. Det intressanta i sammanhanget är att de kommande svenska generationerna antas ha både högre inkomster och vara mycket mer krävande och målmedvetna än dess föregångare. Vårdtagaren vill kunna ställa krav på vad som utförs, när och hur det skall utföras.

Huvudmännens intresse kring dagens vårdfrågor koncentreras allt oftare kring en möjlighet till "economies of scope" dvs. effektivisering av verksamheten via samverkan som kan vara ett alternativ till minskning av kostnader (Clewer, Perkins, 1998). Effektivisering via intern eller extern samverkan kan vara ett bra sätt att fördela resurser, men den ställer även krav på kontroll och kontinuerlig uppföljning av samverkan.

Ekonomi spelar en avgörande roll inte enbart för förvaltningar utan även för dess kunder. Vårdtagarnas betalningsförmåga avgör om den nödvändiga hjälpen kan tillgås eller inte. De vårdtagare som saknar inkomst är avgiftsbefriade och deras äldreomsorg betalas av socialförsäkringen som även kan kompensera deras övriga utlägg för exempelvis läkarbesök och läkemedelskostnader. De vårdtagare som har höga pensioner har dels råd att betala och omfattas samtidigt av en avgiftstak för kommunala tjänster. När det gäller medelinkomsttagare, så befinner sig dessa inom ramen för beslutade avgiftsnivåer och samtidigt måste dessa vårdtagare även klara övriga utgifter utan någon kompensation. Med anledning av kommunernas finansieringsproblem av äldrevården, diskuteras allt oftare nya lösningar kring vårdtagarnas och de anhörigas möjligheter att ta mer ansvar för sin eller närståendes vård.

Ekonomi handlar inte enbart om kostnader men även om styrning av efterfrågan. Om en kontroll av vårdmarknaden skall vara möjlig måste en angivning av regler för styrning av efterfrågan huvudsakligen komma från de centrala finansiärerna. Om andra aktörer än finansiärer kan påverka efterfrågan, måste finansiärer utöva kontinuerlig kontroll av gällande uppdrag för att på så sätt förhindra eventuell utnyttjande av systemets svagheter (G, Mooney i "Economics, Medicine and Health Care", 1992). Den offentliga sektorns förhållningssätt till egna prioriteringar och spenderande av gemensamma skattemedel är av vikt för angivning av de etiska och moraliska förhållningssätten i samarbete med den övriga marknaden.

## **1.4 Marknaden**

Efter 12 års erfarenhet av kommunal hälso- och sjukvård, upptäcks fortfarande både positiva och negativa effekter som Ädelreformen medfört. Kommunernas omvärldsuppfattning har under dessa år varit en viktig del av dess framgång i att möta efterfrågan och klara den egna ekonomiska balansgången. De senaste årens tillväxt av privata vårdgivare och därmed vårdtagarnas valfrihet har bidragit till ännu mer komplicerade gränsdragningar och transaktioner mellan olika vårdgivare. Gränsdragningarna styrs oftast av skrivna avtal mellan berörda parter, som i sin tur ställer både kommunernas flexibilitet, uppföljning och ekonomiska effektiviteten på prov.



De senaste årens efterfråga och rationaliseringar hos olika huvudmän har medfört att verkställandet av hemtjänstinsatser och hälso- och sjukvård i hemmet har blivit en marknadsfråga. Kommunerna är en del av vårdmarknaden och det är av vikt att deras organisation kan konkurrera med privata vårdgivare. Konkurrens via priser är inte aktuell för kommuner, därmed återstår endast konkurrens via legitimitet, kvalitet och effektivitet. Införande av marknadstänkande och effektiva verktyg som leder till konsekvent uppföljning av resursanvändningen både på makro och mikronivå, är nödvändig för att skattefinansierade organisationer skall kunna överleva både marknadsmässigt och ekonomiskt. Verksamhetsstyrning av den kommunala verksamheten påverkas av tre huvudfrågor: Får verksamheten vara vinstdrivande?, Hur definieras effektivitet?, Hur skall den kommunala verksamheten finansieras – beroende/oberoende av verksamhetens effektivitet?

## 1.5 Empiri

Sedan införande av Ädelreformen har det funnits ett intresse av nationell uppföljning av reformens utfall och dess utveckling. Varje år genomför Socialstyrelsen en sammanställning av antal och typ av medicinska arbetsuppgifter som delegerats till omvårdnadspersonalen. Samtidigt sker även redovisning av antal medicinska avvikelser dvs. fel som sker i samband med utförande av delegerade medicinska arbetsuppgifter. SCB, Kommun- och Landstingsförbundet utför en sammanställning av olika nyckeltal som inhämtats från varje kommun och landsting i landet.

Genom kunskap om kommunernas sätt att hantera kostnader för kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser samt övrig kunskap om vårdtagarnas genomsnittliga ekonomi och oftast förekommande avgifter, kan man på makronivå konstatera tendensen för förekomst och styrning av efterfrågan samt verkställandet. Utöver de nationella uppföljningarna sker naturligtvis studier på kommun-/förvaltningsnivå i form av olika typer av tids och vårdtyngdsmätningar<sup>1</sup>.

År 2003 utarbetade Svenska Kommunförbundet tillsammans med 23 kommuner en modell för beräkning av kostnad per timme för hemtjänstens verksamhet. Modellen presenteras i en rapport "Hemtjänststimmen – en modell för beräkning av kostnaden för en timme utförd hemtjänst" (4 februari, 2003). Rapporten innehåller definitioner och resultat av ett utvecklingsarbete i form av bilagor som kan hjälpa kommunerna att få struktur i beräkningen av hemtjänstkostnaden.

Under utvecklingen av modellen har arbetsgruppen definierat och studerat bl.a. tidsåtgång för hemtjänstens verksamhet med direkt och indirekt tid för vård av vårdtagare samt övriga stödverksamheter som krävs och/eller kan påverka kostnaden för hemtjänsten. Bland definitioner har man bestämt sig för att hemtjänstens kostnad per timme skall inkludera både utförande av bistånd<sup>2</sup> och hälso- och sjukvård, då man anser att hemtjänstkostnaden per timma är oberoende av insats. I rapporten tar man även upp möjligheten till att använda modellen i ett system med prestationsstyrning.

---

<sup>1</sup> Vårdtyngdsmätning – Mätning av vårdbelastning dvs. reala resurskrav för vårdverksamheten i förhållande till befintliga resurser.

<sup>2</sup> Biståndsbeslut – är ett beslut som regleras enligt Socialtjänstlagen (SoL). Enligt SoL 4 kap. 1§ har den enskilde rätt till alla typer av insatser som krävs för den enskildes försörjning och/eller livsföring i övrigt för att uppnå skälig levnadsnivå och får möjlighet till ett självständigt liv.

I april 2002 slöt Falkenbergs kommun ett avtal med primärvården som resulterade i övertagande av ytterligare 156 vårdtagare till kommunen. I augusti 2002 genomförde Falkenbergs kommun en vårdtyngdsmätning av utförande kommunal hälso- och sjukvård som sammanställdes i en rapport. Rapporten redovisar att på 994 vårdtagare som deltagit i mätningen har den totala tidsåtgången för hälso- och sjukvårdsinsatser uppgått till 10 172 timmar. 6 867 timmar dvs. 68 % av tiden utfördes av omvårdnadspersonalen på delegering av sjuksköterskan.

I Falkenbergs kommun får hemtjänsten inte heller någon kompensation för utförande av hälso- och sjukvårds insatser i hemmet eller i det särskilda boendet<sup>3</sup>. I samband med övertagandet av vårdtagare från primärvård till kommun är det inte ovanligt att det presenterade underlaget för det totala utförandet är i underkant. Samma fenomen upptäcktes alltså även i Falkenberg. Varken delegerings- eller administrations tid kring vårdtagarna har inkluderats i primärvårdens underlag.

Vid en jämförelse av Falkenbergs mätresultat från april och augusti månad från samma år, påvisades inte någon ökning av den totala vårdtyngden. I rapporten beskrivs dock att avtalet ”resulterat i omprioriteringar, ändrad arbetsmetodik och/eller ändrad inriktning på vården inom den kommunala regin”. Det som upptäcktes vid mätningen var att sjuksköterskornas totala tid för verkställande av hälso- och sjukvård inte ökat men att deras medeltid per vårdtagare har minskat!

Detta påstås bero på det beskrivna avtalet där man övertog 156 vårdtagare från primärvården. Resultatet blev att varje patientansvarig sjuksköterska fått ökat vårdtagarunderlag med 4 – 5 vårdtagare med bibehållen resurs. Vad har avtalet inneburit för omvårdnadspersonalen? Man har inte kunnat konstatera någon ökning av delegerings tid, men med ett ökat antal vårdtagare finns misstankar om samma effekt hos omvårdnadspersonalen som även konstaterats hos sjuksköterskor dvs. sänkning av medeltid per vårdtagare.

## **1.6 Förväntningar på äldrevården i framtiden**

Varje kommun försöker via egna utredningar komma fram till olika lösningar där frågor kring den framtida finansieringen, förväntningarna och kvalitén kan samordnas. I många fall är det svårt att applicera en generell lösning på hur äldreomsorgen skall drivas, där demografi är en viktig aspekt att ta hänsyn till. Det är dock viktigt att de äldres rättigheter och möjligheter beskrivs och bevakas.

Trots lokala lösningar på framtida frågor är det viktigt att nationellt visa vägen utifrån förväntade förutsättningar. SENIOR 2005 - Äldrepolitik för framtiden, var en parlamentariskt sammansatt beredning under Socialdepartementet som fick i uppdrag att skapa förutsättningar för en långsiktig utveckling av äldrepolitiken.

---

<sup>3</sup> Särskilda boendeformer – Tidigare kallats för ålderdomshem, sjukhem, serviceboende, grupp- och korttids boende.

Beredningen skulle utforma förslag med utgångspunkt från de äldres situation i samhället år 2005 och framåt. Till beredningen knöts sakkunniga från Socialdepartementet, Näringsdepartementet, Kulturdepartementet, Socialstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, LO, TCO, SACO och regeringens pensionärskommitté.

I beredningens redovisning påtalades åter igen demografin och SCB befolkningsprognoser för framtiden. I diagram 9.1 och 9.2 visas befolkningens ålderssammansättning i ett längre perspektiv. Enligt den demografiska prognosen kommer antalet personer som är 80 år och äldre öka kraftigt - från cirka 460 000 år 2000 till omkring 750 000 år 2030.

Beredningen har behandlat frågor kring:

- de äldres inflytande och delaktighet i beslutsprocesser
- tillgänglighet i samhället för äldre med funktionshinder
- utveckling av IT – hjälpmedel för äldre i hemmiljö liksom inom vård och omsorg
- kvalitet inom vård och omsorg
- närståendes roll i vård och omsorg
- sociala kontakter och umgänge över generationsgränser
- äldres delaktighet i arbetslivet och möjlighet att fortsätta ett aktivt yrkesliv efter uppnådd pensionsålder
- äldres möjligheter att delta i eller ta del av kulturlivet
- belysa skillnader mellan mäns och kvinnors förutsättningar och villkor och att beakta det ökade antalet äldre med utländsk bakgrund.

SENIOR 2005 har konstaterat att framgångsrika insatser; för att främja hälsa under åldrandet och bland äldre personer; är en hörnsten i det fortsatta folkhälsoarbetet i Sverige. Beredningen redovisar olika slag av insatser och markerar det angelägna i att organisera förebyggande hälsoarbetet så att det integreras i andra insatser för äldre. Beredningen nämner särskilt de medmänskliga stöd som intresse och frivilligorganisationer svarar för och att det bör tas till vara genom olika former av samverkan. Den parlamentariska äldreberedningen SENIOR 2005 överlämnade sitt slutbetänkande "Äldrepolitik för framtiden, 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning" till socialministern i oktober 2003.

Utifrån beredningens slutbetänkande bör den framtida äldreomsorgen inte enbart handla om själva omhändertagandet av de berörda. Äldreomsorgen skall även aktivt delta i frågor kring vår hälsa i åldrandet, samt vilka förebyggande insatser som bör finnas för att skapa förutsättningar för "friskare äldre" som dels kan fatta medvetna val kring den egna livskvalitén och kräver mindre omhändertagande via äldreomsorgen.

Det kommer att krävas kraftfulla åtgärder inom många områden för att möta de stora förändringar som en åldrande befolkning kommer att ställa oss inför under de närmaste decennierna. Samhället kommer att bli mer beroende av de insatser som den äldre delen av befolkningen kan bidra med inom bl.a. äldreården. Den svenska ekonomin kan redan om ett par decennier befinna sig i en vanskelig situation. Det finns enligt äldreberedningen flera skäl att känna allvarlig oro.

Samordningen av insatser för att möta dessa utmaningar, brister idag i alltför stor utsträckning. Äldre människor ses fortfarande främst i relation till vård- och omsorgsbehov och ignoreras alltför ofta i diskussioner om makt, diskriminering och utveckling. Enligt förslaget bör det tillsättas en nationell ledningsgrupp för äldrepolitik inom regeringskansliet. Tydliga mål och inriktningspunkter för äldrepolitiken har föreslagits.

## 2. PROBLEMDISKUSSION

Sedan 1992 har förvaltningen haft ansvar för både äldreomsorgen och för verkställandet av hälso- och sjukvård. Uppsatsen bygger på en studie som genomförts i en kommunal omsorgsförvaltning. Studien berör hemtjänstens verkställande av hälso- och sjukvårdsinsatser som idag fortfarande inkluderas bland ”övriga aktiviteter inom hemtjänsten” samt saknar öronmärkt finansiering. Då hemtjänstens intäkter kommer endast från de biståndsbeslut som skall verkställas, faller alla andra aktiviteter utanför budgeten. Förvaltningen finansierar hemtjänstgruppernas övriga aktiviteter som sker utanför verkställande av biståndsbeslut med ett 10 % påslag i förhållande till gruppens budget. Hälso- och sjukvårdsinsatser omfattas inte av biståndsbeslut och skall som övriga verksamhetsaktiviteter verkställas inom ramen av befintlig budget. Påslaget förväntas kompensera den extra resursåtgång som krävs för olika aktiviteter men samtidigt ger den ingen möjlighet till att kunna få högre kompensation vid eventuella volymökningar av vanligast förekommande hsj insatser.

Studiens resultat belyser på detaljnivå vad som utförts och dess tidsåtgång i förhållande till tillgängliga personalresurser. Den studerade förvaltning har valt att bygga upp en egen hälso- och sjukvårdsorganisation med bl.a. legitimerade arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor (se figur 9.2.1). Hälso- och sjukvårds insatser verkställs av hemtjänstpersonalen på delegation enligt SOSFS 1997:14, som endast kan delegeras av legitimerad personal<sup>4</sup>.

Legitimerad personal finns både i kommunen och i primärvården. Hälso- och sjukvårdsinsatserna kan handla om både enklare insatser som överlämnande och administrering av läkemedel. Vården kan dock accelerera till avancerad vård vid hantering av vårdtagare med smittsamma sjukdomar, infusioner<sup>5</sup> eller respiratorer och pumpar som ställer höga krav på personalens tillgänglighet, bemötande och kompetens.

---

<sup>4</sup> Legitimerad personal – Personal som via en utbildning får legitimation och därmed faller under Yrkesverksamhetslagen inom hälso- och sjukvårdsområdet. Här menas arbetsterapeuter och sjukgymnaster

<sup>5</sup> Infusion – Allmänt känt som dropp dvs. olika typer av vätskor som tillförs direkt till blodet.

## 2.1 Verksamhetsinriktning och kostnad

Den personkrets som förvaltningens tjänster vänder sig till idag, togs för 12 år sedan hand om av landstingsvården. Vårdtagarna har idag en valmöjlighet till att antingen bo kvar i sitt boende eller flytta in till olika boendeformer i kommunal eller privat regi.

Valmöjligheten gör att de flesta vårdtagare väljer att bo kvar i sitt ordinära boende så länge det är möjligt. Effekten av vårdtagarnas val skapar i sin tur behov av beredskap i kommunen för att kunna bistå med hjälp när det krävs. Samtliga särskilda boendeformer (ålderdomshem, sjukhem, serviceboende, grupp- och korttidsboende<sup>6</sup>) kräver ett biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SOL). Bistånd för hemtjänst tillämpas både inom det ordinära och i serviceboendet<sup>7</sup>, omfattningen är individuell, frivillig och kan kombineras med andra typer av bistånd.

Biståndsbeslut för hemtjänst mynnar ut i insatstimmar som i sin tur styr hemtjänstgruppens budget och personaltäthet. Under 2002 har studerad kommuns 1 460 hushåll fått 792 000 beviljade hemtjänststimmar där 130 000 timmar krävde dubbelbemanning.

Då hälso- och sjukvårdsinsatserna inte omfattas vare sig av biståndsbeslut eller avgifter, sker ingen öronmärkt finansiering av dessa. I studerad förvaltning kompenseras hemtjänstens alla aktiviteter som sker utanför direkt omvårdnadsarbete med 10 % påslag i förhållande till den aktuella hemtjänstgruppens budget. Påslaget skall kompensera både verkställande av hsj insatser och övriga kostnader exempelvis för gruppmöten, städning av grupplokalen, utbildning eller hämtning av läkemedel på apoteket

## 2.2 Kommunal hälso- och sjukvård

Förvaltningen som studeras in finner sig i en kommun med 90 000 invånare, omsätter en budget på 713 270 mkr (år 2003) och omfattar totalt 1 588 årsarbetare (1919 personer).

1 322 årsarbetare (1 619 personer) är vårdpersonal med vårdbiträde och undersköterskekompetens (Verksamhetsberättelse 2003). Inom förvaltningen finns även 106 sjuksköterskor, 8 sjukgymnaster och 8 arbetsterapeuter som både handleder och delegerar arbetsuppgifter till omvårdnadspersonalen.

Förvaltningens totala antal vårdtagare omfattar ca 2 500 personer med fördelning på 937 vårdtagare på äldreboende (tidigare kallade ålderdomshem och sjukhem), upp till 500 inskrivna i hemsjukvården och 1 572 personer med biståndsbeslut (servicehus och ordinärt boende<sup>7</sup>).

Kommunala sjuksköterskor bistår med sin kompetens även för de 45 gruppboendena som drivs i Socialförvaltningens regi (funktionshindrade och psykiskt sjuka). Förvaltningens kvälls och natt verksamhet som riktas mot det ordinära boendet ansvarar även för primärvårdspatienter.

---

<sup>6</sup> Korttidsboende – Boende som används av vårdtagaren tillfälligt ex. i väntan på annat boende, avlastning pga. anhörigvårdarens frånvaro eller en akut plats. Boendet befinner sig oftast i samma byggnad som ett äldreboende.

<sup>7</sup> Serviceboende - Servicehus = egen lägenhet som inte ägs av förvaltningen. Kräver ett biståndsbeslut om att få en lägenhet. Den boende avgör själv om denne i samband med serviceboende vill ha hemtjänsthjälp eller inte. Lägenhetens hyra exkluderar eventuell hemtjänsthjälp.

### **2.3 Intern påverkan**

Hemtjänstens verksamhet bidrar till förvaltningen med intäkter via vårdtagaravgifter för verkställda biståndsbeslut. Organisatoriskt kan hemtjänsten vara helt oberoende av den kommunala hälso- och sjukvården, då vårdtagarna med hemtjänstens hjälp skulle kunna anlita primärvårdens vårdcentraler eller länssjukhuset. Den kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen är däremot avgiftsfri för vårdtagaren och helt beroende av hemtjänsten när det gäller verkställande av hsj insatser. Då Ädelreformen lokalt medförde att förvaltningen skapat tillgång till egna sjuksköterskor blev effekten ett krav på intern samverkan och kontinuitet kring de kommunala vårdtagarna. Därmed har den kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen fått ett kraftigt mandat för att påverka hemtjänstens arbetsbelastning.

En sjuksköterska kan idag via delegering ålägga omvårdnadspersonalen hsj insatser, som i sin tur kan mynna ut i överskridande av hemtjänstens budget. Ökning av organisatoriska kostnader pga. ökat sjukvårdsbehov för en kommunal vårdtagare skall inte drabba den enskilde, utan eventuella merkostnader får klaras först inom hemtjänstgruppen och sedan inom förvaltningen. Delegering av hsj insatser medför inga ekonomiska transaktioner mellan hemtjänstens och hälso- och sjukvårdsorganisationen.

Förvaltningen har; jämfört med närliggande kommuner; ett stort antal sjuksköterskor i sin organisation. Med anledning av förvaltningens kundkrets är det inte särskilt lämpligt att anställa nyutexaminerade sjuksköterskor. Sjuksköterskornas kompetens, sätt att bemöta och undervisa omvårdnadspersonalen är också en viktig faktor för verksamheten. Problem som uppstår i den kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen påverkar starkt omvårdnadspersonalens arbete och därmed verkställandet av hsj insatser. Eventuell sjuksköterskebrist kan leda till olika konsekvenser som drabbar både personalen men först och främst vårdtagaren. Förvaltningen försöker att kompensera detta genom att på olika sätt höja omvårdnadspersonalens kompetens.

### **2.4 Extern påverkan**

Senaste åren har förvaltningen utsatts för konkurrens av privata vårdgivare som fakturerar förvaltningen utförande av omvårdnad eller hälso- och sjukvårdsinsatser hos de äldre. Kostnader för hälso- och sjukvårds insatser som utförs av privata vårdgivare är ekonomiskt belastande för den kommunala verksamheten. Debiterade kostnader är svåra att ifrågasätta, då eventuella nyckeltal som debiteringen utgår ifrån inte är angivna av kommunen, utan dessa nyckeltal är framtagna av den privata vårdgivaren. Utförs insatserna av privatanställda sjuksköterskor belastar kostnaden den kommunala sjuksköterskeorganisationen, verkställande av hemtjänstinsatser av privata vårdgivare belastar förvaltningens hemtjänstorganisation.

Förvaltningen har; trots förekomst av privat regi för äldreården i kommunen; fortfarande ansvar för att bevaka vårdkvalité på de privata vårdhemmen. Tillsynsfunktion, konkurrens samt ekonomisk belastning från privata vårdgivare ställer förvaltningen i en paradoxsituation. Paradoxen består av samtida konkurrenssituation, svårigheter med att kunna balansera egen bemanning och prognostisera efterfrågan. Marknadsosäkerheten på grund av vårdtagarnas valfrihet och aktörernas handlingar är svår att förutse. Några direkta neddragningar vid förändring av marknaden kan inte alltid ses som en generell lösning utan i många fall försöker verksamheten att balansera budgeten med att inte tillsätta vakanta tjänster eller ersätta korttidsfrånvaron.

Sedan Ädelreformen har verkställande av hälso- och sjukvårdsinsatser i förvaltningens regi ökat successivt i takt med Landstingets effektivisering av egen verksamhet. Allt kortare sjukhusvistelse på länssjukhuset av svårt sjuka vårdtagare förflyttar fortsatta vårdbehov från landstinget till kommunen och medför utöver finansierings relaterade problem även andra problem som:

- Krav på kvalitetssäkring av rutiner och informationsöverföring för de berörda (vårdtagare, närstående, egen organisation och mellan huvudmän),
- Krav på definition och avtal för gränsdragning i tjänsternas utförande mellan huvudmännen,
- Krav på uppföljning av de avtal som fattats,
- Krav på uppföljning av marknad och efterfrågan,
- Ökade kostnader för olika tjänster eller krav på gemensam finansiering,
- Otillräcklig kompetens på olika nivåer i berörda organisationer,
- Problem med rekrytering av vissa personalgrupper, då sjukhusen tillsammans med primärvården konkurrerar med kommunen,
- Ökat behov av delegering.

## **2.5 Verkställande av hälso- och sjukvårdsinsatser**

Samtliga hälso- och sjukvårdsinsatser som kan utföras på delegering av sjuksköterskan berör direkt omvårdnadspersonalen och dess organisation. Sedan 1992 har förvaltningens hemtjänst verkställt hälso- och sjukvård för den enskilde både i det ordinära och service boendet. Socialstyrelsen har från år 1997 reglerat utförande av medicinska arbetsuppgifter och därmed ställt krav på delegering.

Med delegering följer krav på utförarens reella och formella kompetens. Årligen redovisar förvaltningens sjuksköterskor en sammanställning av typ och antal uppförda delegeringar. De kartlagda åren påvisar förändringar i typ och antal delegeringar som påverkats dels av lagstiftningen men inte minst av interna diskussioner och definitioner av vad skall delegeras och vad skall klassificeras som egenvård och därmed inte omfattas av delegerings lag.

År 2000 och 2001 har sjuksköterskor delegerat till omvårdnadspersonalen upp till 27 olika typer av delegeringar. Antalet delegeringar för "Överlämnande och administrering av ordinerade läkemedel"; som är den vanligast förekommande; har genom åren växlat mellan 1 973 och 2 700 stycken.

Lagens krav på dokumentation och formulering medför att delegeringsförfarandet är både ett stort administrativt och handledningsarbete för de som delegerar samt kan även bidra till ökade introduktionskostnader för verksamheten. Mottagande av delegering ställer krav både på personalen och aktuella chefer. Delegeringar måste följas upp individuellt, samställas och bevakas om förekomst av avvikelser i utförande förekommer för att överväga återkallelse av delegeringen.

Verksamheten är medveten om att samtliga insatser kring vårdtagare måste samordnas och säkras, men det är inte ovanligt att delegering av medicinska arbetsuppgifter möts av motstånd både från chefer och personalen. Vissa chefer anser att dessa insatser inte är budgeterade och anger en orimlig arbets- och budgetbelastning utan möjlighet till att kunna balansera det.

Personalens inställning till mottagande av delegering varierar också, då vissa anser sig ha kompetens och vill gärna använda den, medan andra anser att de får mer arbetsuppgifter utan att få ersättning för dessa.

## **2.6 Dagens redovisning och uppföljning av kommunala insatser**

Dagens redovisning och uppföljning av hemtjänstinsatser i studerad förvaltning sker huvudsakligen via biståndsbeslut som registreras i ett verksamhetssystem som heter Magna Cura.

Enstaka mätningar av tidsåtgång för olika insatser sker sällan. För att kunna få en total bild av hemtjänstens belastning krävs att både biståndshandläggarens och hälso- och sjukvårdens insatser mynnar ut i ett gemensamt uppdrag till berörd hemtjänstgrupp. Ett totalt uppdrag ger mer rättvis bild av vad verksamheten måste verkställa och därmed ha resurser till. 2003 har även hälso- och sjukvårdsverksamheten fått tillgång till Magna Cura. Med detta följer nya möjligheter till utveckling av verktyg som kan underlätta verksamhetsuppföljningen.

Tills vidare sker månatlig uppföljning via systemet av statistisk för antal biståndsbeslut, beviljade och utförda timmar, gång-/körtid i förhållande till antal hushåll och personer som redovisas för nämnden. Sammanställning och redovisning av antal inskrivna i den kommunala hemsjukvården (endast de som bor i det ordinära boendet) sker centralt i förvaltningen via rapporter från sjuksköterskor. Redovisningen har inte fungerat tillfredsställande och man hoppas på bättre lösning via systemet.

### **2.6.1 Redovisning – Hemtjänstbistånd**

Hemtjänst innefattar dels uppgifter av servicekaraktär, dels uppgifter som är mer inriktade mot den personliga omvårdnaden. Områdeschefernas huvudsakliga verktyg för information och uppföljning av hemtjänstbistånd sker via biståndshandläggarnas registrering av beslut i Magna Cura.

Det registrerade biståndsbeslutet genererar underlag både för uppdrag för hemtjänstgrupperna och för vårdtagaravgifter. I samband med biståndsbedömning används inte något specifikt verktyg som skulle kunna upplysa om vårdtagarnas ADL status<sup>10</sup>. Vårdtyngden för hemtjänsten bedöms utifrån jämförelsen av beviljad och verkställd tid i förhållande till tillgängliga personalresurser samt utifrån antal vårdtagare i de olika omsorgsnivåerna (avgiftsnivåer) som biståndsbesluten genererar.

---

<sup>10</sup> ADL status - Strukturerad modell för bedömning av vårdtagarens förmåga att utföra dagliga aktiviteter



Efter det att ett biståndsbeslut fattats, skickas ett uppdrag till berörd områdeschef som sedan planerar bemanningen utifrån de sociala insatser som skall verkställas. Samtliga områdeschefer har tillgång till Magna Cura och kan löpande följa upp sin verksamhet genom att få fram listor på beviljade timmar. Under verkställande av biståndsbeslut sker en uppföljning av den reala tiden som insatserna kräver. I de fallen då den beviljade tiden inte räcker till eller är för hög sker återkoppling till berörd biståndshandläggare som omvärderar och fattar ett nytt biståndsbeslut.

Hemtjänstinsatser är reglerade och de flesta är avgiftsbelagda. Hemtjänstavgiften finns i sju olika avgiftsnivåer. Avgiftens storlek sätts i förhållande till insatsernas totala tid per månad och till den enskildes inkomster. I samband med faktureringen av avgiften redovisas antal insatstimmar som vårdtagaren betalar för. Genom redovisning av insatstimmar kan vårdtagaren påkalla justeringar om denne anser sig betala för mer eller mindre tid än som utförts. Justering av avgiften sker via nytt biståndsbeslut.

## **2.6.2 Redovisning – Hälso- och sjukvårdsinsatser**

Flera av de vårdtagare som tidigare vistats på specialistavdelningar/långvårdsavdelningar på länsjukhuset finns idag både i det ordinära boendet och i övriga kommunala boendeformer. Den personkrets som förvaltningens tjänster vänder sig till, innebär att hälso- och sjukvårdsinsatser kan börja med läkemedelsansvar och sedan successivt accelerera till avancerad hälso- och sjukvård dygnet runt.

De enda hälso- och sjukvårdsinsatserna som registreras idag i Magna Cura är behandlingar som ordineras av arbetsterapeuten eller sjukgymnasten. Dessa insatser läggs in av biståndshandläggaren eller av sjukgymnasten i Magna Cura under rubriken "Ej fakturerade" som innebär att hemtjänstgruppen får tid för utförande av insatsen och att insatsen är kostnadsfri för vårdtagaren.

Mängd och typ av hälso- och sjukvårdsinsatser som delegeras av sjuksköterskor registreras inte. Under årens lopp har man försökt föra olika typer av statistik för sjuksköterskor, men oftast omfattades endast antal besök eller antal vårdtagare per sjuksköterska. Statistiken berörde inte någon form av tidmätning vore sig för sjuksköterskor eller för omvårdnadspersonalens verkställande av hsj insatser.

Den delegerade tiden som belastar omvårdnadspersonalen brukar inte mätas kontinuerligt. Det enda uppföljning av uppgifter som delegerats av sjuksköterskor som sker idag är antal delegeringar och avvikelshantering (SOSFS 2002:4) som hänger tätt ihop. Dessa uppföljningar styrs av Socialstyrelsen. Varje sjuksköterska som delegerar har också skyldighet att föra en sammanställning av uppförda delegeringar. Idag är dessa sammanställningar det enda verktyget för att kunna se en tendens i vad som delegerats och dess antal. Information om dess aktuella volymer per arbetsdag eller dess tidsåtgång framgår inte. Volymen och tidsåtgången för hsj insatser som verkställts av hemtjänsten är ett mörkertal som man vill gärna belysa.

Den 1 september, 2003 genomfördes en omorganisation för kommunala sjuksköterskor i syfte att effektivisera organisationen och därmed på bättre sätt kunna möta förvaltningens efterfrågan av sjuksköterskekompetensen. I samband med detta har man återigen lyft upp behov av verktyg för verksamhetsuppföljning. Initialt kommer man att använda sig av en mättningsmodell som utvecklats av en grannkommun. Därmed kan man skapa bättre förutsättningar dels för uppföljning av sjuksköterskeresurser och dels att uppskatta tidsåtgång för de delegerade hsj insatserna.

### 2.6.3 Avvikelsehantering – Kvalitetssäkring av verksamheten

Enligt SOSFS 2002:4 har all hälso- och sjukvårdspersonal skyldighet att anmäla förekomsten av avvikelser<sup>11</sup> där ”Allvarlig skada eller sjukdom som en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av hänt”. Skadan eller sjukdomen skall inte ha kunnat förutses och skall inte ha utgjort en normal risk”.

Med hälso- och sjukvårdspersonal menas personer som har en legitimation inom medicinskt verksamhetsområde eller fått en delegering för utförande av medicinska arbetsuppgifter. All delegerad personal omfattas av anmälningsskyldigheten. Inom ramen för en medicinsk avvikelse inkluderas aktiviteter kring läkemedelshandling, brist i vårdkedjan<sup>12</sup>, fallskador, omvårdnad, infektioner och medicinsk tekniska produkter<sup>13</sup>.

I studerad förvaltning finns det lokala riktlinjer för den kommunala hälso- och sjukvården som fastställts av den medicinska ansvariga sjuksköterska<sup>14</sup> (MAS). Varje inkommen avvikelse riskbedöms och registreras. Månatligen sker en sammanställning som redovisas för nämnden. De avvikelser som berör brister i vårdkedjan delges berörd huvudman.

Förekomst av avvikelser är ett bevis på att det finns olika interna och externa brister i rutiner och/eller kommunikation som utsätter vårdtagare för risker. Avvikelsehanteringen skall användas som ett verktyg för kvalitetssäkring i vården dvs. säkerställa rutiner för att förebygga upprepning. Utifrån registreringen av avvikelser kan man utläsa att i många fall anges tidsbrist eller stress som huvudorsak för avvikelsen. Kan dessa faktorer vara ett symptom på att verkställandet saknar tillräckliga resurser? Avvikelsehanteringen är en viktig informationskälla för inhämtning av data för både orsaker till avvikelser och åtgärdernas verkan men även vilka delar av processen som behöver säkras.

---

<sup>11</sup> Avvikelser - Fel och/eller brister som uppstår i samband med utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser både internt i förvaltningen och externt mellan huvudmännen.

<sup>12</sup> Brist i vårdkedjan – Brister i rutiner/informationsöverföring mellan huvudmän i samband med överföring av vårdtagaren mellan huvudmännen ex. från sjukhus till kommunal boende.

<sup>13</sup> Medicinsk tekniska produkter – Tekniska hjälpmedel och utrustning som används i vården både av vårdtagare och omvårdnadspersonalen

<sup>14</sup> Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) – En sjuksköterska som anger riktlinjer och för en övergripande tillsyn över den kommunala hälso- och sjukvården.

Genom granskning av exempelvis tillfällen då hemtjänstpersonalen tagit kontakt med sjuksköterskan eller övrig legitimerad personal, kan man utläsa inom vilka områden omvårdnadspersonalen påvisar kritiskt tänkande och kompetens. Entusiasmen för att knyta avvikelshantering till resursåtgång är mycket varierande. Enligt gällande rutiner skall cheferna i förvaltningen kontinuerligt diskutera de anmälda avvikelserna med sin personal och på så sätt förhindra upprepning. Chefernas konstruktiva arbete med organisatoriska brister skall leda till att resurserna används effektivare och vården skall bli säkrare.

Under 2003 har det anmälts totalt 470 avvikelser som berörde endast läkemedelshantering. 355 av dessa avvikelser orsakades av omvårdnadspersonalen dvs. 75,5 %. Summan kan tyckas vara hög, men med hänsynstagande till det dagliga antalet läkemedelshanteringar i förvaltningen är antal rapporterade avvikelser låg. Ambitionen för antal avvikelser i samband med verkställande av hsj insatser skall vara noll, men den mänskliga faktorns betydelse med förekommande organisatoriska brister är svår att eliminera.

## **2.7 Sammanfattning av problemdiskussion**

Problemdiskussionen belyser de olika faktorerna som är av betydelse för förvaltningens möjligheter till uppföljning och analys av resursåtgång i samband med hemtjänstens verkställande av hsj insatser. Förvaltningens egen organisation, tillgång till kompetens, policy och avtal för förvaltningens tjänster samt brister i verksamhetsstyrningsverktyg kräver av ledningen en noggrann processkänedom om ekonomisk effektivitet skall kunna uppnås. Verkställandet av hsj insatser kompliceras ytterligare då utöver de lokala avtalen och riktlinjerna finns även strikt styrning och krav från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

I den studerade förvaltningen saknas överlag en kontinuerlig uppföljning av hsj insatsernas volym och tidsåtgång för dess verkställande. Hemtjänstens specifika budget styrs via antalet beviljade biståndstimmar och gruppernas övriga aktiviteter (möten, städning av grupplokalen, utbildning mm.) kompenseras med ett 10 % påslag i förhållande till gruppens budget. Inom ramen för påslaget skall även rymmas verkställande av hälso- och sjukvårdsinsatser. Då hsj insatsernas volym är föränderlig och inte kan styras av organisationen, får hemtjänstgrupperna klara eventuella volymökningar för de vanligast förekommande hsj insatser inom ramen för befintlig budget. Dessa förutsättningar kan leda till olika konsekvenser, där bland annat säkerheten kan påverkas.

<p>Då vårdtagarnas vårdtider på sjukhus förkortas successivt, förskjuts verkställande av både hsj insatser och omvårdnad till förvaltningen. Under senare år har områdeschefer för hemtjänsten påpekat att volymen av hsj insatser ökat dock inte verksamhetens ekonomiska förutsättningar för insatsernas verkställande. Trots påståendet har man inte tillämpat något central uppföljningsverktyg i syfte att bekräfta eller förkasta påståendet.</p>
---

### 3. SYFTE

Syftet med uppsatsen är att undersöka volymen och typ av hälso- och sjukvårdsinsatser som verkställs av hemtjänsten samt dess effekter på de befintliga personalresurserna.

Uppsatsens huvudsyfte ställer krav på svar för sex delfrågor:

- A. Vilken typ av hälso- och sjukvårdsinsatser som verkställs av hemtjänsten?
- B. Vad är volymen, den reala tidsåtgången och fördelning för dess utförande?
- C. Finns det några skillnader i verkställande av hsj insatser mellan det ordinära och service boendet?
- D. Är 10 % kompensation tillräcklig för verkställande av hsj insatser?
- E. Är hälso- och sjukvårdsinsatserna avgörande faktor för hemtjänstens resursunderskott?
- F. Har volymen och utförande av hsj insatser utanför beviljad biståndstid avgörande negativ effekt för personalresurser?

### 4. METOD

#### 4.1 Omfattning

Studien genomfördes i en kommunal omsorgsförvaltning och omfattade 14 av 35 utvalda hemtjänstgrupper som verkställer hälso- och sjukvårdsinsatser för vårdtagare både i det ordinära boendet och på service boende. De studerade hemtjänstgrupperna är placerade i förvaltningens 3 olika geografiska områden. 8 av hemtjänstgrupper hade vårdtagare både i det ordinära boendet och i serviceboende, 2 hade vårdtagare endast i det ordinära boendet och 2 grupper hade vårdtagare endast i serviceboende.

Hemtjänstgrupperna valdes ut genom en förfrågan som framställdes av Hemtjänstchefen i samband med ett möte med samtliga områdeschefer. De områdeschefer som anmälde sitt intresse för studien ansåg dels att berörda hemtjänstgrupper hade en möjlighet till att under vald studieperiod genomföra studien och dels på grund av att aktuella chefer ansåg att grupperna hade en hög belastning med hsj insatser. Studien planerades till perioden from.12/1 t.o.m. 25/1 2004. Övriga hemtjänstgrupper som inte deltog i studien medför en liten risk för felmarginall då uppsatsen och studien syftar till att undvika en genomsnittsbekräkning av insatsernas volym eller tidsåtgång utan istället sträva efter att påvisa vikten av en kontinuerlig uppföljning av verkställandet.

Sammanlagt har studien haft stöd av 6 områdeschefer som instruerat och bevakat genomförandet. Enligt delgivna tjänstgöringsscheman omfattade studien 155 personal. Studien begränsades huvudsakligen av de insatser som utförts dagtid, särskilt på de grupper som endast har vårdtagare i det ordinära boendet. De hemtjänstgrupper som endast hade vårdtagare i det ordinära boendet saknar egen kväll/natt personal och får hjälp med samtliga insatser från en kväll och natt patrull som tillhör en annan verksamhet i förvaltningen. Kväll och nattpatrullen ingår inte i studien, då dess verksamhet har en annorlunda organisation som inte påverkas av insatsernas volym på samma sätt som övrig hemtjänst. Hemtjänstgrupper som är stationerade på servicehus har egen kväll/natt personal och därmed berörs deras insatser av biståndstid.

## 4.2 Typ av metod och dess begränsning

Metoden är kvantitativ och studien utfördes prospektiv bland utvalda hemtjänstgrupper.

Registrerade resultat har jämförts med tillgängliga personalresurser dvs. gällande tjänstgörings scheman samt beviljad biståndstid under perioden för studiens genomförande.

Metoden medförde en viss risk för efterkonstruktion då personalen vid en pressad arbetssituation kunde glömma registreringen. Utifrån inkomna resultat har man dock kunnat konstatera att om en efterkonstruktion förekommit så hade den en ringa betydelse för den totala utfallet.

Uppsatsens datainsamling avgränsas till:

- Typ av hälso- och sjukvårdsinsatser som verkställs per vårdtagare och hemtjänstgrupp
- Vårdtagarnas ålder
- Beviljad biståndstid per vårdtagare och hemtjänstgrupp enligt biståndshandläggare för perioden
- Biståndstid enligt beräknade listor i Magna Cura vårdtagare och hemtjänstgrupp för perioden
- Förekommande befattningar i samband med utförande av hälso- och sjukvårds (hsj) insatser
- Förekomst av delegering för insatsen – ett krav för att kunna klassificera insatsen som hsj insats
- Datum och klockslag för hsj insatser
- Tidsåtgång för hsj insatser
- Utförande av hsj insats i samband eller utanför biståndsinsatser
- Gång-/körtid i samband med utförande av hsj insatser

Det är av vikt att påpeka att studien inte primärt tar hänsyn till gång-/körsträckor, men dessa är av betydelse för den totala tidsåtgången för utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser, särskilt för de hsj insatser som sker utöver SoL bistånd.

### 4.3 Sammanställning och presentation av resultat

Sammanställning av inkomna resultat utfördes på den lägsta detaljnivån dvs. för varje enskild insats per vårdtagare och tillfälle. Samtliga rubriker och angivna resultat kan därmed kombineras och jämföras. Studiens fortsättningsvis beskrivna resultat och analys sammanfattas i punkter nedan.

- Studiens allmänna omfattning – Beskrivning av studiens genomförande, antal deltagande hemtjänstgrupper och ett totalt antal registrerade hsj insatser i förhållande till antal vårdtagare dvs. beviljad biståndstid. Förtydliganden för verksamhetssystemets (Magna Cura) beräkning och presentation av nyckeltal. Insatsernas tidsåtgång i förhållande till det 10 % påslag som erhålls av hemtjänstgrupperna.
- Personal – Beskrivning av befintliga personalresurser för perioden, dess organisation, arbetssätt och personaltäthet. Vilka befattningar som utförde hsj insatser. De registrerade hsj insatsernas betydelse för överskott eller underskott för personalresurser. Gång-/körtidens utfall för studien. Utfall för utförda hsj insatser utanför biståndstid samt en total bild av tillgängliga personalresurser med verkställande av både bistånd och hsj insatser.
- Delegeringsansvar – Organisatorisk tillhörighet för delegerande sjuksköterskor. Beskrivning av överenskommelse som gäller för delegering av en primärvårdens sjuksköterska. Utfall av tidsåtgång för hsj insatser i förhållande till huvudmannaskap för sjuksköterskor. Förekomst av uteblivna delegeringar och dess effekter.
- Typ av insatser och dess tidsåtgång - Redovisning av de registrerade hsj insatserna samt dess total, medel och lägsta tidsåtgång. Tidsåtgång för hsj insatser som utförts i samband och utanför biståndsinsatser. Kommentar kring effekter för utförande av insatser som både kan klassificeras som egenvård och som en hsj insats.
- Antal hsj insatser över veckodagar för perioden – Beskrivning av volymen och typ för de registrerade hsj insatserna både totalt och per hemtjänstgrupp. Kommentarer kring variationens betydelse för hemtjänstens resursplanering och den externa påverkan.
- Antal hsj insatser över klockslag för perioden – Beskrivning av den totala utfallet för hsj insatser per redovisade klockslag. Kommentar kring styrning av tid för utförande av hsj insatser. Konstaterade skillnader i antalet hsj insatser per klockslag mellan ordinärt och serviceboende. Förekomst av skillnader i antalet hsj insatser per klockslag totalt och per hemtjänstgrupp.
- Hsj insatser i förhållande till vårdtagarnas ålder – Hsj insatsernas antal och tidsåtgång per åldersgrupp för deltagande vårdtagare. Analys av hsj insatsernas typ i förhållande till vårdtagarnas ålder.
- Hsj insatser i de aktuella boendeformerna – Antal vårdtagare och hsj insatser per ordinärt och service boende. Vårdtagarnas åldersfördelning mellan boendeformer. Utfall av de mest frekventa hsj insatser per boendeform. Oftast förekommande klockslag för hsj insatser och boendeform. Skillnader i tillgång till olika kompetenser för utförande av hsj insatser mellan det ordinära och serviceboende. Antal kommun respektive primärvårdens sjuksköterskor för studiens vårdtagare per boendeform.

## 5. TEORETISK REFERENSRAM

Dagens kommuner och dess organisationsmodeller innehåller egenskaper som finns beskrivna i flera olika organisationsteorier. Den politiska styrningen och omvärldens krav på kommuner styr dess agerande och omvärldsuppfattning. Den organisatoriska strukturen och dess sätt att avspegla samt bemöta förväntningar och efterfrågan beskrivs närmast i den institutionella teorin.

Samtida påverkan av den öppna marknaden och omvärldsutvecklingen kräver allt oftare av kommuner att tillämpa marknadens styrmetoder och verktyg. Dessa styrmetoder beskrivs bl.a. i principal – agentteorin.

Institutionellteori ingår i den strukturalistiska skolan som beskriver organisationer som helheter öppna mot omvärlden eftersom organisationer till stor del påverkas av det omgivande samhället. Bland företrädare för den strukturalistiska teorin kan nämnas Amatai Etzion, Philip Selznik och R. Likert. Institutionell teori utgår från ett perspektiv där verkligheten ses som socialt konstruerad. Organisationen samverkar med sin omgivning i allmänhet och med sitt organisationsfält så att organisationens handlingar mer framstår som effekter av vad som är modernt och av de normer som finns i organisationens omgivning än som effekter av ledningens rationella val.

Agent teorin utgår från huvudmannens perspektiv och diskuterar vilka styrmedel som huvudmannen måste begagna för att begränsa agentens beteende i syfte att främja egennyttan, samt hur huvudmannen kan använda ekonomiska incitament som medel att uppnå sina mål.

Tyngdpunkten ligger på styrning och kontroll på samma sätt som finns i de klassiska administrations- och byråkratiteorierna. Agentteori har en central ställning inom så kallad ekonomisk organisationsteori och hör till de nyaste bidragen till organisationsteorin.

Teorin har beskrivits av bland annat Coase, Arrow och Williamsson (Thorsvik,1995).

Principal - Agentteorin förutsätter teoretiskt att båda aktörer har privata mål, att det kan råda målkonflikt mellan parterna och att båda handlar utifrån egenintresse. Förhållandet kan därmed präglas av oenighet och beroende som exempelvis mellan dagens landsting och kommuner. Principal – Agent förhållandet kan tillämpas både internt och externt i alla de sammanhang där individen eller organisationen har makt att påverka utgången för en viss situation. Agentteorin används i situationer där huvudmannen (principal) ex. offentlig organisation eller dess ledning överlåter arbetsuppgifter till annan part (agent) som utför arbetet dvs. anställda eller en avtalspartner.

Tillämpning av både institutionell och principal – agent teorins egenskaper kan leda till så kallad kvasimarknad. Aktörer på den internationella hälso- och sjukvårdsmarknaden brukar tillhöra tre grupper: finansiärer, producenter och konsumenter. I Sveriges hälso- och sjukvård kan finansiären och producenten vara en och samma person. För att uppnå större effektivitet och valfrihet för konsumenten är det av viktigt att tillåta fler leverantörer som via exempelvis kvasimarknadens struktur på olika sätt kan komplettera det totala utbudet av tjänster. Kvasimarknaden tillämpas huvudsakligen av den offentliga sektorn. Den åtskiljer och reglerar tydligt relationer mellan köparen och leverantören när det gäller priser, urval och förväntad kvalitet av köpta tjänster. Prissättningen och båda aktörernas maktförhållande till varandra påverkas av geografiska, marknads och konkurrensförhållanden.

Le Grand (1993) beskriver kvasimarknadens verkningsmekanism samt krav på förutsättningar för kvasimarknadens framgång. En viktig synpunkt som Le Grand beskriver är att övervakning och utvärdering av kvasimarknadens resultat är mycket svår och ökar den slutliga kostnaden för avtalen. Regleringen av avtalen kan ge viss trygghet men kan även innebära problem exempelvis i de fallen då efterfrågan för tjänsten ändras i förhållande till satt pris. Avtalen kan även leda till större valmöjlighet för konsumenterna men samtidigt även ge begränsningar eller till och med utesluta möjligheten till att kunna nyttja andra leverantörer och/eller tjänster.

Det komplexa förhållandet i institutionell teorin och samtida tillämpning av principal – agent egenskaper i närvaro av kvasimarknad, komplicerar kommunens möjlighet till att skapa en effektiv organisation.

Philip Selznik (1957) hävdade att det viktigaste för alla organisationer är att säkerställa sin fortsatta verksamhet. Säkerställande av fortsatt verksamhet likställs med marknadsmässig överlevnad. För att uppnå detta, är teknisk effektivitet i produktion av varor och tjänster otillräcklig. Selznik menar att organisationen måste anpassa sig till omvärldens krav både när det gäller de tekniska kraven dvs. effektiv produktion men även till gällande normer, traditioner och värderingar för det samhälle som organisationen är en del av. Organisationer måste; för att överleva; uppfattas som legitima och effektiva av centrala aktörer i omvärlden. Med legitimitet följer ofta stöd, både ekonomiskt, verbalt och på andra sätt.

En av de mest betydande aktörerna för den offentliga sektorn är politikerna. Politikerna fattar beslut och påverkas av de samhällsnormer som gäller och på så sätt förlängs dess mandat och makt. Politikerna vill med sina beslut ”avspegla” omvärlden och därmed befästa uppfattningar om vad som anses vara rätt, legitimt och effektivt. Politikernas inflytande ställer i sin tur krav på avspeglning hos de organisationerna som berör aktuell marknad.

Om organisationen inte avspeglar omvärldens normer kan den inte upprätthålla sin legitimitet och riskerar att förlora all stöd hos centrala aktörer och blir därmed dömt till att gå under (Brorström, 1999). De aktörer som tillhör marknaden har en viss uppfattning om hur vissa varor/tjänster skall produceras och av vem. Den institutionella teorin beskriver vikten av hänsynstagande till de ”riktiga sätt” som omvärlden uppfattar att tjänsten skall utföras på. Omvärldens krav på organisationens legitimitet och effektivitet leder till en paradox som är omöjlig att uppnå samtidigt. Konsumenternas krav på både tjänsternas tillgänglighet och stabila kvalitet, mynnar sällan ut i samtida viljan att betala mer för att upprätthålla det. Den skattefinansierade offentliga sektorn är extra sårbar för att kunna upprätthålla det som förväntas. Paradoxen leder till utveckling av formell och informell organisation.

Den formella organisationen är organisationens ansikte utåt i syftet att behålla omvärldens tilltro till den organisatoriska legitimiteten, medan den informella organisationen strävar efter att upprätthålla teknisk och ekonomisk effektivitet. Överenskommelse mellan den formella och informella organisationen är viktig, då medborgarna vill ha möjlighet till insyn när det gäller beslut och organisationens utveckling. Vid hård marknadsmässig konkurrens är offentliga organisationer mycket sårbara, då i de flesta fall saknar dessa möjligheter till en snabb omställning av produktionen pga. styrande lagar, organisationens storlek, specialisering eller bromsas av långsamt beslutstagande hos huvudmän och olika aktörer.



Tillämpning av principal – agentteorins egenskaper medför även problem. I ”Principal – agent problems in health care systems: an international perspective” beskriver P. Smith (1997) huvudsakliga orsaker till problem mellan hälso- och sjukvårdssystem och den öppna marknaden vid tillämpning av principal – agent modellen. Mer specifikt argumenterar han att finansiering och kontroll av hälso- och sjukvården påverkas starkt av sex angivna problembeskrivningar: tillgänglighet, komplexitet och osäkerhet, informationsproblematik, misslyckande av marknads-mekanismer på grund av ex. de professionellas inflytande, teknisk utveckling och ändring av efterfrågan. Med anledning av angivna problemmekanismer utsätts både principal och agent för moral hazard dvs. risktagande och besvärliga överväganden i flera avseenden.

Ekonomiska effekter kan påverkas via styrning av agentens beteende gentemot konsumenten. Om avtalet mellan principal och agent inte reglerar förhållningssättet gentemot konsumenten finns det risk att agenten missbrukar sin makt och exempelvis sänker kvalitén för att istället kunna utföra tjänsten för fler konsumenter och på så sätt öka sina intäkter. Agentens exempelvis läkarens maktposition är mycket stark både gentemot principal och konsumenten, då agentens specialistkunskap är svår att ifrågasätta. Den viktigaste faktorn i framgången för principal - agent relationen är dock att båda parter utlämnar uppriktig information.

Missvisande/bristfällig information påverkar starkt aktörernas uppfattningar om förväntade möjligheter och därmed leder det till felaktig ekonomisk analys. Kvasimarknadens huvudsakliga funktion är att inkludera intäkter från konsumenten och öka kontrollen över agenternas agerande i syfte att kontrollera egna kostnader. Ökade kostnader på grund av överkonsumtion av avspeglar agentens möjligheter till att utnyttja avtalets svagheter. I principal – agent modellen är ledstjärnan både att tillgodose och kontrollera efterfrågan men inte minst att skapa den.

Ett exempel på blandning av både institutionell teori, principal – agent teorin och kvasimarknad är ”Beställar – Utförarmodellen” som används bland annat i Västra Götalandsregionen. Modellen består både av en beställar – utförarfunktion, men inkluderar även statliga anslag. Modellen inkluderar en kvasimarknadsstruktur då regionen fattar avtal med externa utförare. Enligt Falkman & Siverbo analys som beskrivs i rapporten ”Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götalandsregionen” finns det flera olika begränsningar som gör att modellen inte utfallit som tänkt. Brist på konkurrens pga. fåtal externa utförare, konkurrens med befintliga verksamheter som har statliga anslag ger dessa stora övertag gentemot externa utförare, svårt intresse för att skapa intern konkurrens, förbestämda priser för tjänster och därmed avsaknad av priskonkurrens, tak för prestationer och därmed större fokusering på intäkter istället för kostnader och regional effektivitet är några av de effekterna som beställar – utförarmodellen medfört.

De berörda aktörernas kunskap om egenskaperna i de ovan beskrivna teorierna, kan leda till större makt över processer, styrning av kvalitetssäkring och effektivare tillvaratagande av egna resurser. Dagens strikta uppdelning av ansvaret för delgivning av information och beredning av ärenden mellan politiker och höga tjänstemän leder till sårbarhet för de som har principalrollen. Politiker som principal, saknar ofta detaljkännedom inom flera områden och förlitar sig helt till tjänstemännens beredning och yrkesutövning. Då presenterat underlag för politikernas beslut förbereds av tjänstemän som har större detaljkännedom inom området, finns det en risk att förslag som presenteras kan ha en vinkling för tjänstemanna mest önskvärda utgång.

Politiskt framtagna beslut kan presenteras på en mycket övergripande nivå. Ju mindre detaljstyrning finns i tagna beslut, desto större möjlighet skapas till att kunna tolka verkställande. Då kraven på kostnadseffektivitet leder till ständig organisatorisk förändring och därmed omhändertagande av flera olika processer samtidigt är det svårt att förutse vilka brister och konsekvenser som principals beslut kan medföra. Via olika kvalitetsstyrningssystem försöker principal skapa sig en uppfattning om det som inte fungerar enligt förväntan. Beslutens effekter, positiva som negativa kräver tid för att kartläggas och utvärderas. Under tiden kan verksamheten få merkostnader som är svåra att vinna åter.

Höga tjänstemän och chefer på olika organisatoriska nivåer har funktion som agent i förhållande till politiker. Deras sätt att tolka fattade beslut är avgörande för den enskilda kunden exempelvis vårdtagaren. Chefernas tolkning av vad tillgänglig personal skall utföra, hur och i vilken omfattning skall författningen, lokala riktlinjer och avtal tolkas är avgörande för den slutliga kvalitén. I de verksamheter där man utför individanpassade tjänster är det svårt för principal att kunna ifrågasätta specialisternas eller chefernas tolkning av behovet. Uppmuntran för tolkningar kan medföra problem med bland annat att kunna identifiera huvudorsaken till stigande kostnader. Typ av verksamhetsstyrning och avtalen är avgörande om det skapas utrymme för agenten att använda systemets/avtalets svagheter för att påvisa bättre resultat eller skapa större ekonomisk vinst. Exempel på detta är agenternas sätt att vinna en upphandling via låg timkostnad och öka de egna intäkterna via större antal behandlingar som till största delen betalas av försäkringar.

Ledning av verksamheter som finansieras via skatter handlar även om kultur (Thorsvik.1998). Inom den kommunala verksamheten styrs kulturen antingen via lagen eller olika policyn. Personalpolitiska policyn är ett exempel på principals beteendestyrning och förväntan på agenternas prestation och lojalitet. Dessa förtydliganden av förhållnings sätt mellan principal och agenten utesluter inte intressekonflikter. Agentens upplevelse av vardagen och principalens sätt att själv följa policyn är avgörande för definition av agentens lojalitet. Marknadens och den interna konkurrensen tvingar agenten att definierar sin lojalitet. Det finns ingen garanti att agentens arbete och lojalitet riktas först och främst till organisationen, de egna målen kan faktiskt vara de som prioriteras främst. Officiella policyn ger alltså inga garantier att den interna organisationen följer det som bestämts. Den berörde kan krävas på acceptans av de internt gällande villkor oavsett vad policyn säger.

Agentens upplevelse av de uppdrag som skall verkställas samt närvaro av empati kan medföra att agenten utsätts för en lojalitetskonflikt. För hemtjänstens del kan det handla om större lojalitet mot vårdtagarna än arbetsgivaren. Anledningen till lojalitetskonflikten är empatin som ställer tydliga gränser för vad en vårdtagare bör ha rätt till eller är i behov av, utan att behöva diskutera kostnader. Upplevelse av ”orättvisa i samhället” kan vara en faktor som i vissa fall kan ha starkare styrning av agenternas beteende än ekonomisk vinst.

Dagens media ger oss exempel på agenter med högt förtroende och positioner som brister i sin lojalitet och åtaganden mot den egna organisationen. Verktygen för uppföljning och kontroll av organisationer verkar vara det som bör alltid finnas men oftast saknas. Principal i dessa organisationer verkar missa fakta, att satsningar kring verktyg för uppföljning och kontroll handlar både om att ha kontroll över agenter och upprätthålla den egna legitimiteten som tillsammans bevarar omvärldens tilltro till organisationen.

## 6. RESULTAT

### 6.1 Allmänt

I början av 2004 genomfördes det en tidsstudie bland 14 av 35 hemtjänstgrupper som utför både tjänster enligt Socialtjänstlagen men även hsj insatser som styrs av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Utvalda hemtjänstgrupper har under en anvisad period registrerat förekommande hsj insatser på en speciellt framtagen blankett. Registrering skulle ske per insats hos varje berörd vårdtagare. Vikten för studien lades på typ av hsj insatser, tidsåtgång för hsj insatserna, om hsj insatsen delegerats av kommunens eller primärvårdens sjuksköterska samt om dessa utförts i samband med utförande av biståndsbeslut eller inte.

Strax innan studiens start fick 4 av hemtjänstgrupperna ett organisatoriskt förhinder, som medförde att dessa grupper var tvungna att genomföra studien vid senare tillfälle dock under en lika lång tidsperiod. 10 av hemtjänstgrupperna genomförde studien under den planerade tidsperioden 12/1 – 25/1 medan 4 hemtjänstgrupperna genomförde studien under perioden 16/2 – 29/2. Trots två olika perioder har man kunnat konstatera stora likheter i redovisningen och därför redovisas resultaten totalt.

Tabell 6.1.1 presenterar resultat per hemtjänstgrupp av tillgängliga personalresurser, beviljade biståndstimmar, antal vårdtagare med bistånd och med hsj insatser samt antal registrerade hsj insatser under aktuell period. Båda perioder redovisade totalt 3 784 hsj insatser. Kvälls- och nattpersonal som utförde hsj insatser i det ordinära boendet ingick inte i studien. Anledningen till detta är att kväll och natt personalens organisation skiljer sig från hemtjänsten på dagen. Deras personalstyrka är fast och påverkas inte av förändring av biståndstimmar. Samtliga registrerade hsj insatser jämförs med tillgängliga personalresurser dvs. gällande tjänstgöringsscheman, beviljade biståndstimmar för aktuell månad och period som inkluderade även beviljad restid<sup>15</sup> och ej debiterad tid<sup>16</sup>.

Totalt hade hemtjänstgrupperna under perioden 657 vårdtagare med ett biståndsbeslut varav 127 vårdtagare även hade hsj insatser dvs. 19,33 %. Summa beviljad biståndstid enligt biståndshandläggarna för vårdtagare med hsj insatser var 5 168,75 timmar. Omfattningen av biståndstid per vårdtagare sträckte sig från 0 till 79,5 timmar per två veckors period. Frånvaro av biståndstid förklaras med att vårdtagarna antingen saknade biståndsbeslut eller att vårdtagaren hade en sjuksköterska från primärvården som via delegering och samråd med berörda områdeschefer fått hjälp med att verkställa hsj insatser.

I verksamhetssystemet Magna Cura inhämtas både den reala tiden som beviljats av biståndshandläggaren per två veckors period och enskild vårdtagare samt en genomsnittstid som beräknas av systemet med anledning av avgiftshanteringen. Anledningen till intresset av jämförelse mellan biståndshandläggarens beslut samt det beräknade genomsnittstid är hemtjänstgruppernas grundläggande förutsättningar för verkställande. I och med att hemtjänstgruppernas övriga aktiviteter utöver bistånd skall rymmas inom ramen för ett 10 % påslag i förhållande till dess budget är det av vikt att undersöka vilka förutsättningar skapas för utförande av hsj insatser.

<sup>15</sup> Restid – vissa vårdtagare får utifrån särskild behov beviljad restid för personalen som ingår i biståndstiden.

<sup>16</sup> Ej debiterad tid – tidsåtgång för insatser som är kostnadsfria för vårdtagaren exempelvis uppvärmning av måltid, rehabiliteringsinsatser från arbetsterapeut och sjukgymnast som skall verkställas av hemtjänstpersonalen.

Vid jämförelser av resultat tas hänsyn till både den reala tid som beviljats av biståndshandläggaren och den genomsnittstid som beräknas av systemet. I samband med sammanställning av tillgängliga nyckeltal för biståndstid har det upptäckts en negativ diskrepans för den genomsnittstid som systemet beräknar. Med negativ diskrepans menas att systemet förhöjer den faktiska beviljade tiden för två veckors period än vad det faktiska beviljade tiden är. I tabellen 6.1.1 kan man utläsa att fyra hemtjänstgrupper har lägre antal timmar för personalresurser än den genomsnittstid för biståndstimmars som presenteras av systemet.

**Tabell 6.1.1. Tillgängliga personalresurser, antal vårdtagare, summa verkställda hsj insatser per hemtjänstgrupp samt genomsnittstid per vårdtagare i timmar under studieperioden.**

Hemtjänstgrupp	Total antal beviljade biståndstimmars enl. Magna Cura	Total antal beviljade biståndstimmars enl. Biståndshandläggaren	Summa personalresurser	Total antal personal under perioden	Antal vårdtagare med bistånd	Därav antal vårdtagare med Hsj insatser	Total antal hsj insatser under perioden	Genomsnittstid per vårdtagare i timmar
Grupp 1	615,17	610,08	602,00	11	57	12	353,00	4,07
Grupp 2	703,94	698,28	783,50	15	29	16	723,00	3,28
Grupp 3	713,75	703,33	788,00	16	39	10	340,00	5,20
Grupp 4	654,85	627,77	948,50	16	110	9	174,00	4,46
Grupp 5	371,55	352,50	352,00	6	40	8	202,00	4,30
Grupp 6	694,28	684,53	702,25	12	19	9	287,00	2,62
Grupp 7	507,39	505,50	578,50	12	23	12	341,00	3,54
Grupp 8	447,44	448,50	479,50	8	15	10	176,00	2,75
Grupp 9	419,08	405,31	432,00	6	106	3	138,00	1,76
Grupp 10	449,29	443,65	567,50	10	19	6	719,00	3,43
Grupp 11	717,43	706,82	540,75	9	44	7	227,00	4,93
Grupp 12	490,99	484,12	538,00	9	51	7	241,00	3,97
Grupp 13	416,68	414,83	509,50	9	29	7	223,00	7,18
Grupp 14	968,73	804,95	901,75	16	76	11	308,00	4,29

Det är av vikt att påpeka att förvaltningen saknar verktyg för att följa upp biståndsbesluten både när det gäller verkställande datum och den verkställda tiden hos den enskilda vårdtagaren. Detta innebär i praktiken att startdatum för verkställande av bistånd kan vara senare än vad beslutet avser, samt att antal verkställda timmar per dag hos den enskilde kan både vara högre eller lägre än vad som beslutats.

Verksamhetssystemet beräknar alla månader med 30 dagar, medan biståndsbeslut oftast registreras i systemet för två veckors period. Informationen om antalet beviljade timmar som inhämtats via Magna Cura's listor presenterar ett genomsnitt av beviljade timmar per månad och/eller valfri period med utgångspunkt från det antalet timmar per två veckor som registrerats av biståndshandläggaren. Vårdtagarna debiteras biståndskostnad per månad, men vissa månader sträcker sig över en längre period än fyra kalenderveckor. Med anledning av detta har man i förvaltningen tillsammans med systemets leverantör kommit fram till att en genomsnittskvot för beräkning av en månadskostnad krävs.

Genomsnitt för beviljade hemtjänststimmar per månad beräknas genom att beviljade hemtjänststimmar per två veckor multipliceras med kvot 4,35<sup>17</sup> och divideras sedan med 2 för att kunna få en uppfattning om en total tidsåtgång per månad och därmed rätt avgiftsnivå.

## 6.2 Personal

Varje hemtjänstgrupp leds av en Områdeschef som via verksamhetssystemets listor och skriftliga uppdrag från biståndshandläggaren får underlag för behov av bemanning. Grupperna som deltagit i studien är underställda 6 Områdeschefer.

Idag saknas det ett verktyg för uppföljning av volym och typ av hsj insatser. Effekten av plötslig ökning av vårdtyngd<sup>18</sup> eller hsj insatser hanteras i första hand via omprioriteringar, men även fyllnads tid<sup>19</sup> och övertid kan förekomma. Förvaltningen finansierar övriga personalaktiviteter som sker utanför den beviljade biståndstid med ett 10 % tids – tillägg i förhållande till gruppens budget. Inom ramen för tillägget skall utöver möten, utbildningar, städ av grupplokalen mm, även finnas tid för verkställande av hsj insatser. Varje hemtjänstgrupp som redovisas i tabell 6.2.1 presenterar bl.a. tillgänglig personal tid som även inkluderar det 10 % tillägget.

Kompetensen bland hemtjänstpersonal är mycket varierande, de personer som genomgått någon typ av omsorgsutbildning brukar kallas för Vårdbiträde (Vb) eller Undersköterska (Usk).

Senaste åren har även anställts personer som saknar formell omsorgsutbildning och därmed klassificeras som utbildade (Outb.). Samtliga av personalen har dock möjlighet till kontinuerlig kompetensutveckling via både interna och externa utbildningar. Enligt redovisning av hsj insatser har 52,53 % av insatserna utförts av vårdbiträden, 41,25 % utfördes av undersköterskor och 6,22 % utfördes av utbildad personal.

Hemtjänstens tjänstgöring sträcker sig mellan klockan 7 på morgonen till 21.30 på kvällen måndag till fredag. Helgtjänstgöring ser olika ut för olika grupper, från fler personer med kortare tjänstgöringspass till färre personer dock med längre tjänstgöringstid exempelvis från klockan 8.00 till 21.30 under en och samma dag. Vårdtagare som bor på servicehusen har tillgång till egen nattpersonal medan vårdtagare i det ordinära boendet kan få tillsyn av närliggande servicehusets personal eller speciell kväll och nattpatrull som arbetar övergripande i förvaltningen.

Både vardag och helgtjänstgöringsbehov styrs via ett tjänstgöringsschema som kan sträcka sig på olika antal veckor för olika hemtjänstgrupper i förvaltningen. Den dagliga planeringen görs av utsedd personal som utgår ifrån de insatser som skall verkställas och fördelar verkställandet på tillgänglig personal. Om hemtjänstgrupperna skulle betraktas som en enda stor personalgrupp, skulle gruppen under vardagar ha en personaltäthet från 49 lägsta till 147 max täthet med ett genomsnitt på 77 personal för att verkställa insatser för 657 vårdtagare.

Den vanligast förekommande personaltätheten per dag var 104 personer totalt för grupperna, detta ger en genomsnitt på 6,31 personal per vårdtagare

<sup>17</sup> 4,35 – Kvot som används av förvaltningen för att omvandla beviljade biståndstimmar från två veckors period till ett genomsnitt per månad som ger ett underlag för månadsfakturan för hemtjänstinsatser.

<sup>18</sup> Vårdtyngd – förhållande mellan tillgänglig personal och krav på verkställande.

<sup>19</sup> Fyllnads tid – om arbetstagaren arbetar mindre än 100 % dvs. heltid, vid överskridande av sin egen tjänstgöringsgrad upp till 100 % utfaller ett tillägg per timme.

För de enskilda hemtjänstgrupperna innebar bemanningen högst 16 personer per dag med ett minimum på 4 och genomsnitts bemanning på 8 personer. Helgtjänstgöringen omfattade oftast lägre bemanning än vardagarna med max 7 personer och som minst 2 dock med genomsnitt med 4 personal.

Utifrån de direktiv som finns i förvaltningen skall personalresurserna avspegla den biståndstid som beviljats. Enligt resultat påvisas att det förekommer en diskrepans mellan den beviljade biståndstid som anges av biståndshandläggaren och den tid som systemet beräknar.

Systemets genomsnittsberäkning är huvudsakligen framtagen för avgiftsberäkning, dock samma beräkning används även för redovisning av beviljade timmar per hemtjänstgrupp. Effekten blir en förhöjning av antalet beviljade timmar per två veckors period som i sin tur leder till ett onödigt överskott av personalresurser. Av redovisade 3 784 hsj insatser under perioden, utfördes 276 dvs. 7,26 % utanför beviljad biståndstid. Dessa insatser krävde både reala personalresurser men även ytterligare gång- och körtid från grupplokalen till vårdtagaren.

**Tabell 6.2.1. Redovisning och jämförelse av varje hemtjänstgruppens resultat för verkställd utifrån tillgängliga personalresurser, beviljad biståndstid, tidsåtgång för hsj insatser och slutlig utfall för studieperioden**

Hemtjänstgrupp	Total antal personalresurser i timmar	Total antal beviljade biståndstimmars enl. Magna Cura	Diskrepans mellan beviljade biståndstimmars av biståndshandläggaren och systemet	Hemtjänstgruppernas 10 % påslag i timmar i förhållande till personalresurser	Total antal timmar för utförda hsj insatser under perioden exkl. gång/körtid	Därav total summa tid för Hsj insatser verkställda <b>utanför biståndstid</b> under perioden	Total Överskott/underskott av personalresurser
Grupp 1	602,00	615,17	5,09	60,20	25,78	0,10	-24,89
Grupp 2	783,50	703,94	5,66	78,35	33,97	2,12	-33,45
Grupp 3	788,00	713,75	10,42	78,80	25,83	2,45	-25,53
Grupp 4	957,50	654,85	27,08	94,85	14,87	4,25	-15,50
Grupp 5	352,00	371,55	19,05	35,20	15,92	1,08	-15,30
Grupp 6	702,25	694,28	9,75	70,22	13,20	0,52	-12,29
Grupp 7	578,50	507,39	1,89	57,85	22,60	13,82	-25,99
Grupp 8	479,50	447,44	-1,06	47,95	17,52	0,00	-16,45
Grupp 9	432,00	419,08	13,77	43,20	2,97	3,63	-3,07
Grupp 10	567,50	449,29	5,64	56,75	8,57	10,03	-13,60
Grupp 11	549,75	717,43	10,61	54,07	24,62	0,00	-23,86
Grupp 12	538,00	490,99	6,87	53,80	12,20	0,00	-11,10
Grupp 13	509,50	416,68	1,85	50,95	39,47	16,10	-40,11
Grupp 14	901,75	968,73	163,78	90,17	9,68	0,00	-8,75

Enligt studiens redovisade resultat (tabell 6.2.1) och sammanställningen av gällande tjänstgörings-scheman samt beviljad biståndstid har man kunnat konstatera att ingen av dessa hemtjänstgrupper ligger i balans när det gäller personalresurser och biståndstid. Studien förväntades bekräfta resursunderskott med anledning av verksamhetens påpekanden om hsj insatsernas höga belastning.

I undersökningen påvisar resultaten att hsj insatserna inte var den avgörande faktorn för resursunderskott. Slutligen kunde dock konstateras att varje hemtjänstgrupp hade ett underskott för det totala verkställandet på mellan -3,07 och -40,11 timmar för perioden. 6 av hemtjänstgrupperna hade ett underskott på över 20 timmar för perioden. Beräkning av underskottet togs fram genom avdrag av beviljad biståndstid och tid för verkställande av hsj insatser från personalresurser.

Då förvaltningens 10 % påslag för hsj insatser verkar vara tillräcklig, vad orsakas underskottet av? Utfallet för det totala underskottet verkar styras av den ursprungliga obalansen mellan beviljad tid och bemanning. Det 10 % påslaget verkar vara tillräcklig för verkställande av kommunala hsj insatser men är det tillräckligt för de övriga aktiviteterna? Verkställande av hsj insatser för primärvårdens räkning verkar hamna i en grå zon. 3 av hemtjänstgrupper verkställde hsj insatser utanför biståndstid på över 10 timmar, medan 4 av grupper inte hade några alls.

Vad händer med den tillgängliga tiden om inga aktiviteter planeras eller finns? Det vore kanske lämpligare att hemtjänsten ansöker om extra tid centralt om det behövs istället för att skapa en onödigt marginal och därmed ojämn arbetsbelastning. Under perioden hade 6 hemtjänstgrupper högre tidsåtgång för gång- och körtid än för själva utförande av hsj insatser. Gång-/körtid för hsj insatserna sträckte sig från 1 till 30 minuter. 30 minuter redovisades i samband med läkarbesök. Medeltid för förflyttning med anledning av insatser utföll på 4 minuter.

Problem med att hitta balans mellan verkställande av bistånd och hsj insatser är svår då biståndsinsatser betalar vårdtagaren för medan hsj insatser skall vara avgiftsfria.

Schablon bestämda tider för de olika biståndsinsatserna saknas i förvaltningen. Man är inte heller överens om beräkningen av gång- och körtid som skall tillfalla hemtjänstgruppen samt tidsåtgång för utförande av hsj insatser är osäker då den påverkas av vårdtagarens tillstånd. Det är av vikt att observera den diskrepans som skapas via ett genomsnittsbereknig av beviljad biståndstid som framtoqs med anledning av avgiftshantering men används samtidigt även till annat.

Den totala diskrepansen mellan systemets redovisning och biståndshandläggarnas beviljade timmar för samtliga grupper handlar om 280,4 timmar mer på en två veckors period än vad som beviljats enligt biståndshandläggaren. Per hemtjänstgrupp hamnar diskrepansen från -1,06 till 163,78 timmar med ett medel på med 20 timmar per grupp för perioden.

### 6.3 Delegeringsansvar

Hemtjänstpersonalen får utföra hälso- och sjukvårdsinsatser endast om en delegering upprättas av den patientansvariga sjuksköterskan. Dagens omsorgspersonal får ofta samarbeta med olika sjuksköterskor som till och med tillhör olika huvudmän. För hemtjänstgrupperna som deltagit i studien gäller delegering både från kommunens (K) men även från primärvårdens (P) sjuksköterskor (tabell 6.3.1). Resultaten redovisar att 20 av hsj insatser som utförts saknade delegering. De insatser som redovisats är läkarbesök, hämtning av läkemedel på apoteket och hjälp med stödstrumpa<sup>20</sup>. Samtliga insatser som saknade delegering saknade även biståndstid för utförande av dessa.

---

<sup>20</sup> Stödstrumpor – specialtillverkade strumpor, finns i knä- och lår längd, säljs på apoteket. En av sorterna kräver speciell teknik för att ta på, kan vara tidskrävande, skall tas på före uppstigning från sängen. Strumporna används oftast för att underlätta återflöde av det syrefattiga blodet från benen till hjärtat och på så sätt minska bensvullnaden.

Utförande av hsj insatser utan delegering kan ställa verksamheten i en besvärlig situation. Situationen påverkar dels rättsäkerhet men även möjlighet till att argumentera behov av större personalresurser. Om fel eller skador uppstår hos vårdtagaren i samband med utförande av en hsj insats, kan personalen inte behandlas som hälso- och sjukvårdspersonal då delegering saknas. Detta kan i praktiken innebära att ett klagomål kan framföras men inga påföljder enligt Hälso- och sjukvårdslagen kan göras.

Vid förfrågan varför insats med stödstrumpan saknade delegering, förklarades, att sjuksköterskan ger oftast *mundlig* delegering för den typen av insatser. Enligt SOSFS 1997:14 får muntlig delegering ske *endast per individ* vid enstaka tillfällen och skall snarast ersättas med en skriftlig delegering om insatsen skall utföras vid fler tillfällen. Här har den delegerade sjuksköterskan felat i flera avseenden. Hon har givit en muntlig delegering till en hel personalgrupp för en insats som sträcker sig över lång period. Totalt har redovisats 16 insatser från en primärvårdens sjuksköterska och 4 insatser från kommunens sjuksköterska med samtida frånvaro av en delegering.

Enligt en överenskommelse med primärvården skall primärvårdssjuksköterskan ta kontakt med berörd områdeschef först, innan hans/hennes hemtjänstpersonal får delegeras. Om hemtjänsten redan utför biståndsinsatser hos vårdtagaren som berörs, brukar personalen även utföra hsj insatsen, utan att någon ekonomisk transaktion sker mellan kommunen och primärvården. Det är områdeschefen som avgör om hemtjänstgruppen kan åta sig utförande av hsj insatser för primärvården. Avgörande faktor för verkställande av hsj insatser för vårdtagare utan bistånd är om personalen befinner sig i närheten av en aktuell vårdtagare vid anvisad tid eller inte.

Åtagande av utförande av insatser för primärvården är inte permanent.

Ökningen av arbetsbelastningen för kommunala vårdtagare eller ökning av hsj insatsens tidsanspråk kan medföra att insatsen lämnas åter till primärvården. Av de 127 vårdtagare som deltagit i studien hade 103 av dessa en kommunsjuksköterska och 24 primärvårdens.

Totalt har kommunens sjuksköterska delegerat 88 % av insatserna, medan primärvårdens sjuksköterska endast står för 12 %. Delegeringsförfarandet innebär sällan enstaka delegeringar per insats, utan personalen får en ettårig delegation (kortare delegeringsperiod kan tillämpas också) på oftast förekommande insatser. Delegering styrs dels utifrån den enskilda personalens lämplighet och dels utifrån de insatser som krävs för vårdtagare inom gruppens geografiska område. I tabellen 6.3.1 presenteras även tidsåtgång som de utförda hsj insatserna för kommun respektive primärvårdens sjuksköterska medfört. Den totala tidsåtgången för samtliga hsj insatser var 280,84 timmar. Tidsåtgången för insatserna under perioden som delegerats av primärvårdens sjuksköterska var 32,9 timmar medan kommunens 248 timmar.



**Tabell 6.3.1. Antal hsj insatser utförda på delegering av kommun eller primärvårdens sjuksköterska**

Hemtjänstgrupp	Kommunens (K) Primärvårdens (P) sjuksköterska	Antal utförda insatser under perioden	Summa timmar för utförda insatser under perioden
Grupp 1	K	288	22,52
	P	64	3,35
Grupp 2	K	722	38,20
Grupp 3	K	279	20,95
	P	61	5,10
Grupp 4	P	159	17,13
Grupp 5	K	190	17,35
	P	12	1,00
Grupp 6	K	287	14,07
Grupp 7	K	340	22,67
Grupp 8	K	175	20,92
	P	1	0,08
Grupp 9	P	28	2,97
Grupp 10	K	113	7,87
	P	14	0,70
Grupp 11	K	226	24,62
Grupp 12	K	226	11,73
Grupp 13	P	14	0,47
	K	278	39,47
Grupp 14	K	209	7,58
	P	98	2,10

Den markanta skillnaden mellan antalet vårdtagare som hade kommunsjuksköterska kan förklaras av gällande lokala avtal<sup>21</sup> som handlar om gränsdragning och samverkan mellan kommun och primärvård i verkställande av hsj insatser i den öppna vården. I tabell 6.3.1 presenteras antal insatser per hemtjänstgrupp som delegerats av kommunens respektive primärvårdens sjuksköterska.

## 6.5 Typ av hälso- och sjukvårdsinsatser och dess tidsåtgång

De 3 784 redovisade hsj insatserna handlade huvudsakligen om hantering av läkemedel och i mindre utsträckning om medicinska behandlingar. Redovisning av tid för verkställda hsj insatser skedde dels per enskild insats men även för flera insatser samtidigt, flera olika kombinationer har redovisats. Resultaten kan indelas i tre grupper: läkemedelshantering, medicinska behandlingar och hälso- och sjukvårdskontakter (hsj kontakt). Vid 3 040 tillfällen redovisades endast läkemedelshantering, 598 tillfällen handlade hsj insatser om medicinska behandlingar, 138 gånger redovisades läkemedelshantering tillsammans med medicinska behandlingar samt 8 tillfällen handlade det om hsj kontakt.

<sup>21</sup> Lokala avtal – Ett avtal som reglerar gränsdragning för huvudmannaansvar när det gäller hälso- och sjukvård. Med anledning av vårdtagarens utskrivning från sjukhuset, avgörs verkställande och ansvar för vårdtagaren i så kallade vårdplaneringsteam som består av berörda yrkeskategorier både från primärvården och kommunen.

Bland de oftast förekommande hsj insatserna var läkemedelshanteringen med överlämnande och administrering av läkemedel<sup>22</sup>. Läkemedelshantering handlar om en mängd olika faktorer. Olika beredningsformer<sup>23</sup> för läkemedel, kontroll av dos, styrka, klockslag samt dokumentation hos den enskilda vårdtagaren är viktig för säkerställande av läkemedelshanteringen.

Inga avancerade hsj insatser<sup>25</sup> har redovisats, detta kan förklaras med att antingen så krävdes inga avancerade insatser under perioden eller så har insatserna utförts av undersköterskor eller sjuksköterskor som finns inom hälso- och sjukvårdsenheten i kommunen. I den kommunala hälso- och sjukvårdsorganisationen finns det 13 undersköterskor som arbetar nära sjuksköterskor och har mycket hög kompetens, dessa utför vanligen de mer avancerade uppgifterna.

Antalet vårdtagare som hade hsj insatser var dock inte avgörande för vårdtyngden utan den tidsåtgång som de genererat. Den totala summan beviljade biståndstimmar för patienter med hsj insatser under studieperioden och för samtliga grupper var 8 170,57 timmar. Den totala tidsåtgången för enbart rapporterade hsj insatser uppgick till 280,84 timmar dvs. 3,44 % i jämförelse med den totala biståndstiden för perioden. 244,80 timmar utfördes i samband med utförande av bistånd, som innebar att personalen befann sig hos vårdtagaren med anledning av exempelvis morgonhjälp. 36,03 timmar utfördes utanför biståndstid som innebar en extra insats för personalen.

Utöver hantering av läkemedel har personalen även utfört medicinska behandlingar. Personalen har registrerat medicinska behandlingar som: blodsocker kontroll, kontroll av blodtryck och puls, applicering av ordinerade salvor/krämer, byte av sårforband, hantering av stomi<sup>27</sup>, tömning av KAD – påse för kvarliggande kateter<sup>28</sup>, på- och avtagning av stödstrumpor eller lindning av ben.

Genomsnittstid för den totala tidsåtgången endast för läkemedelshantering utföll på cirka 4 minuter, högsta tidsåtgång 30 minuter och lägsta på 20 sekunder. För medicinska behandlingar utföll genomsnittstid på 9,3 minuter samt högsta tidsåtgång 35 minuter och lägsta på 1 minut. Under perioden har personalen redovisat 138 insatser som innebar både hantering av läkemedel och medicinska behandlingar samtidigt. Den högsta tidsåtgången för dessa var maxtid på 60 minuter, medeltidsåtgång med 16,35 minuter och lägsta tidsåtgång på 3 minuter. I tabell 6.5.1 presenteras tidsåtgång för de enskilt registrerade insatserna med uppdelning på läkemedelshantering (LK) och medicinska behandlingar (MB).

---

<sup>22</sup> Administrering av läkemedel – innebär att läkemedlet överlämnas på korrekt sätt dvs. läkemedlets beredningsform kontrolleras överlämnas/appliceras utifrån sitt ändamål och dokumenteras på anvisade signeringslistor även kallade kontrollistor för läkemedel.

<sup>23</sup> Beredningsform – betyder läkemedlets beskaffenhet ex. tablett, injektion, pulver, inhalation, ögondroppar mm.

<sup>25</sup> Avancerade insatser – Här menas hälso- och sjukvårdsinsatser som kräver hantering av special utrustning.

<sup>27</sup> Stomi – finns flera olika typer. I detta fall handlar det om hantering av en utbytbar påse på magen som syftar till att samla in fekalier/slaggprodukter ex. colostomi (tjocktarm stomi) eller ileostomi (tunntarm stomi)

<sup>28</sup> Kvarliggande kateter med påse – en silikon slang som placeras i urinröret för att underlätta och kontrollera urinflöde. Finns med engångs och tömbara påsar för urinen.

Det intressanta med en av de medicinska behandlingarna är att i ett fall klassas denna som omvårdnad medan i ett annat är samma behandling en hsj insats. Det handlar om hjälp med stödstrumpor. I de fall då läkaren ordinerar stödstrumpor och behandlingen delegeras av en sjuksköterska, klassificeras insatsen som hälso- och sjukvård och är därmed kostnadsfri för vårdtagaren. Om vårdtagaren däremot har svullna ben och själv eller med hjälp av närstående införskaffar stödstrumpor på Apoteket, klassificeras behandlingen som egenvård och om hemtjänsten skall utföra insatsen får vårdtagaren betala för den biståndstid som krävs.

**Tabell 6.5.1 Tidsåtgång för enskilt redovisade hsj insatser med uppdelning på två insats typer Läkemedelshantering (LK) och Medicinska behandlingar (MB)**

Typ av insats	Hsj insats	Max tidsåtgång i minuter	Medel tidsåtgång i minuter	Min tidsåtgång i minuter
LK	Flytande läkemedel	5	1,75	0,5
LK	Inhalation	10	4,64	2
LK	Insulin injektion	10	4,79	1
LK	Vid behovs läkemedel	5	2,57	1
LK	Ögondroppar	30	4	1
LK	Överlämnande av läkemedel	30	3	0,33
MB	Applicering av salvor	10	7	1
MB	B - glukos provtagning	10	5,06	3
MB	Stomihantering	15	9,33	5
MB	Stödstrumpa	10	5	2
MB	Sårömläggning	35	33	30

Medeltid för att ta på strumpan är 5 minuter per dag med samtida lägsta tid på 2 min och max tid 10 minuter. Vid användning av stödstrumpor gäller insatsen sju dagar i veckan under flera veckor eller månader eller till och med livet ut. Tidsåtgången påverkas starkt av dels hur väl strumpan är utmätt, vårdtagarens möjlighet till att medverka och utförarens kompetens och erfarenhet för insatsen. Konsekvens för felaktig pådragen strumpa kan vare ex. uppkomst av blodpropp pga. hindrat blodflöde eller blåmärke. Riskerna och konsekvenserna för felaktigt utförda medicinska behandlingar stiger i förhållande till vårdtagarens medicinska diagnoser och gällande sjukdomstillstånd.

Vid sju tillfällen har personalen redovisat tidsåtgång som var lägre än 1 minut. Samtliga tillfällena handlade hsj insatsen om överlämnande av läkemedel (ögondroppar). Vid tre tillfällen redovisades tidsåtgång på 20 sekunder och vid fyra tillfällen på 30 sekunder. Vårdtagarna som berördes var i 74 – 84 års ålder. Den angivna tiden väcker funderingar kring bemötande och säkerhet. Hur definierar man det lägsta tidsåtgång för en hsj insats? Kan en halv minut anses vara alldeles för kort tid eller är den tillräcklig utifrån rätt förutsättningar?

Personalens förhållningssätt till verkställandet av de olika hsj insatserna kan påverkas då arbetsituationen är pressad. Lägre bemanning och/eller oplanerade insatser förekommer, vad krävs för att få personalen hålla sig till den bestämda tiden för verkställandet? Personalen har även redovisat tid för hsj kontakt med sjuksköterska, väntan på ambulans, hämtning av läkemedel på apoteket samt läkarbesök. Dessa har redovisats under perioden vid totalt åtta tillfällen och tidsåtgång för dessa insatser har sträckts sig från 30 till 60 minuter per tillfälle. Inkluderande av dessa insatser i studien argumenteras med att insatserna har en direkt koppling till hälso- och sjukvård samt saknar beviljad biståndstid för utförandet.

Inom förvaltningens verksamhet finns det dock meningar som hävdar att hämtning av läkemedel på Apoteket kan jämföras med hämtning av ett rekommenderat brev och läkarbesök kan kompenseras med att vårdtagaren avstår från en annan insats som skulle verkställas. Påståendet får olika mycket stöd hos berörda chefer. Oavsett vad insatsen jämföras med eller om insatser skall kunna ersättas, så måste det dock finnas budgeterad tid för utförandet.

En annan medicinsk behandling som redovisats vid 169 tillfällen var tvättning och applicering av salvor och krämer för olika hudåkommor. Totalt har dessa insatser under perioden omfattat 19,16 timmar med en maxtid på 10 minuter, medeltid på 7 minuter och lägsta tidsåtgång på 1 minuter. Åldern för insatsen sträckte sig från 66 – 95 års ålder, alltså inget specifikt för någon särskild åldersgrupp.

## **6.6 Fördelning av hälso- och sjukvårdsinsatser över veckodagarna för perioden**

Resultaten påvisar att det finns skillnader i antal verkställda hsj insatser både bland veckodagar inom en och samma vecka men även mellan samma veckodagar på en två veckors period. Skillnaden i antalet insatser mellan samma veckodagar sträcker sig från högsta på 47 insatser och lägsta med 3 insatser med ett medel på cirka 27 insatser. Frekvensen för insatserna styrs helt och hållet utifrån den ordination som skall verkställas. Med tanke på den osäkerhet som råder kring efterfrågan då vårdtagarnas tillstånd avgör volymen, kan frekvensen för insatserna variera starkt till och med från dag till dag.

I diagram 9.3 presenteras det totala antalet hsj insatser per veckodag, utifrån diagrammet kan man utläsa att personalen ställs inför krav på flexibilitet. Siffror 1 markerar alla de veckodagar som tillhörde första veckan för studien, veckodagar som markerats med siffran 2 gäller för andra veckan under perioden. Variation i antal insatser förekommer även tydligare för varje enskild hemtjänstgrupp. Hälften av hemtjänstgrupperna hade en avvikelse som sträckte sig från 1 till 42 hsj insatser mellan en och samma veckodag på en två veckors period. Skillnader i antalet hsj insatser förekom både på vardagar och på helger. Resultaten påvisar att organisatorisk analys av resursbehov både för hsj insatser och övrig beviljad tid bör ske högst utifrån en två veckors period och inte totalt eller enligt genomsnittsnivån så som det sker idag.

Idag är biståndstiden beviljad på minst en två veckors period, hos väl kända vårdtagare sker sällan förändringar i biståndstiden inom en så kort tidsperiod. Förändring i biståndstid sker oftast kring en ny vårdtagare eller om vårdtagaren nyligen hade vårdats på ett sjukhus. Personalens kunskap om den reala tidsåtgången för biståndsinsatser brukar ge ett snabbt incitament till förändring av biståndsbeslutet. Biståndstiden kan därför betraktas mer stabil än hsj insatser som kan växla även inom samma dag och/eller vecka.

Vid granskning av antal hsj insatser utifrån vårdtagarnas ålder och veckodag påvisar resultaten att hsj insatser kräver samma bemanning sju dagar i veckan, medan bemanning för biståndsinsatser kan vara lägre på helgerna än för övriga veckan. Ingen åldersgrupp hade specifikt mindre antal hsj insatser på helger än på vardagar.

## **6.7 Fördelning av hälso- och sjukvårdsinsatser över klockslag för perioden**

Hemtjänstpersonalens arbetstid sträcker sig mellan klockan 07.00 till 21.30. Alla aktiviteter som sker hos vårdtagare i det ordinära boendet efter 21.30 verkställs av omvårdnadspersonal från kvälls- och nattpatrullen. De vårdtagare som bor på servicehus har nattpersonalen på plats. I samband med studien har personalen på servicehus vid 7 tillfällen registrerat hsj insatser som utförts efter 21.30.

I diagram 9.4 presenteras en fördelning på hsj insatsernas antal i förhållande till klockslag. Det absolut största antalet av insatser sker vid klockan sju till nio, med topp klockan åtta på morgonen.

Näst största antal av hsj insatser sker vid klockan sju och klockan tjugo som åtföljs av insatser klockan tolv. Vid jämförelse av antal insatser för klockan 7.00 och 20.00 kan man konstatera en skillnad med 7 insatser som genererar en skillnad i tidsåtgång på 19,5 timmar. Medan en jämförelse av hsj insatsernas tidsåtgång för klockan 9.00 och 20.00 påvisar skillnad med 20 insatser men endast med 1 timmes skillnad för utförandet.

Läkemedelshantering eller medicinska behandlingar kan vara både flexibla och hårt reglerade. Regleringen sker via läkar- eller sjuksköterskeordination och ställs i förhållande till vårdtagarens tillstånd samt läkemedlets/behandlingens egenskaper. Läkemedelshantering och medicinska behandlingar handlar för personalen inte enbart om den praktiska hanteringen utan även om observation av vårdtagaren.

Personalens kännedom om olika administrationssätt<sup>29</sup>, eventuella biverkningar, utförande av kontroller i olika delar av hanteringsprocessen<sup>30</sup> eller dispenseringsar<sup>31</sup> och dokumentation är ett måste för säkerhetsställande av ordinationen. Flera olika moment vid verkställande av hsj insatser innebär en risk för förekomst av fel. Därför skall samtliga fel som görs eller upptäckts av personalen i samband med utförande av hsj insatser anmälas som en avvikelse. Tanken med kvalitetssäkring via avvikelserapportering är god men även det kräver tid att utföras.

För läkemedelshantering finns det vedertagna/rekommenderade uppehåll exempelvis med fyra timmarnas mellanrum från senast givna dos för att förebygga överdosering. Vårdtagarens tillstånd och dess svar på läkemedelsbehandlingen avgör dock när doserna lämpligast skall överlämnas för att behandlingen skall kunna ge bästa resultat.

Enligt Apotekens anvisningar kan läkemedel överlämnas med en timmes tidigare eller senareläggning. Det innebär att läkemedel som enligt ordination skall överlämnas klockan åtta på morgonen kan med framgång överlämnas klockan sju eller nio. Då personalen inte har möjlighet att befinna sig hos samtliga vårdtagare just klockan åtta, tillämpar man Apotekens rekommendation. Diagram 9.4 bekräftar detta och samtidigt påvisar att det inte finns särskilt många klockslag där det inte finns behov av hsj insatser.

Utifrån resultaten kan man utläsa att risken för fel i läkemedelshantering ökar, ju fler hanteringar hos fler olika vårdtagare koncentreras till ett och samma klockslag. Tidspress i samband med utförande av både bistånd och hsj insatser kan ställa kontroll och säkerhet på spel.

## 6.8 Fördelning av hälso- och sjukvårdsinsatser över åldern

Åldersfördelningen totalt bland de 127 deltagande vårdtagarna sträckte sig från 61 till 99 år, medelålder för vårdtagare var 85 år. Hälften av hemtjänstgrupper hade vårdtagare i 60 årsåldern. Högsta antal vårdtagare representerades av åldern 89 år. Diagram 9.5 presenterar antalet hsj insatser per ålder. Frekvensen varierar med absolut topp vid 89 års ålder och successiv minskning från och med 94 års ålder. Vårdtagargruppen i studien har visserligen varit ganska liten dock med bred ålderspresentation. Frekvensen av hsj insatser per åldersgrupp visar att den successiva ökningen sker huvudsakligen från och med 74 års ålder.

Åldersfördelningen i det ordinära boendet sträckte sig mellan 66 – 96 års ålder och på serviceboendet mellan 61 – 99 år, alltså inga större skillnader mellan de två boendeformerna.

Vid närmare granskning av åldersfördelning på gruppnivå upptäcktes att i tio grupper av fjorton fanns äldre vårdtagare i det ordinära boendet än på serviceboende.

---

<sup>29</sup> Administrationssätt för läkemedel – Läkemedel hanteras utifrån dess beredningsform och ändamål (sväljas, inhaleras, droppas i ex. ögon, öron eller näsa osv.)

<sup>30</sup> Hanteringsprocessen för läkemedel – Överlämnandet av läkemedel skall alltid börjas med att kontrollera vårdtagarens identitet, sedan sker kontroll av preparat namn, datum, klockslag och dos. Processen avslutas med en signering på en kontrollista som kontrolleras av sjuksköterskan.

<sup>31</sup> Dispensering - Vårdtagarens läkemedel kan finnas tillgängliga/förvaras på olika sätt. Läkemedlen kan vara delade i en dosett (en behållare för alla veckodagar med 4 förvaringsfack för varje dag), i dosdisp (påsar som gjorts i ordning av Apoteket) eller finnas kvar i originalförpackning (burkar, flaskor, stolpiller m.fl.)

I och med att ansökan om annan boendeform är frivillig och det finns en möjlighet till att få hjälp hemma, sker en styrning av efterfrågan mot att stanna kvar i det ordinära boendet och därmed skapas incitament för behov av hemtjänsten.

Diagram 9.6 presenterar förekomst av läkemedelshantering och medicinska behandlingar per åldersgrupp. I diagram 9.6 visas att endast vårdtagare i 88 års ålder hade enbart medicinska behandlingar. Övriga vårdtagare hade genomgående läkemedelshantering. Förekomst av samtida läkemedelshantering och medicinska behandlingar ökar från 74 års ålder. Bland vårdtagare i 60 års ålder förekom övervägande läkemedelshantering.

Den högsta tidsåtgång för hsj insatser registrerades för 89 års ålder med 24,8 timmar med ett genomsnitt på 4,6 minuter per insats. Det lägsta tidsåtgång redovisades för 69 årsålder cirka 1,12 timme dock med ett genomsnitt på 6,13 minuter per insats. Det högsta genomsnitt per insats har registrerats för 96 års ålder med 9 minuter per insats och lägsta genomsnitt för 95 års ålder med 2 minuter per insats. Åter igen det är inte antal insatser som avgör vårdtyngden utan dess typ, tidsåtgång och mertid som krävs för utförandet. Resultaten visar att åldern kan ha en viss betydelse för antal insatser, men det är dock vårdtagarens fysiska och psykiska tillstånd och inte åldern som avgör hur mycket vårdtagaren klarar själv eller behöver hjälp med.

## **6.9 Fördelning av hälso- och sjukvårdsinsatser över boendeformen**

Under studieperioden hade personalen utfört hsj insatser för 56 vårdtagare i det ordinära boendet och 71 vårdtagare i serviceboendet. 8 hemtjänstgrupper verkställde hsj insatser både för vårdtagare i det ordinära och i serviceboende, 3 grupper hade vårdtagare endast i serviceboende och 3 endast i det ordinära boende. Diagram 9.7 presenterar antal hsj insatser med fördelning på boendeform och veckodagar.

Hemtjänstgrupperna som stationeras på servicehus tar även hand om vårdtagare som bor i det ordinära boendet. I resultaten kan man se att övervägande handlar det om hsj insatser för vårdtagare som bor på servicehus. Resultaten pekar visserligen på att det finns fler vårdtagare med behov av hsj insatser på serviceboendet än i det ordinära boendet, men hänsyn bör tas till faktum att studien har pågått endast under två veckor. Behov av hsj insatser varierar enligt tidigare redovisning både inom samma vecka och samma veckodagar oavsett boendeformen.

Totala antalet insatser för det ordinära boendet under perioden blev 1 543 medan i serviceboendet hade grupperna verkställt 2 241 insatser. Högsta tidsåtgång totalt för hsj insatser i det ordinära boendet utföll på 102,65 timmar medan på servicehus utföll på 178,18 timmar. Genomsnittstid för hsj insatser i ordinärt boende var på 4 minuter medan servicehus genomsnittstid blev 5 minuter.

Av 14 hemtjänstgrupper är det 5 grupper som hade mer insatstid i det ordinära boendet än på serviceboende. De insatser som förekommer mest bland vårdtagare i det ordinära boendet är överlämnande av läkemedel samt hjälp med stödstrumpor. Motsvarande resultat gäller även för vårdtagare som bor på serviceboende. Överlämnande av läkemedel åtföljs resultatmässigt av insulininjektioner.

Läkemedelshantering i det ordinära boende redovisades vid 1 177 tillfällen medan på serviceboendet 1 863. Medicinska behandlingar i det ordinära boendet uppgick till 305 tillfällen medan i serviceboendet till 293. Tillämpning av både läkemedelshantering och medicinska behandlingar samtidigt har i det ordinära boendet förekommit vid 60 tillfällen och på servicehusen 82.

Vid granskning av insatser per boendeform i förhållande till klockslag (diagram 9.8) kunde man konstatera att endast i perioden mellan klockan 8.00 till 10.00 som det ordinära boendet hade fler insatser än serviceboende. Största skillnaden i antalet insatser för boendeformer konstateras klockan 7.00, medan i det ordinära boende utfördes 98 insatser i serviceboendet uppgick siffran till 312. Resultaten visar att skillnaden i antalet hsj insatser mellan det ordinära och serviceboendet i förhållande till klockslag kan variera upp till 15 gånger fler insatser på serviceboendet. Mellan klockan 11.00 och 21.00 kunde man konstatera 2 – 3 gånger fler insatser på serviceboendet än i det ordinära boende.

Hsj insatser i det ordinära boendet och serviceboende utfördes övervägande av personal med vårdbiträde kompetens. Samtidigt kunde man konstatera att på servicehus utfördes fler insatser av undersköterskekompetensen (992) än i det ordinära boendet (569). Antal insatser som utförts av utbildad personal skedde i det ordinära boendet vid 171 tillfällen medan på servicehus endast 65.

Resultaten pekar på att under studieperioden hade vårdtagare på servicehus bättre tillgång till utbildad personal än det ordinära boendet. Av de studerade vårdtagarna som bodde på servicehus fanns endast 4 personer och i det ordinära boendet 22 vårdtagare som hade en primärvårds sjuksköterska.

På delegering av primärvårds sjuksköterska har på servicehus endast 1 insats utförts utanför biståndstid och 65 i samband med bistånd samt i det ordinära boendet utfördes 34 insatser utanför biståndstid och 351 i samband med bistånd. För kommunsjuksköterskornas räkning utfördes utanför biståndstid 10 insatser i det ordinära boendet och 236 på serviceboendet, medan i samband med bistånd utfördes 1 148 insatser i det ordinära boendet och 939 insatser på servicehus.



## 7. ANALYS OCH SLUTSATSER

Frågeställningar för uppsatsens syfte kunde besvaras och beskrivs i uppsatsens resultat. Studiens resultat påvisar vikten av en kontinuerlig uppföljning av de insatser som verkställs av hemtjänsten för att kunna få bättre underlag både för ekonomisk analys men även fortsatta arbete med effektivitet. Trots studiens relativt begränsade omfattning; både när det gäller studiens tidshorisont samt antal studerade hemtjänstgrupper; kunde man konstatera samma tendenser både i typ samt tidsåtgång för hsj insatser bland berörda hemtjänstgrupper. Dessa likheter förekom trots att varje grupp hade verkställt hsj insatser för olika vårdtagare, befann sig inom olika geografiska områden, hade olika stor antal vårdtagare samt ledningen bestod av olika chefer.

Uppsatsens analys av resultat påvisar vikten av att vara uppmärksam vid generalisering, genomsnittsberäkning och tillämpning av framtagna nyckeltal över längre tidsperioder än två veckor. Kostnadseffektiviteten för hemtjänsten är beroende av uppföljningsverktyg samt organisationsmodell för den enskilda kommunens förutsättningar. Efterfrågan för hsj insatser har funnits länge, utförande av dessa insatser kompliceras genom gällande specifika lagar och lokala gränsdragningar. Verkställande av hsj insatser för andra huvudmäns räkning bör av flera skäl inte enbart handla om samverkan, utan även om lämplig skatteväxling för att den kommunala omsorgsverksamheten skall få de rätta ekonomiska förutsättningar som krävs.

Den nationella demografiska prognosen pekar på ökning av antal äldre. Därför, kan vi redan idag anta att efterfrågan för hsj insatser inte kommer att minska. Utifrån både nutidens och framtidens förutsättningar är det skyndande viktigt att diskutera och bana för förändringar som berör den framtida hemtjänstverksamheten. Vad är definition av kostnadseffektiviteten för framtida funktioner som skall verkställas av hemtjänsten? Det är viktigt att definitionen vad som anses vara effektivt inte enbart är abstrakt utan i högsta grad möjlig att både följa upp och utvärdera. I definitionen måste även tas hänsyn till hemtjänstens varierande geografiska och organisatoriska förutsättningar som försvårar möjligheten till att uppnå en total effektivitet.

### 7.1 Organisation, verksamhetsstyrning

Enligt Socialstyrelsens (SoS) statistik från 1 oktober 2003 fanns det totalt 973 000 personer (65 år och äldre) som bodde i det ordinära boendet och hade hemtjänst. 32 213 personer hade både hemsjukvård och hemtjänst och 14 893 personer som hade endast hemsjukvård. Vid jämförelse med Socialstyrelsens statistik med studiens totala omfattning skulle denna motsvara 0,013 % nationellt samt resultat endast för de deltagande vårdtagare som bodde i det ordinära boendet skulle siffran hamna på 0,005 %. För den berörda kommunen skulle studiens deltagare i det ordinära boendet innebära 11,6 % av det totala antalet vårdtagare som i förvaltningens regi hade både hemtjänst och hemsjukvård (förvaltningens redovisade uppgifter till SoS 1 okt. 2003).

Antal vårdtagare i de olika boendeformerna varierar men det mest osäkra antalet berör just ordinärt boende. Osäkerheten för efterfrågans volym är besvärlig för effektiv resursplanering. Flexibla organisations modeller krävs för att bemöta efterfrågan med ett kort varsel..

Trots att organisationsförändringar upplevs ibland som nödvändiga, innebär dessa inte att man lyckas uppnå den förväntade effekten. Förändringarna åtgärdar oftast endast strukturella problem i organisationen och inte funktionella. Problem med införande av organisatoriska förändringar inom hemtjänsten omfattar dels organisationens storlek och geografin, medan förändringen sällan byggs på tidigare erfarenheter och det saknas samtida införande av konstruktiva kontrollverktyg av den nya organisationen och tjänster. Om befintliga problem inte åtgärdas samt framtagna nyckeltal används på fel sätt, fördjupar omorganisationen problemet istället för åtgärda dem.

Utifrån analys av sammanställda resultat uppkom flera frågor kring verksamhetens hantering av befintliga uppgifter. Varför används ett system som inte klarar en så elementär funktion som kalenderberäkning och leder till krav på genomsnittsberäkningar? Om systemet inte klarar av kalenderberäkningen, varför i så fall förändrar man inte biståndshandläggarnas beviljande av tid per 30 dagar? Varför används beräknad genomsnittstid både för avgifter och för listor som styr bemanningen? Varför styrs hemtjänstens verksamhet utifrån antal beslutstimmar per månad när personalens reala arbetstid planeras utifrån veckoschema? Varför saknas uppdrag och uppföljning för hsj insatser? På vilket sätt har man kommit fram och utvärderar att den 10 % påslag för hemtjänstgruppens budget är tillräcklig för att balansera den underskott i tid som genereras av både hsj insatser och övriga aktiviteter?

Frågan kring typ av den mest lämpliga verksamhetsstyrningen för hemtjänsten måste ställas i förhållande till förvaltningens förutsättningar och vad ledningen kan följa upp. Balans av verksamhetens kostnader endast utifrån den beviljade budgeten ger ingen information om det reala resursbehovet eller vad resurser används till. Budgetbalansen informerar ledningen endast om själva kostnaden för det som händer i verksamheten. I studerad förvaltning saknas redovisning av real tid för utförande av både bistånd och hsj insatser, prognoser relateras sällan till demografi eller medicinska diagnoser, avvikelshantering som belyser organisatoriska brister betraktas som en administrativ rutin utan att data analyseras. Effekten av utebliven rapport över daglig verkställande leder till att verksamheten kan varken svara på vad personalen utför under sin arbetstid och därmed vad vårdtagaren betalar för.

Nämnden har satt upp mål för verksamheten, men dessa är inte detaljerade och bjuder till tolkningar som leder till varierande vårdkvalité inom samma förvaltning. Uppfattning av vad man definierar som kvalité knyts till egna preferenser. Därför uttrycket ”god och säker vård” kan både uppfattas och verkställas på olika sätt. Avgörande faktor för hur snabbt verksamhetsproblem åtgärdas är dels omvärldens krav på politiker samt politikernas uppfattning om den berörda verksamhetens totala betydelse för förvaltningens intäkter och kostnader. Dagens olika lagstiftningar beskriver dock huvudmannens skyldigheter till att både vara effektiva, upprätthålla säkerhet i vården och säkra den dagliga arbetsmiljön för personalen.

En av områdeschefer jämförde omvärldens och de styrandes förhållningssätt till hemtjänstbemanningen i jämförelse med en annan kommunal verksamhet:

*”Om brandkårens resurser skulle styras endast av antal bränder per vecka, vilka resurser skulle brandkåren ha tillgång till?”.*

Jämförelse av brandkåren och hemtjänsten kan tyckas vara orimlig, men båda verksamheterna ställs inför samma utmaning nämligen osäkerhet. Båda verksamheterna vet att deras tjänster behövs men man kan sällan förutse varken tid under dygnet, dess volym eller den geografiska placeringen. Trots osäkerheten måste båda verksamheterna kunna planera både bemanning samt prognostisera för framtida kostnader. Det är omvärldens och de styrandes inställning till de olika verksamheternas betydelse i samhället som avgör vilken tolerans som finns för dess nytta och kostnader.

Ur ekonomisk synpunkt kan kommunens skyldigheter vara ganska svåra att förena, eftersom det i många avseenden krävs en finansiering utan att det leder till några direkta intäkter. Hemtjänstens bemanning planeras både med stöd av biståndshandläggarens uppdrag och utifrån personalens arbetssituation. Då biståndshandläggare inte använder något standardiserat verktyg för bedömning av vad insatsen lägger för tids anspråk för verkställande eller vårdtagarens ADL, utsätts även personalen och inte enbart vårdtagare för olika förutsättningar inom samma förvaltning. Personalens professionella inställning till sitt arbete verkar vara avgörande för vad vårdtagaren får och hur insatsen utförs.

Den kommunala hälso- och sjukvårdens organisation har ett stort inflytande på hemtjänstverksamheten. Av en okänd anledning har åtgärder för konkret översyn av hälso- och sjukvårdsverksamheten förskjutits flera omgångar. Hösten 2003 genomfördes den senaste omorganisation, de primära förändringarna som gjordes var åter igen de strukturella. Av principiella skäl har man tidigare inte velat se utförande av hsj insatser som en möjlig intäkt. Enligt interna analyser av avgiftsutrymme för eventuella hsj insatser konstaterades, att antal vårdtagare som kunde klara av en avgift för hsj insatser var för låg i förhållande till den administrativa kostnaden som krävdes för dess hantering. Förmodligen är denna inställning även orsaken till att uppföljning av hemtjänstens verkställande av hsj insatsernas påverkats. Hsj insatser anses vara en faktum, som skall utföras och är svår att ifrågasättas.

Verkställande av hsj insatser handlar inte endast om tid för verkställande utan berör även flera aspekter. Med utförande av omsorg och hsj insatser följer även krav bl.a. på ledarskap, ansvar, korrekt bemötande, omvärldsbevakning, kostnader för personalens kompetensutveckling, behov av tillgång och förvaring av specifik utrustning samt administration.

Administrativa kostnader för den kommunala hälso- och sjukvården berör inte enbart själva hanteringen av delegeringar eller kontrollistor. Det finns krav enligt lag på att i kommunal organisation skall det finnas nyckelpersoner som ansvarar för tillsyn och säkrar vården. Även effektiviteten för det administrativa området är av betydelse för förvaltningen, då uteblivna eller otydliga riktlinjer kan skapa ineffektivitet och skillnader i vården.

Vid omvärldsanalysen som utfördes i förvaltningen hösten 2003 har man kunnat konstatera att flertal kommuner har sedan flera år tillbaka infört avgifter för hsj insatser. Policyn för vad som ingår i avgiften ser olika ut för olika kommuner. Trots reglering av avgiftstak för äldreomsorgen, har vissa av kommuner funnit ett sätt att tolka regelverket och därmed kunna påverka både kunder och verksamheten.

Beslut om införande av avgift för hsj insatser kan inte styras av en lokal hedersprincip utan verksamheten måste för att överleva bevaka egna intressen. Införande av avgifter för hsj insatser kan initialt påverka efterfrågan negativt. En väl genomtänkt strategi i samband med införande av hsj avgift krävs, för att förebygga risken till att fel vårdtagargrupp påverkas.

## 7.2 Studiens överensstämmelse med teoretisk bakgrund och empiri

Agenten (verksamheten) bevakar först och främst egna mål och intressen. Ökade personalkostnader kan argumenteras med plötslig ökning av efterfrågan för de insatser som är kända dock för tillfället inte är mätbara. Hsj insatser är kända både för sin varierande omfattning och varierande tidsåtgång. Brist i uppföljning av hsj insatsernas volym kan leda till resursefterfrågan som egentligen inte behövs.

Vid verksamhetens påståenden angående resursbehov för verkställande av beviljade insatser måste även en annan faktor tas i beaktande, nämligen själva upplevelsen av arbetsbelastningen. Om i arbetslaget finns det en oro kring utförande på grund av ständiga påståenden att man saknar tid för verkställande, kan även själva stressen påverka verkställande på ett negativt sätt. Stressig arbetsmiljö ger sällan möjlighet till ett objektiva förhållningssätt och effektivitet. I detta sammanhang känns effektiviteten orimlig att ens fundera på. Å andra sidan finns det en eller flera anledningar till att fortsätta med ovisheten och ”stress”. Både verksamheten och ledningen kan dra vissa fördelar av de grå zoner som finns. För verksamhetens del kan det handla om ”enklare” förklaring av eventuell övertid och för ledningen kan det handla om exempelvis besparing av personalkostnader då avgiftsfria insatser verkställs inom ramen för den betalda biståndstjänsten.

Verkställande av hsj insatser verkar stödjas till stor del på personalens kompetens och bedömningsförmåga. Ledningens förtroende för de anställdas yrkesbedömning kan vara positiv, men även svår att styra. I förvaltningen finns biståndshandläggare som bedömer hur mycket insatser som skall verkställas. I och med att biståndsenhetens budget inte berörs av antal upprättade beslut, är risken för eventuell målkonflikt liten. Hemtjänsten däremot, styrs med antal biståndstimmar, och dess verkställande kan mynna ut i konsekvenser som beskrivits i principal – agentteori. Därmed kan styrning av efterfrågan ske både centralt från ledningens sida men även lokalt av själva personalen dvs. agenten. Vid verksamhetsstyrning utifrån timrelaterad ersättning kan personalen säkra sin sysselsättning via dialog med vårdtagaren om dess ”verkliga behov”.

Idag utifrån gällande gränsdragning av vårdtagarens huvudmannatillhörighet kan vårdtagaren uppmuntras till att ansöka om hemtjänstbistånd på den lägsta avgiftsnivån och på så sätt även kunna ta del av de kostnadsfria hsj insatserna. Både vårdtagaren och personalen gynnas då vårdtagaren får fler tjänster och hemtjänstgruppens aktiviteter finansieras av förvaltningen. Utnyttjande av styrsystemets svagheter av den kommunala omsorgspersonalen är idag onödig, då vid dagens personalbrist brukar övertalighet av personal lösas oftast genom att personalen flyttas över till andra hemtjänstgrupper. Systemets svaghet kan dock vara mer intressanta för de som utför hemtjänst på entreprenad.

Egenskaper och komplexitet i verksamheter som består av människor och riktas för människor är tillräcklig för att förstå kommunernas problem med att både styra och följa upp sina verksamheter.

En annan aspekt som försvårar styrning och uppföljning av omsorgs och hsj insatser är personalens lojalitetskonflikt pga. empati som efter flera års arbete kan även omvandlas till sympati för vissa vårdtagare. Personalens inställning till ”det lilla extra” för vissa vårdtagare, kan leda till olika konsekvenser. Det kan dels handla om orättvis vård genom att andra vårdtagare får mindre tid för sina insatser och därmed betalar mer än de bör, eller att totalt sätt ökas verkställande utan att man kan finna den direkta orsaken.

### 7.3 Konstaterade problemområden

Utifrån analys av resultat och verksamhetskänedom kunde man konstatera fyra problemområden i förvaltningen:

1. Dagens beräkning av statistik för hemtjänsten stöds antingen på äldre mätningar eller beräknas utifrån systemets redovisade genomsnitt. Personalkostnad och bistånd är inte integrerade i samma system och analys kräver merarbete och omräkningar.
2. Beviljande av biståndstimmar, delegering och handledning, kostnad för planering och verkställande av insatser samt beräkning av avgifter sker både ur olika långa tidshorisonter och olika synvinklar mot samma insatser i samma förvaltning.
3. Verktyg för bedömning, samordning och uppföljning av verkställande saknas inom olika delar av processer och verksamheter. Brist på uppdaterade nyckeltal för beräkning av verksamhetskostnader leder även till problem vid övertagande av ansvar för verkställande av hsj insatser från annan huvudman. Varje delprocess berör verksamheten både för den interna funktionen men även för den externa.
4. Förvaltningen är i behov av att både säkerställa vårdkvalitén och personaltillgång med rätt kompetensnivå för verkställande av både biståndsbeslut och hsj insatser.

Varje ovan presenterad punkt berör processtänkande och därmed krav på ett konstruktivt arbete där hänsyn tas både till delprocesser och den totala effekten.

Under punkt 1 är det viktigt att ta både kort och långsiktig ställning till grundläggande förhållnings-sätt till hemtjänstens verkställande av både bistånd och hsj insatser. Vad måste redovisas? Hur skall redovisningen gå till? Hur säkras eventuella möjligheter för manipulation av redovisningen? Hur ofta och vem som skall utföra kontroller på de redovisade mätningarnas realtid? Utifrån vilka nyckeltal som uppföljningar och kostnader skall beräknas om mätningar inte görs? Skall entreprenörer använda samma redovisnings och uppföljningssystem för att minimera kommunens administrativa kostnader? Vilka krav måste ställas på verktyg och system för att nyckelpersoner skall kunna utföra analys och prognoser för inkommen data? Vilka åtgärder som vidtas vid förändrad efterfråga eller kundkrets?

Under punkt 2 gäller fundering kring tidshorisont och integrering för olika processer och kostnader. Hur säkras process mellan bistånd, delegering, verkställande och avgifter dvs. vad är den totala kostnaden per enskild insats? Vilka kostnader utöver personalkostnader som skall ingå i beräkningen av priser? Ur verksamhetens perspektiv gäller det även att skapa goda förutsättningar för prognoser både utifrån kända verksamhetskostnader, demografi men även utifrån förekomst av vissa medicinska diagnoser som redan idag är kända för att leda till ökade omvårdnadskrav.

Punkt 3 berör det elementära för verksamheten – Hur vet verksamheten att man utför saker på rätt sätt när man inte är säker på att man utför rätt saker? Verktyg för bedömning och uppföljning av olika insatser är viktig, men för den totala effektiviteten är det av betydelse att integrera samtliga delprocesser i förvaltningen till en process som slutligen kan mätas och analyseras. Satsningar för modernare redovisningsverktyg är lönsamma om dessa integrerar samtliga uppdrag till verkställaren och kan belysa förekomst av gråa zoner i verksamheten. Gränsdragning mellan legitim insats och definition av egenvård får inte heller leda till godtycklig uppfattning utan skall vara tydlig och underlätta för alla aktörer och leda till att vård och dess kvalitet är lika inom en och samma förvaltning. Kontrollverktygen och tal skall vara framtagna för den specifika förvaltningen. Applicering av andra kommunernas nyckeltal innebär inte en förbättring utan leder till fortsatt felaktig uppfattning om resursbehov eller dess åtgång.

Punkt 4 berör ett samspel mellan huvudmannaansvaret, skyldigheter som arbetsgivare, rekryteringsmöjligheter och inställning till den redan anställda personalen som är av vikt för ett professionellt omsorgsarbete. I begynnelsen bestod hemtjänsten till stor del av tidigare hemmafruar, idag sker en uppdrivning av omsorgsyrket för att göra det mer legitimt och attraktivt. Genom krav på gymnasial utbildning för vårddyrket samt skapande av specialist/ vidareutbildningar hoppas man på att öka professionalitet och därmed status för yrket.

Den formella kompetensen är viktig, men hur bedömer man och utvecklar personalens sociala kompetens? Både den sociala och den formella kompetensen är en viktig aspekt för framtida utveckling av hemtjänsten, men vad är det som skall utvecklas? Vilken kompetens krävs egentligen för att klara av inköp, städning eller applicera salvor och administrera ögondroppar? Är dessa arbetsuppgifter attraktiva för kommande generationer? Hur påverkas vårdkvalitén av personalens upplevda roll i vården?

Hemtjänstens basala funktion riktas till omvårdnad, utbildningarna verkar dock förbereda personalen till mer storslagna funktioner än vad verkligheten erbjuder. Personalens besvikelse över att inte kunna använda sig av sina mer avancerade kunskaper samt lönefrågan är några av faktorer som oftast leder till att man söker sig från vården. I förvaltningen styrs möjligheten till mer avancerade arbetsuppgifter bl.a. via delegering. Flertal av de mer avancerade arbetsuppgifterna får dock endast delegeras till och utföras av undersköterskor som finns inom hälso- och sjukvårdsenheten. Är det lämpligt att inom samma förvaltning göra skillnader mellan personalens kompetens beroende på vilken enhet de är anställda på? Utförande av hsj insatser kan bidra till att variera arbetsuppgifterna samt ta vara på den kompetens som förvärvats genom en utbildning.

Omvårdnadsutbildning är dock idag inte den avgörande faktorn för att få en anställning inom vården. Idag förekommer anställningar där personer saknar elementära kunskaper för vård och omsorg. I dessa fall sker intern introduktion med hjälp av olika typer av information samt inskolning via så kallad bredvidgång<sup>32</sup>. Förvaltningens mål är dock att rekrytera endast utbildad personal, men verkligheten erbjuder annat.

---

<sup>32</sup> Bredvidgång – Ny personal följer rutinerad personal under ett visst tid innan självständig tjänstgöring kan påbörjas.

Bemanningsproblematiken består egentligen av två processer, den första är att locka personalen till verksamheten och den andra är att få personalen stanna kvar. Båda processerna är viktiga för varandras förutsättningar, men det är inte självklart att verksamheten lägger lika stor möda på båda två. Misslyckande med att få personalen att stanna kvar, kan vid hård marknadskonkurrens om omsorgspersonal vara avgörande för rekryterings processens förutsättningar. Om aktuell förvaltning har lyckas med rekryteringsprocesser eller inte, skulle naturligtvis vara tydligare om kommunen inte hade monopol på omsorgsmarknaden.

#### **7.4 Tillämpning av studiens resultat**

Utifrån resultat, verksamhetskänedom och beskrivna mekanismer som styr hemtjänstens resurser, kan man konstatera att rutinmässig tillämpning av gamla nyckeltal för resursåtgång på längre än en veckas period kan medföra ojämnt utfall av resursbehov i förhållande till verkligheten. Utfallet kan yttra sig genom att en vecka kan förekomma underskott av personal medan veckan därpå överskott. Vid överskott av personal finns det visserligen en möjlighet till att planera in de aktiviteter som i vanliga fall är svåra att hinna med, men onödig personalkostnad är ett faktum. Vid underskott av personal löper man istället risk för både högre personalkostnader, större risktagande för att fel/skador uppstår och sämre vårdkvalité.

Jämförelse av för periodens tillgängliga personalresurser och verkställande för både biståndsbeslut och hsj insatser, påvisade att inga hemtjänstgrupper hade totalt sätt ett överskott i personalresurser. Användning av genomsnitt vid beräkningar av resursbehov med samtida extra påslag och utebliven uppföljning att verksamheten en felaktig uppfattning om vad det verkliga resursbehovet är.

Efter att studiens resultat delgivits för berörda områdeschefer har vissa av dem gjort egna prognoser för resursbehov som skulle krävas vid hänsynstagande till redovisad tidsåtgång för av hsj insatser. Enligt av deras framtagna prognoser skulle berörda hemtjänstgrupper vara i behov av fler resurser. Om studiens resultat används på ett felaktigt sätt dvs. studiens resultat multipliceras med antal schemaveckor, kan beräkningen leda till felaktig prognos, då man åter igen antar att studiens två veckor är representativa för resten av året.

Om tidsåtgång för hsj insatser skall kunna generaliseras krävs det både en längre studie samt att fler faktorer medtas i beräkningen. Tidsåtgången för hsj insatser måste bland annat ställas i relation till vårdtagarens ADL status, insatsens svårighetsgrad och den mänskliga faktorn dvs. kompetens och färdigheter för uppgiften. Med anledning av relationernas komplexitet bör mätningar genomföras under längre tidsperiod än två veckor för att få fram mer korrekt genomsnitt som sedan kan användas som schablon tid.

Principen för val av uppföljningarnas och verkställandets (prospektiv, retrospektiv) tidshorisont kan bespara missvisande information och felberäkningar som leder till onödiga kostnader. Om utfallet för hsj insatser under en studieperiod är lägre än vanligt, underskattas den verkliga belastningen och konsekvensen kan bli underbemanning eller merkostnad för fyllnadstid eller övertid. Om studien har avslöpat på en period med större belastning än vanligt kan applicering av resultatet leda till överskott av personal och därmed onödig hög personalkostnad.

Vårdtagarnas avgift för verkställda biståndsinsatser betalas i efterskott. Ur personalsynpunkt finner man föga tröst att i efterskott få eventuell budgetbalans. Då föregående månadsarbete präglats av hård arbetsbelastning som kan leda till sjukfrånvaro och därmed till ökade personalkostnader och sämre arbetsmiljö. Ett gemensamt uppdrag som omfattar samtliga insatser är gynnsamt inte enbart för verkställande men även för den psykosociala arbetsmiljön.

För förvaltningens del är det chefernas egna verktyg och förmåga att analysera och följa upp både efterfrågan och verkställande som är avgörande för budgetens balans. Chefernas utmaning ligger i att samtidigt både skapa en bemanning som säkerställer verkställande av aktuella insatser och möjliggör rekrytering av personalen.

#### **7.4 Analys av hsj insatsernas verkställande och dess effekter**

Utifrån studiens resultat har man bland annat kunnat dra slutsats att vårdtagare på servicehus hade större möjlighet till att få tillgång till utbildad personal än de vårdtagare som bodde i det ordinära boendet. Detta kan till en viss del vara en tillfällighet men även förklaras med att totalt sätt så har det förekommit fler insatser på servicehus än i det ordinära boendet (diagram 9.6).

De hsj insatserna som utfördes av "Utbildad" personal, har enligt analys av verkställandets tidsåtgång påvisat en lägre genomsnittstid än för vårdbiträde eller undersköterskor. Samtidigt kan man också konstatera att vårdbiträde och undersköterskor verkar ha fått de uppdrag som tar lite mer tid.

Har kompetensen en betydelse för verkställande? Var vårdbiträde och undersköterskor mer noggranna eller tog verkställande onödigt lång tid? Fördelning av arbetsuppgifter är nödvändig där erfarenhet och skicklighet krävs. Det är dock viktigt att de "Utbildade" kan känna ett förtroende och uppmuntran för att därmed lockas till att höja sin kompetens internt eller utbilda sig inom vården? Delegering av hsj insatser till personer som saknar formell omsorgsutbildning var riktad till samma typ av insatser som för övrig personal.

Det intressanta för fortsatta studier skulle vara, att undersöka kvalitén och tidsåtgång för handledningen som sker i samband med delegering av hsj uppgifter. Med hänsynstagande till att personer utan omsorgsutbildning saknar baskunskaper, antas de behöva längre introduktion samt handledning än de som har omsorgsutbildning. Utifrån uppsatsens studie är det dock svårt att avgöra om handledningen i samband med delegering var avgörande för tidsåtgången vid verkställandet av hsj insatser. Rekrytering av utbildad personal kan därmed leda till både högre personalkostnader pga. krav på deras kompetensutveckling och vissa begränsningar i att fullt ut kunna använda dessa resurser på grund av bristande kompetens.

Behov av hsj insatser som redovisats i studien är bland de oftast förekommande både i omsorgen men även i det privata hemmet. Dess betydelse förändras dock när insatsen skall verkställas av en formell vårdgivare.



Utförande av hsj insatser är ett resultat av process som består av fyra faser:

1. Incitament fas - problem och/eller behov leder till kontakt med läkare och/eller sjuksköterska.
2. Utrednings fas – där lämpliga undersökningar och/eller provtagningar för problem/behov utförs.
3. Åtgärds fas – ordination/rekommendation av lämpliga åtgärder för problem/behov.
4. Utförande fas – verkställande av ordinationer (hsj insatser) och ställningstagande till rekommenderade åtgärder (eventuellt bistånd om den enskilde inte kan utföra dessa själv).

Samtliga faser i processen för hsj insatserna kan beröra omvårdnadspersonalen.

Om vårdtagaren är känd, är omvårdnadspersonalen behjälpliga redan från fas 1. I fas 1 handlar det oftast om att både vara behjälplig med att initiera behov av hsj kontakt och/eller göra sällskap i samband med olika besök. Om vårdtagaren är okänd i förvaltningen, brukar fas 4 vara den som omsorgspersonalen involveras i först. Varje fas av processen innebär dock krav på tillgänglig tid för utförandet.

Läkarbesök eller hämtning av läkemedel på apoteket har visserligen med hälso- och sjukvård att göra, men vem skall betala för utförandet? Även dessa insatser omfattas av en osäkerhet, då tidpunkt och volym är svår att förutse. Därför är det viktigt att förvaltningen har en policy för klassificering av dessa insatser i förhållande till biståndstid eller hsj insatser.

Verksamhetskostnaden för hsj insatser som utförs av omvårdnadspersonalen behöver inte nödvändigtvis vara annorlunda än för det övriga biståndsinsatser. Argumentet för detta är att de delegerade hsj insatserna kan utföras av personal utan att de är legitimerade samt handledningen vid delegering skall leda till både kompetens och säkerhet. Effekter av verkställandets tidsåtgång för hsj insatser kan utfalla på både positivt och negativt sätt. För arbetsgivarens del är det positivt om personalen kan utföra/producera mer på kortare tid. För vårdtagarens del beror det på dels vårdtagarens attityd för insatsen (obehaglig, irriterande eller angenäm) och dels om insatsen är avgiftsbelagd (få utfört det man betalar för). För personalens del kan den pressade tidsåtgången för verkställandet handla mest om negativa effekter. Fysisk och psykisk press som kan leda till sjukdom, svårigheter med att argumentera den egna prestationens kvalitet i förhållande till rätten för högre ersättning samt risker för fel som man kan utföra i samband med yrkesutövning och dess konsekvenser.

Den enskildes vilja samt förmåga för att betala för tjänster som klassificeras som egenvård i förhållande till det verkliga behovet, ställer Socialtjänst och Hälso- och sjukvårds lag på sin spets. Rätt till egendefinierad livsföring samt rätt till god och säker vård verkar vara allt svårare att både definiera och leva upp till, särskilt när den enskildes ekonomi avgör om man överhuvudtaget har råd med vård och omsorg.

92,5 % av de redovisade hsj insatserna utfördes i samband med bistånd som innebar att 244,8 timmar; alltså 3 % av gruppernas totala hemtjänstbistånd för perioden; som egentligen skulle vara kostnadsfria för vårdtagaren i själva fallet inte var det. Frågan är om detta accepteras av vårdtagaren eller snarare om vårdtagaren är medveten om att detta sker? Verkställande av biståndinsatser relateras direkt till avgiftsnivån, det är vårdtagarna medvetna om. Kostnadsmedvetande bland vårdtagare har på senare tid börjat yttra sig genom att vissa av dem har börjat mäta den reala tidsåtgången medan personalen utförde insatsen hos den berörde.

Synpunkter på vad man betalar för samt vad man vill få utfört och hur, är numera ingen ovanlig diskussion. Vårdtagarnas ökade krav på sänkning av omsorgsavgifter förblindas av faktum att deras omsorgskostnader skulle vara avsevärt mycket högre om hsj insatser skulle vara avgiftsbelagda utöver bistånd och tak för avgiftsnivåer avskaffats. Under studiens gång har det framgått att vissa vårdtagare kan använda hsj insatser som komplement till social samvaro istället för att höja antal hemtjänsttimmar och därmed avgiftsnivån. Effekten av införande av hsj avgift skulle förmodligen först och främst påverka vårdtagarnas möjlighet till att utnyttja systemets svagheter och därmed felanvändning av kommunens resurser.

Styrning av vårdtagarnas och verksamhetens beteende via ofullständiga definitioner och avgifter kan egentligen leda till större skillnader än likheter i utförande av hsj insatser. Då ekonomin är avgörande faktor för den enskilde, finns det en risk att samhällskostnader kan på sikt öka istället för att minska. Ökning av vårdkostnader för samhället sker då vårdtagaren av ekonomiska skäl tvingas avstå från vård tills deras tillstånd försämras i så stor grad att det krävs mer omfattande insatser än vad som skulle krävas om vårdtagaren haft andra möjligheter tidigare.

Det intressanta för vidare studie av hsj insatser skulle vara att åter igen studera samma hemtjänstgrupper dock efter att en avgift för hsj insatser införts i aktuell förvaltning. I tabell 7.2.1 presenteras befintliga avgiftsnivåer för hemtjänsten i förvaltningen. Den lägsta nivån omfattar maximal tidsåtgång på 4 timmar och 59 minuter i månaden alltså 9,96 minuter per dag i månaden på 30 dagar.

**Tabell 7.2.1. Kostnad för hemtjänstnivåer i förvaltningen**

	<b>Nivå 1</b>	<b>Nivå 2</b>	<b>Nivå 3</b>	<b>Nivå 4</b>	<b>Nivå 5</b>	<b>Nivå 6</b>	<b>Nivå 7</b>
<b>Bedömt hjälpbehov</b>	1-4 tim/mån	5-12 tim/mån	13-29 tim/mån	30-49 tim/mån	50-69 tim/mån	70-89 tim/mån	90- > tim/mån
<b>Avgift</b>	20% av avgiftsutrymme max 800 kr	30% av avgiftsutrymme max 1572 kr	40% av avgiftsutrymme max 1572 kr	55% av avgiftsutrymme max 1572 kr	75% av avgiftsutrymme max 1572 kr	90% av avgiftsutrymme max 1572 kr	100% av avgiftsutrymme max 1572 kr

Med beräkning på 30 dagar skulle Nivå 1 räcka till exempelvis enkel överlämnande av läkemedel 3 gånger per dag, insatsen skulle få ta max 2 minuter samt gång-/körtid skulle få ta max 1 minut (till och från vårdtagaren). Kvarstående 29 minuter skulle kunna balansera upp antingen de insatser som tar lite längre tid eller annan insats. Tillämpning av Nivå 1 endast för hsj insatser kan vara möjligt inom ett särskilt boende eller för hemtjänstgrupp som har vårdtagare väldigt nära grupplokalen. Studien påvisade att i 1 030 fall var gångtiden högre än själva utförande av hsj insatsen. Det är av vikt för ekonomin att förvaltningen har tydlig förhållningssätt när det gäller gång och körtid och dess betydelse för prissättningen av tjänster.

För de 127 vårdtagare som deltagit i studien skulle genomsnittstiden för hsj insatser utfalla på 4,73 timmar i månaden per person. Därmed skulle Nivå 1 med 20 % av avgiftsutrymme eller max 800 kronor i månaden vara för låg. Om vårdtagaren har samtidigt även utförande av bistånd, skulle det naturligtvis innebära att de flesta vårdtagare skulle befinna sig på högre avgiftsnivå än Nivå 1. Nivå 2 med max 12 timmar skulle förmodligen vara det oftast förekommande avgiftsnivå. Inom Nivå 2 skulle det finnas en större möjlighet för den ”friskare” vårdtagaren att få kombination av både bistånd och hsj insatser utan att behöva passera gränsen för högre avgift.

## 7.5 Framtiden

Äldreomsorgens framtid är helt beroende av om de styrande är både villiga att lära sig av befintliga erfarenheter och tillåta nya lösningar. Framtida äldreomsorg medför även krav på översyn av befintliga lagar och dess reala möjligheter för tillämpning. De synpunkter som tagits fram av Senior 2005, väcker funderingar kring vårdtagarens framtida möjligheter och önskemål.

Om den kommunala hemtjänsten skulle i framtiden betraktas som en serviceverksamhet med ett visst inslag av statlig subvention, skulle vårdtagarens möjlighet till påverkan via en ”beställning” skapa annorlunda förutsättningar och atmosfär kring äldrevården än vad det finns idag.

Runt om i landet finns det exempel på kommuner som har framgångsrikt övervunnit vissa hinder. Karlskrona har sedan flera år haft högt utvecklat samarbete mellan huvudmännen i exempelvis elektronisk informationsöverföring. Anledning till det svala intresset för att följa dem som lyckats, brukar vara ekonomiska argument med påstådd brist på finansiering samt de höga kostnaderna för tekniska lösningar som skymmer horisonten.

I den studerade förvaltningen arbetar man med visioner om framtida möjligheter för hemtjänstens redovisning av verkställande via mobiltelefoni eller handdatorer. Dock grundläggande problematik med både processtänkande och framtagning av ett totalt uppdrag som även inkluderar hsj insatser verkar dröja.

Redan nu måste man ta på allvar de framtida förutsättningarna som kommer att finnas. Praktiskt skulle man kunna dela upp framtida problem i organisatoriska, finansiella och politiska. Kommunens framtida huvudmannaskap för äldrevården bör innefatta även funderingar fortsätta funktion i att både verkställa och föra tillsyn? I själva verket skulle hela omsorgen kunna bestå av entreprenad, där både äldre och yngre kan skapa kooperativ och därmed dra sitt strå både för sysselsättningens men även kvaliténs skull.

Marknadskonkurrensen som kooperativen skulle utsättas för, skulle både kräva en större ekonomisk effektivitet och upprätthållande av god kvalitet från dem som verkställer. God kvalitet skulle vara en förutsättning för att vårdgivaren skulle kunna behålla uppdragen.

För kommunens del skulle den totala entreprenaden innebära att kommunens fortsatta funktion behöver förändras till att endast föra kontroll och tillsyn av entreprenörer samt mäta, ange prisnivåer och prognostisera. Denna begränsning skulle i första hand leda till minskning av dagens administration inom kommunen. I andra hand skulle flertal som idag anställs av kommunen bli utan sysselsättning, men arbetslösheten behöver inte alltid innebära något negativt.

Med de berördas kompetens skulle dessa personer få istället en möjlighet till att antingen starta egna företag eller söka arbete lokalt hos fler arbetsgivare än vad det finns möjlighet till idag. Dagens upphandlingskrav eller skydd av kommunens monopol som styrs av politiska beslut begränsar kraftigt möjligheter för friare entreprenad inom omsorgen. Begränsningarna leder till att både de anställda och vårdtagarna har färre valmöjligheter.

Dagens och framtida entreprenörer bör dock förstå att äldreomsorgen i Sverige varken handlar eller ska leda till stora ekonomiska vinster. Det handlar snarare om att självständigt eller i samverkan utforma den vård och omsorg som man själv skulle vilja få och samtidigt få en rimlig lön. Arbete med äldrevården är så speciellt att man bör utföra det endast om man helt enkelt är intresserad och trivs med det. Finansiering av äldrevården som utförs på entreprenad skulle kunna finansieras genom att entreprenören redovisar verkställande till kommunen utifrån angivna regler och verkställda timmar betalas delvis av vårdtagaren och delvis av staten.

Kommande generationer förväntas ha högre inkomster än vad dagens äldre har och därför tycks den framtida generationen själv kunna bekosta större del av sin vård och omsorg. Detta påstående florerar i hoppet om att centrala finansiärer skall kunna argumentera nästkommande reformer och förändrade kostnader för vården. Påståendet kan kanske stämma i förhållande till de som är födda på 40 eller 50 talet, men med det nya pensionssystemet finns det inga garantier att de som föddes på 60 talet eller senare kommer att ha bättre pensioner än dagens pensionärer. Det är viktigt att det finns kompletterande varianter för pensionsförsäkringar som är skattefria och tillgängliga för alla. Försäkringen skulle kunna fungera både som framtida högkostnadsskydd eller hjälpa den enskilde att finansiera en del av sjukvård, läkemedel och/eller omsorgs avgifter.

Total entreprenad är naturligtvis inte den optimala lösningen och kan även medföra konsekvenser, men en väl genomtänkt central ekonomistyrning som förebygger missbruk av systemet kan detta mildra effekter för de ekonomiska konsekvenserna. Huvudproblemet i dagens och framtida äldreomsorg ligger både i dess finansiering samt i vårdtagarens och personalens valmöjligheter. Kombination av vårdtagarnas upplevelser av den verkställda vården och personalens upplevelse av den egna insatsens betydelse, samt möjlighet till medbestämmande och attraktivare lön kan bidra till både höjning av vårdkvaliteten och yrkesstatus.

Tills friare entreprenad tillåts bör väl fungerande modeller och system för verksamhetsstyrning av äldrevården marknadsföras bättre och standardiseras. Standardisering av modeller kan underlätta både jämförelse av olika kommuner men även knytning av vinster och konsekvenser till modellen. Politikernas funktion och ansvar på nämndnivå måste också förändras. Om mål för verksamheten sätts upp är det viktigt att inte låta tjänstemännen ange alla detaljer för utförande. Förtydliganden till målen, förväntad nivå för kvalitén samt vilka åtgärder som vidtas om verksamheten inte följer riktlinjerna är nödvändiga för att förtydliga makten.

Framtiden kan även innebära att kommunen måste engagera sig ännu mer i flera nya områden samt utveckla de befintliga. Exempelvis utveckling av olika typer av hjälpmedel, att finna nya eller bättre lösningar för engagemang av frivilliga och närstående, forskning inom äldres hälsa och ohälsa, anpassning av datateknologi till äldrevården är några av dessa områden.

Senaste åren har hjälpmedelsutveckling gått framåt, men endast hjälpmedel som förskrivs av arbetsterapeuter och sjukgymnaster eller säljs på Apoteket som är mest kända. Marknaden florerar dock av många fler hjälpmedel än som inkluderas i förskrivningen. I studien har redovisats 267 gånger överlämnande av ögondroppar. I själva verket finns redan idag ett speciellt hjälpmedel för att kunna själv applicera ögondroppar men hjälpmedlet efterfrågas sällan. Samma sak gäller läkemedel, idag finns dosetter som med en röst påminner om att det är dags för att ta sin tablett.

Problem med användning av hjälpmedel handlar oftast inte om dess avancerade funktion utan om att vårdtagare skulle behöva bekosta den själv. Även hjälpmedel förväntas att bekostas via skatter i annat fall avstår vårdtagaren från hjälpmedlet. Hjälpmedel kan naturligtvis användas endast hos de vårdtagare som klarar av dem, men i all jakt efter tid, personal och pengar missas en mycket viktig aspekt i vården. Nämligen att hjälpmedel kan ge stöd och ta vara på de friska funktionerna hos vårdtagaren. Att bekosta ett hjälpmedel kan leda till att man känner sig friare och kan återta kontroll över olika aktiviteter.

Bistånd och hsj insatser är i grunden är frivilliga. Det är vårdtagaren som själv avgör om man vill ha tjänsten utförd eller om läkemedlen skall tas ut på Apoteket. Om en vårdtagare inte vill ha insatser pga. dess kostnad eller inte vill ta vara/upprätthålla sina friska funktioner, löper vårdtagaren en stor risk att försämrans i förtid. Passivitet är ogynnsam både för den psykiska och fysiska hälsan. Vårdtagarens val kan visserligen styras av ekonomiska skäl, men val kan även styras av den upplevda kvalitén och vinster på grund av den utförda tjänsten. Hur kan man styra upplevelsen?

Vårdtagarnas rätt till att bestämma över sitt dagliga livsföring är en viktig fråga för framtiden. Trots hänsynstagande till vårdtagarnas medbestämmanderätt måste man ändå konstatera att en viss kompromiss från vårdtagarnas sida inte kan undvikas. Kompromissen kan handla om antingen att vårdtagaren får betala mer för tjänsterna eller acceptera viss styrning av verkställarna.

Framtidens äldreomsorg handlar om att både utveckla och integrera nya arbetssätt och verktyg, samt att ta vara på det "friska" hos vårdtagaren och förtydliga den kommunala äldreomsorgens roll.

Utöver medicinsk tekniska hjälpmedel finns även annan teknik som kan tillämpas för att både säkerställa att insatserna utförts men även bidra till real redovisning av tidsåtgång och därmed minska onödig administration eller att vårdtagaren betalar för något som inte utförs.

IT teknologi och verktyg som handdatorer med program för avläsning av streckkoder kan vara ett alternativ och används redan. Användning av IT verktyg ställer stora krav på noggrann kravspecifikation för programmets funktion. Detta är av vikt för att undvika höga kostnader som eventuell utveckling kan ofta medföra. Via IT verktyg kan personalen redovisa verkställande av insatser via avläsning av bestämda streckkoder för ankomst, vad som utfördes samt avslut för verkställandet. Oavsett om insatserna är förbestämda eller inte, finns det en möjlighet till standardisering av vanligast förekommande insatser eller önskemål som skall rymmas inom verksamhetens tjänster. Vid tillämpning av nya teknologier i vården är skydd av vårdtagarens integritet, etik och sekretess viktiga faktorer att beakta. IT kan bjuda på annorlunda lösningar som idag kan uppfattas negativt men i framtiden erbjuder både snabbare och lättillgängliga tjänster.

Användning av exempelvis en webbkamera, kan ge personalen en möjlighet till att operera den i dess närområde och till och med kommunicera med vårdtagaren via direkt bild. Kamerakontakt skall naturligtvis inte ersätta den verkliga kontakten med människor, men i de fall då det endast handlar om tillsyn, kan vara skonsammare för vårdtagaren, då vårdtagaren slipper väckas av inkommen personal. Ur verksamhetssynpunkt skulle användning av kameror kunna på sikt vara billigare då mindre personal krävs och tillsyn kan utföras snabbare, oftare och på fler vårdtagare med samtida mindre resursanspråk.

Hsj insatser kommer att öka med den demografiska ökningen av äldre. Dagens stressiga livsföring, miljö och kost kan leda till olika typer av ohälsa och medföra att kommande generationer kan bli sjukare tidigare än dess föregångare. Sökningen efter den mest optimala modellen för äldrevården kommer att fortsätta. Möjligheterna är dock begränsade till att förflytta vården mellan institutioner eller vård i det ordinarie boendet. Oavsett var vården skall utföras måste det dock finnas personal och förutsättningar för att verkställa den.

## 8. SLUTLIG KOMMENTAR

Studien som genomfördes för uppsatsens räkning är ett exempel på att inga komplicerade verktyg krävs för att kunna eliminera antagande och bidra med kunskap som stämmer mer överens med verkligheten. Problematiken med att implementera uppföljningsverktyg som integreras i vårdarbetet utan att den upplevs som kostsamma eller belastande är svår – dock inte omöjlig. Eventuella kostnader som uppföljningsverktyg medför måste balanseras med vinster som en underlättande redovisning, minimering av de slutliga administrativa kostnaderna och kostnadseffektiviteten medför.

19,3 % av hemtjänstgruppernas vårdtagare hade både bistånd och hsj insatser, siffran kan till synes verka låg, men åter igen är det inte antal vårdtagare utan den tidsåtgång som hsj insatserna genererar som är viktig. Jämförelse av gång och körtid för hsj insatsen samt dess reala tidsåtgång bör ställas i förhållande till vad kan och vad måste verkställas av kommunen. Bedömning av vårdtagarens fysiska och psykiska tillgångar samt mer frekvent tillämpning av träning och hjälpmedel bör leda till fler självständigare vårdtagare.

Flera av aspekter för säkerställande av den kommunala effektiviteten och vårdkvalité är viktiga:

- Ledningens och chefernas kompetens och engagemang.
- Tydliga definitioner av SoL och Hsj tjänster, dess tidsåtgång och dess kostnad.
- Tydliga avtal mellan huvudmän för att bevaka förvaltningens intressen.
- Omvärldsanalys och flexibel organisation som inkluderar möjlighet till entreprenad.
- Kontinuerlig uppföljning av verkställande inom samtliga processer i förvaltningen.
- Korrekt användning av tillgängliga resurser och kompetens.
- Underlagets tillförlitlighet för planering av bemanningen och verksamhetsanalys.
- Höga krav på tillämpade verksamhetssystem.
- Ett totalt uppdrag för verkställande av SoL och Hsj insatser för alla boendeformer.
- Personalens grundläggande kompetens och dess framtida kompetensutveckling.
- Kvalitetssäkring av utbildningar.
- Bemötande och etik i vården.

Den teoretiska referensramen beskriver en del mekanismer som kan påverka förvaltningens möjligheter till att uppnå ex. kostnadseffektivitet. Det önskvärda vore att den kommunala äldreomsorgen skulle drivas mer som ett företag/bolag, där man kontinuerligt arbetar med processtänkande. Aktivt arbete med processer och effekter som involverar även de anställda, kan leda till att kostnadseffektiviteten inte endast förknippas med nedskärningar utan även med förbättringar.

Det är av vikt att även fundera kring argument som skall sporra de anställda att aktivt medverka i kampen om kostnadseffektivitet. Idag finns det inte något bonussystem för de personalgrupper som lyckas hålla budgetbalansen och som solidariskt ställer upp för verksamheten och därmed bevakar att vårdtagarna inte kommer i kläm på grund av organisatoriska brister.

I besparingstider är det viktigt för både chefernas och personalens skull att förvaltningens ledning visar tydligt sin uppskattning för att på så sätt uppmuntra till fortsatt goda arbete.

Men – trots alla kända brister, både i verksamhetssystem, ledning och/eller organisation kan man konstatera att personalens flexibilitet, kompetens och engagemang förtjänar en stor eloge. Eftersom det är dem som dagligen får bära konsekvenser, men gör den dagliga äldreomsorgen möjlig.

## 9. REFERENSER

<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Förlag, År</b>
Andersson, A.	Health economic studies on advanced home care.	Linköpings Universitet 2003
Bengtsson, A.	Hemtjänstuppföljning och förflyttningstid.	Hemvårdsförvaltningen.dec.2003
Brunsson, N.	Politik och handling.	Lund, Doxa, 1986
Brunsson, N.	Politik och ekonomi.	Lund, Doxa, 1986
Brunsson, N.	Reformer som rutin.	Stockholm, Carlssons, 1990
Brunsson, N. Olsen, J.	Makten att reformera.	Stockholm, Carlssons, 1990
Brunsson, N. Olsson, J.	Kan organisationsformer väljas?	Stockholm, Carlssons, 1990
Brorström, B. Haglund, A. Solli, R.	Förvaltningsekonomi	Lund, Studentlitteratur, 1999
Clewer, A. Perkins, D	Economics for health care management	Prentice Hall Europe 1998
Eliasson, R.	Omsorg som lönearbete: om taylorisering och professionalisering.	Lund, 1992
Falkenbergs kommun	Rapport vårdtyngdsmätning hälso- och sjukvård	Augusti 2002
Falkman,P. Siverbo, S	Den ekonomiska styrmodellen i Västra Götalandsregionen	Utvärderingsprogrammet - Rapportserie Västra Götalandsregionen 1999:1
Foss - Hanssen, H.	Organisatorisk effektivitet.	Jurist-/ekonomförb.förlag 1992
Halmstads kommun	Avvikelsestatistik – Slutrapport	Halmstad 2003
Hedström, K. Cronholm, S. Goldkuhl, G. Pilemalm, M.	Utveckling av hemtjänst genom IT och verksamhetskunnande	Göteborg, 2003
Johansson, M.	Vårdtyngdsmätning en tillgång till chefer och personal?	Göteborg, Förvaltningshögskolan, 2000
Karlström, J.	Intern rapport om hälso- och sjukvårdsavgifter i kommuner.	Halmstad augusti, 2003
Le Grand, J. Bartlett, W.	Quasi - markets and social policy	London, Macmillan, 1993



<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Förlag, År</b>
Linderholt, Ch.	Delegering inom hemsjukvård	Lunds Universitet 2000
Mintzberg, H.	Structure of fives – Designing effective organizations	Prentice Hall, 1983
Mooney, G	Economics, Medicine and Health Care	Second edition, 1992
Norén, L	Staten och de nya offentliga marknaderna.	Handelshögskolan GU 2001
Selznik, P.	Leadership in administration: a sociological interpretation	New York, Harper & Row, publ., cop. 1957
Senior 2005	Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning.	Statens offentliga utredningar, 2003:91
Smith, P	Principal – agent problems in health care systems: an international perspective	Health Policy, nr. 41 1997
Socialstyrelsen	Författningar och statistik	www.sos.se 2003 - 2004
Statistiska Centralbyrån	Statistik och rapporter	www.scb.se 2003 - 2004
Stern, CH.	Nyinstitutionell organisationsteori.	Student litteratur, 1999
Svenska Kommunförbundet	Aktuellt om Äldreomsorgen.	Svenska Kommunförbundet oktober 2003
Svenska Kommunförbundet	Pressmeddelanden och statistik	www.svekom.se december 2003
Thorsvik, J	Hur moderna organisationer fungerar.	Student litteratur, 1995

Rekommenderar även samtliga svenska Universitetens hemsidor på Internet. Dessa innehåller värdefull information kring pågående och äldre forskning inom olika ämnesområden.

## 10. APPENDIX – Diagram och figurer

### 10.1 Diagram

DEMOGRAFISKA FÖRÄNDRINGAR 1970 - 2030

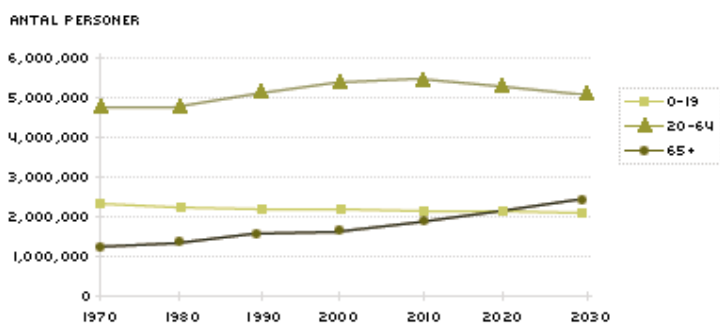


Diagram 10.1.1 Demografiska förändringar i antal personer fram till 2030 enligt SCB ålder 0 – 65+

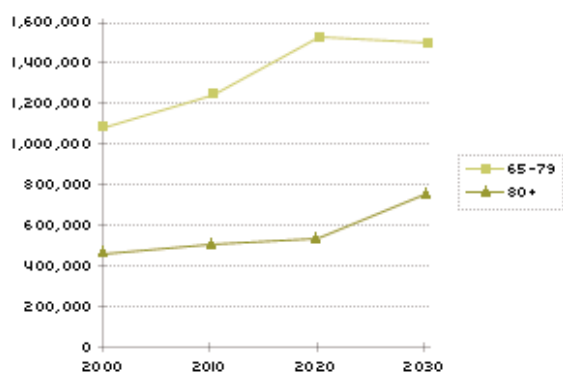


Diagram 10.1.2 Demografiska förändringar i antal personer fram till 2030 enligt SCB ålder 65 – 80+

#### Antal insatser

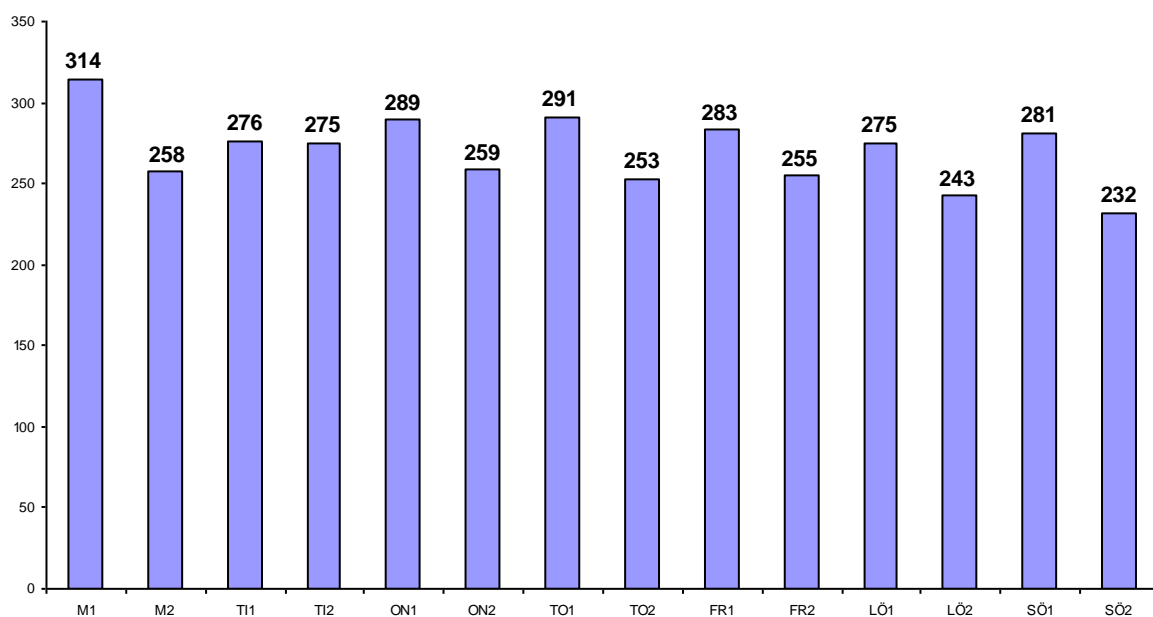


Diagram 10.1.3 Total antal hsj insatser med fördelning på veckodagarna under en två veckors period

### Antal insatser

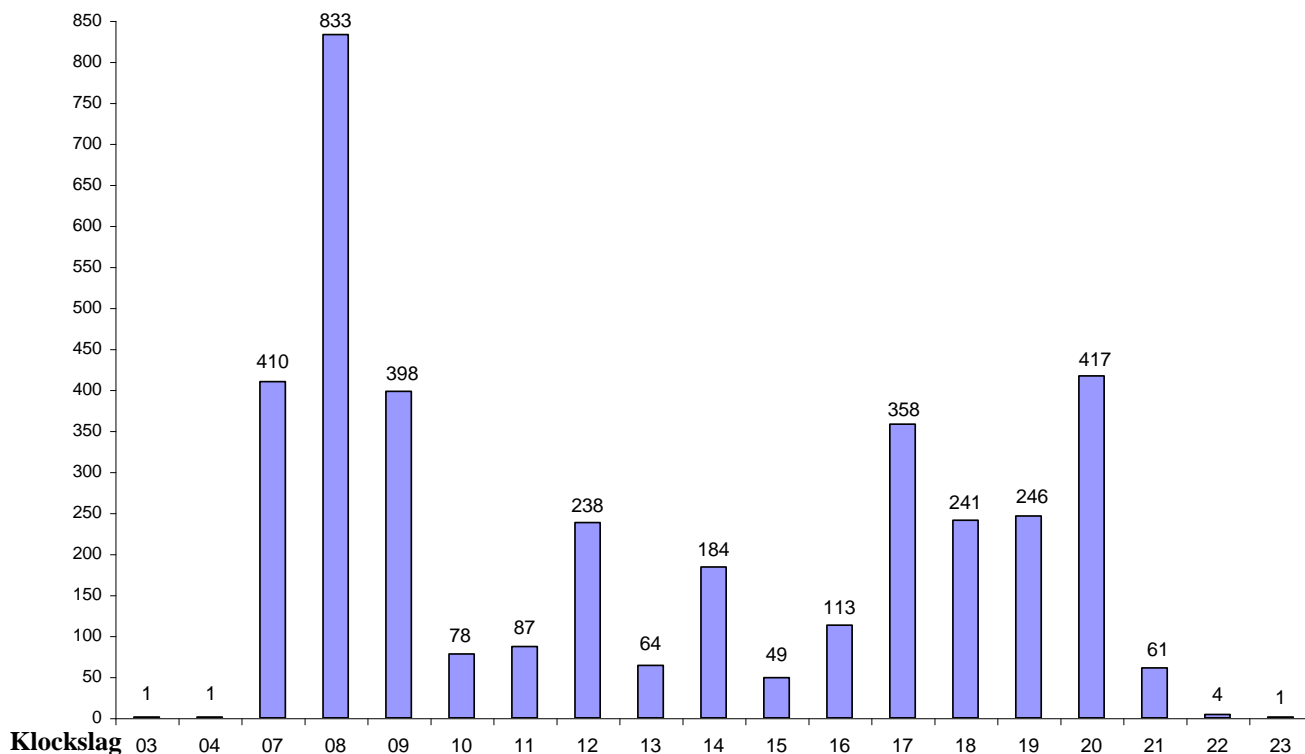


Diagram 10.1.4 Total antal hsj insatser över rapporterade klockslag.

### Antal insatser

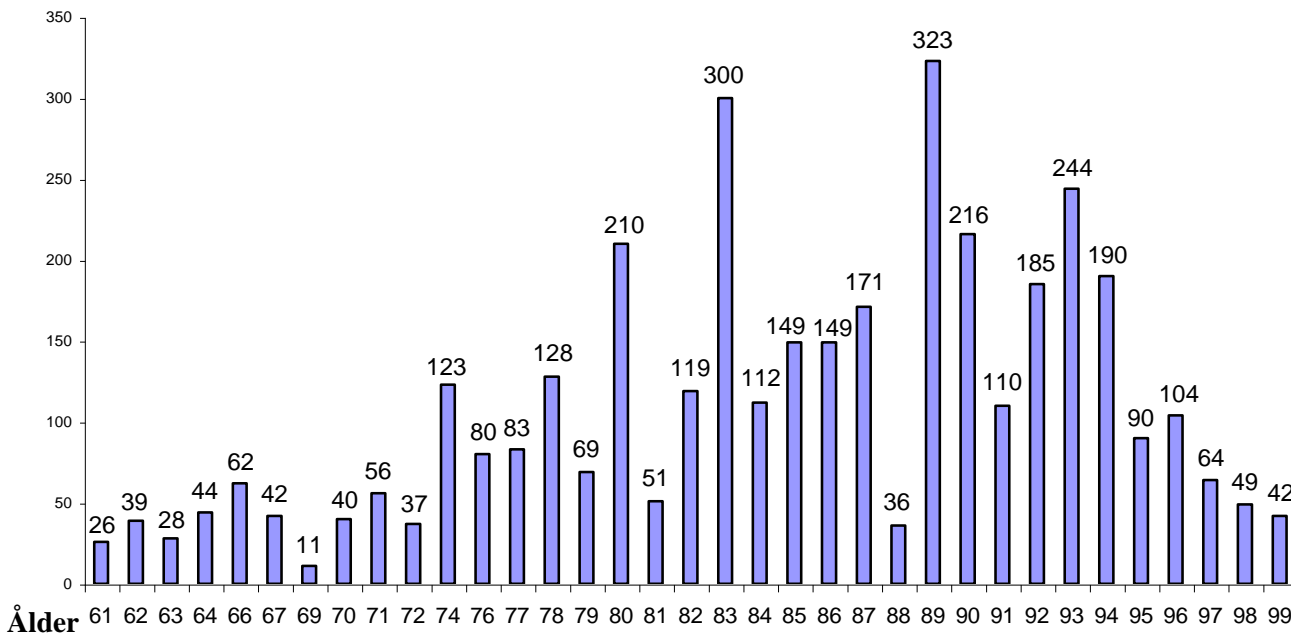


Diagram 10.1.5 Total antal hsj insatser utifrån vårdtagarnas ålder

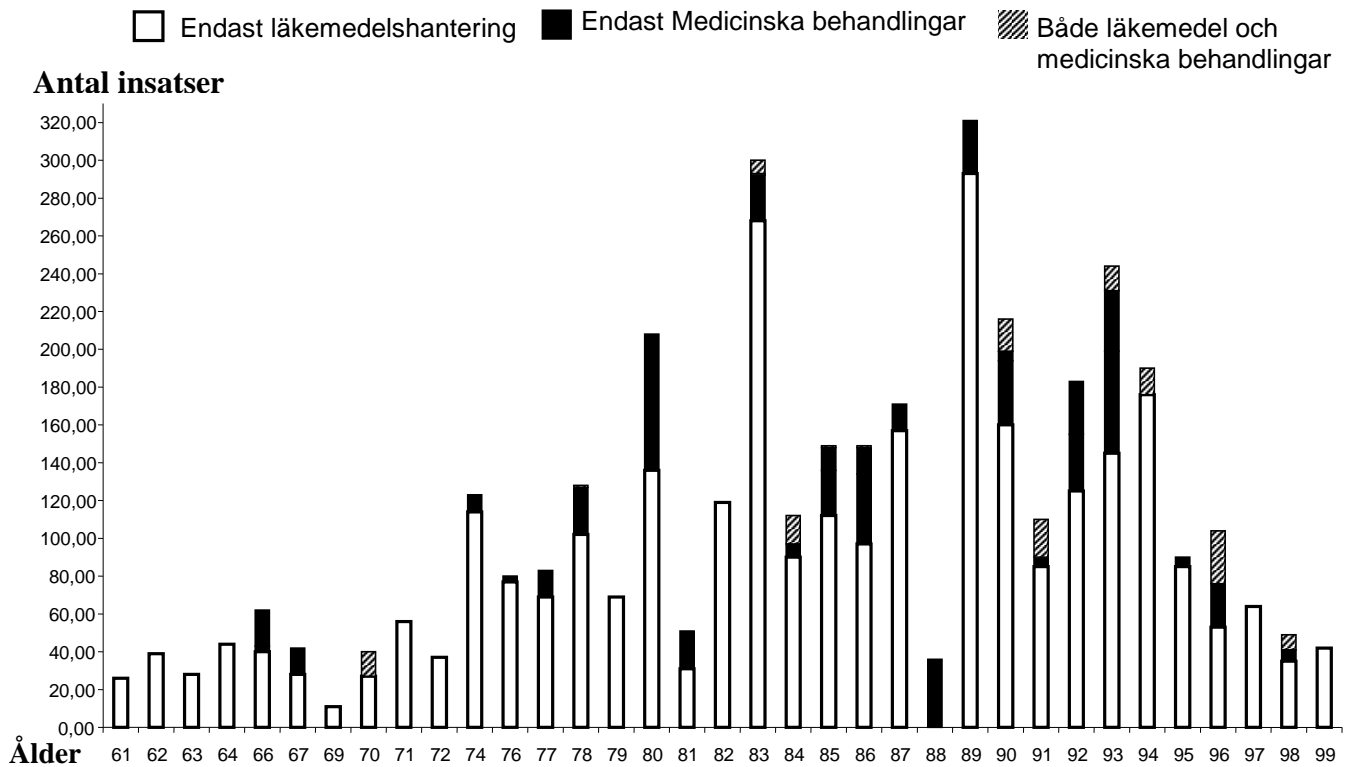


Diagram 10.1.6 Typ av hsj insatser med fördelning på ålder

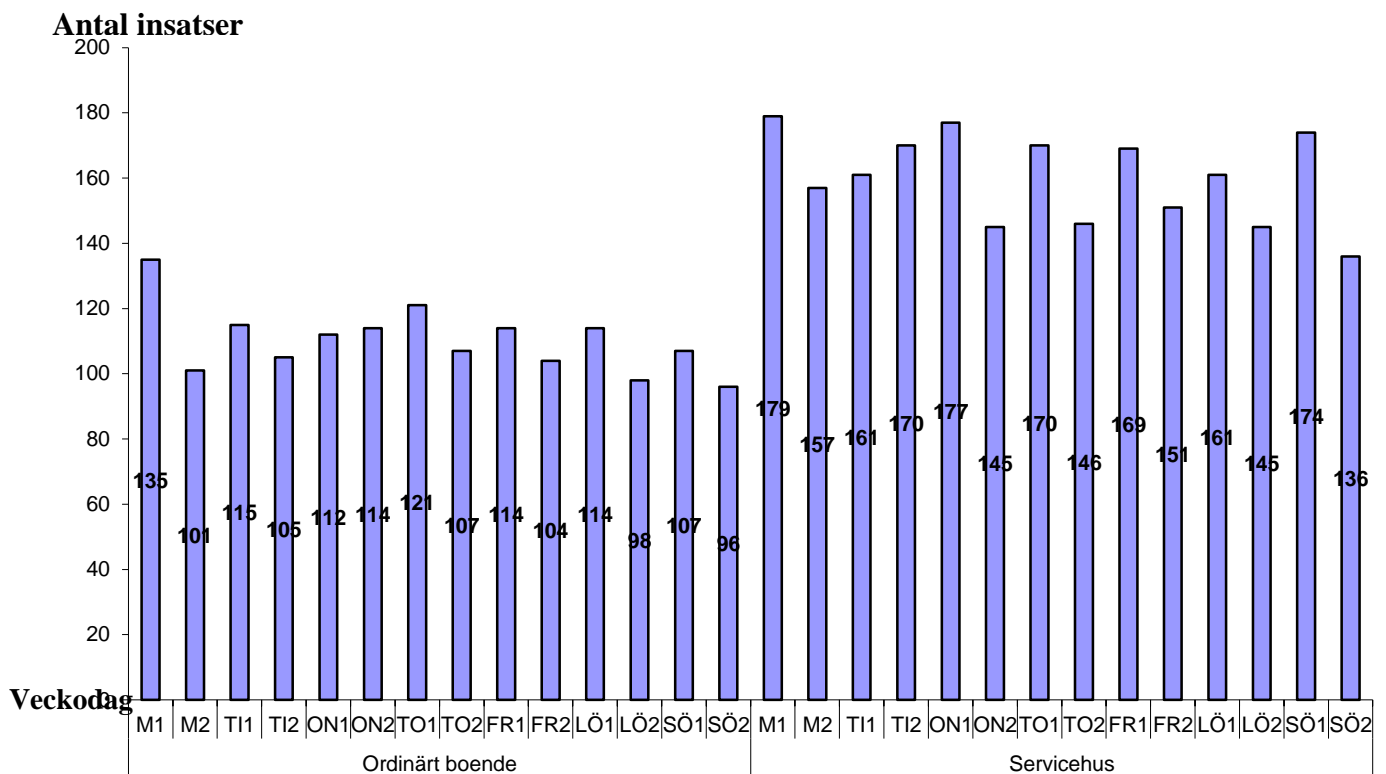
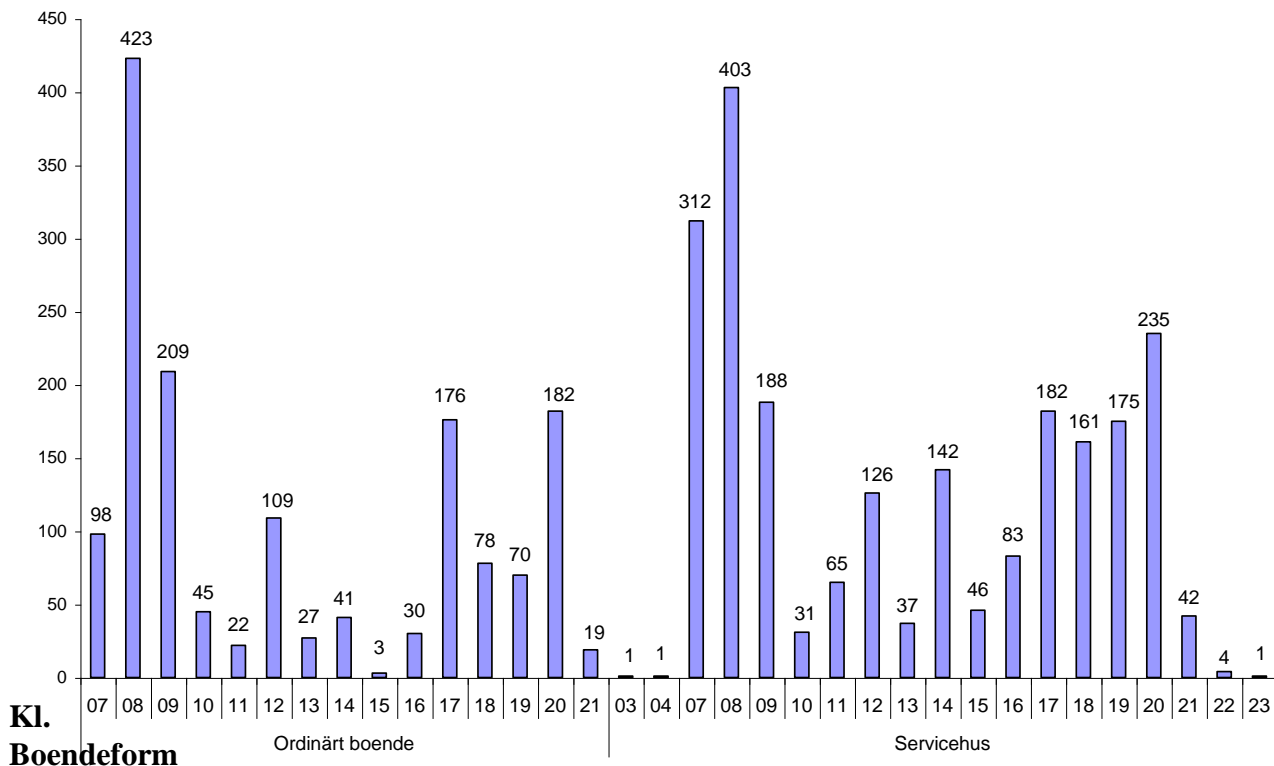


Diagram 10.1.7 Total antal hsj insatser utifrån veckodag och boendeform

Antal insatser

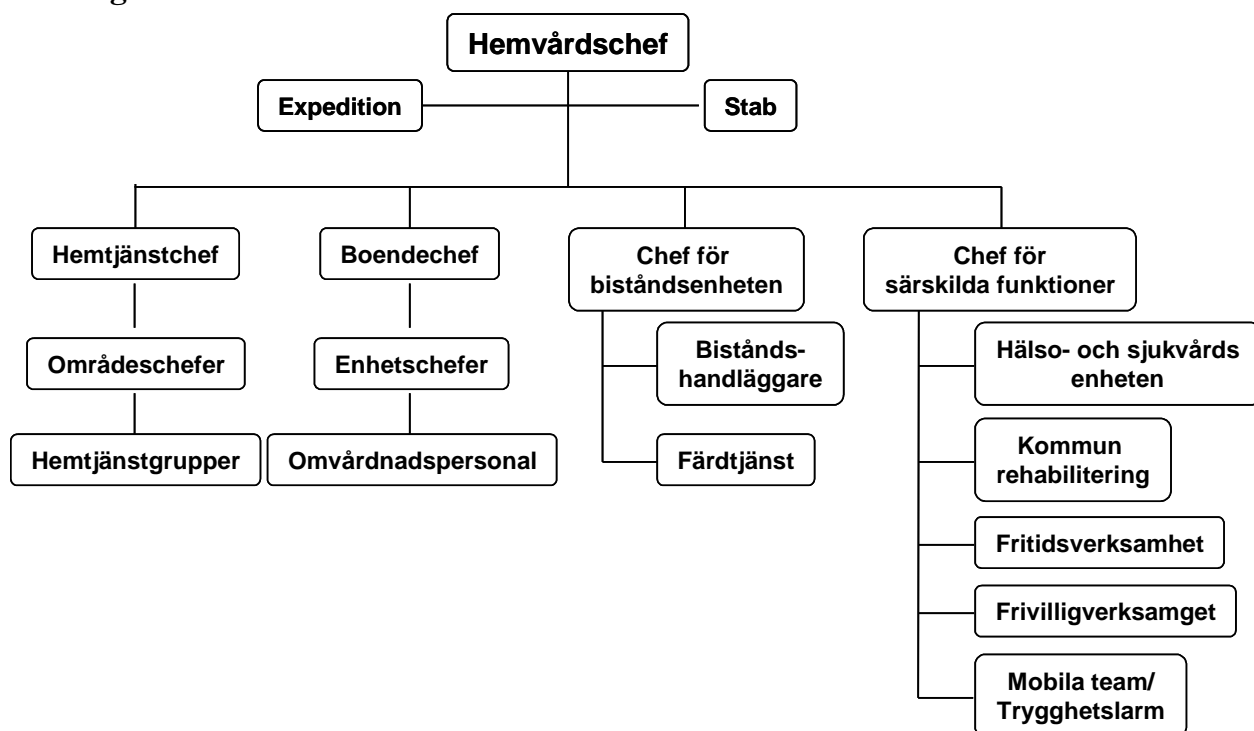


Kl.

Boendeform

Diagram 10.1.8 Total antal hsj insatser utifrån klockslag och boendeform

## 10.2 Figurer



### 10.2.1 Organisationsschema för studerad förvaltning

## 11.BILAGOR

### Bilaga 11.1. Anvisningar och blankett för studien av hälso- och sjukvårdsinsatser som verkställs av hemtjänsten

Idag utför hemtjänstpersonalen två typer av insatser som underordnas två olika lagar:

**Socialtjänstlagen** – styr insatser som kräver biståndsbeslut (omvårdnad, larm, matdistribution mm.)

**Hälso- och sjukvårdslagen** – styr de insatser som omvårdnadspersonalen utför på delegering av ex. sjuksköterska.

Idag har man en god insikt i vilka insatser som utförs enligt Socialtjänstlagen (SoL), däremot vet man inte lika mycket om de insatser som utförs enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL). För att få insikt i vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av/belastar hemtjänstpersonalens verkställandetid, vill jag att utvalda hemtjänstgrupper genomför en tidsstudie som skall sträcka sig sammanhängande över två veckors period.

#### **All personal utför insatserna utifrån egna förutsättningar och situation som gäller just då.**

**OBS!** Studien åsyftar inte att lägga värderingar på det individuella utförandet och dess tidsåtgång! Därför är det mycket viktigt att var och en som registrerar insatsen anger den tid som gäller för det egna utförandet och inte kopierar tiden från kollegornas registreringar.

#### **VIKTIGT!**

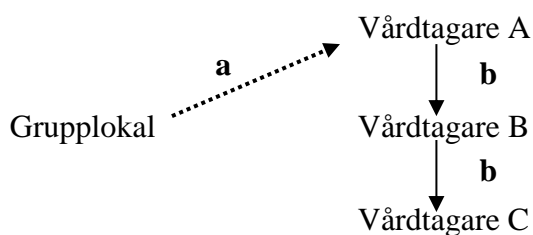
Blanketter som insatserna skall registreras på, skall förvaras lättåtkomliga för personalen för att undvika glömska för registreringar. Hemtjänstgruppen bestämmer själv var dessa skall förvaras. Om man vill förvara blanketten i Hemdoc, så **måste dessa tas ut** om vårdtagaren skall skickas till länssjukhuset! Om vårdtagaren kommer tillbaka från länssjukhuset under perioden då studien fortfarande pågår, skall man fortsätta registreringen tills tidsstudiens slut.

#### **Vad skall registreras och hur?**

1. Registrering sker hos varje vårdtagare som har hälso- och sjukvårdsinsatser enligt HSL.
2. **Hemtjänstgruppens namn** – Skall förekomma på samtliga registreringsblanketter hos varje vårdtagare.
3. **Blad nr.** – Samtliga registreringsblanketter hos vårdtagaren skall numreras i ordningsföljd.
4. **Vårdtagarens namn** – Skall anges tydligt, texta gärna.
5. **Personnummer** – Gäller vårdtagarens personnummer 10 siffror XXXXXX-XXXX.
6. **Kommunens** – Sätt kryss i angränsande ruta om vårdtagaren har en kommunsköterska.
7. **Primärvårdens** – Sätt kryss i angränsande ruta om vårdtagaren har en primärvårdssköterska.
8. **Ordinarie gång-/körtid från grupplokalen** – Ange den gång-/körtid som gäller om man skulle förflytta sig direkt från grupplokalen till aktuell vårdtagare, anges i minuter på alla vårdtagare.
9. **Period för studien vecka 3 – 4 2004** – Studien börjar måndag 12/1 och slutar 25/1 2004.

## 10. Registrering av insatser - Varje insats mäts och registreras för sig!

- # **Typ av insats** – Ange den insats som du skall utföra ex. överlämnande av läkemedel, sondmatning, ögondroppar. Viktigt att samtliga som registrerar hos vårdtagaren använder sig av samma formulering av insatsen som kollegan före har angett på blanketten. Detta är av vikt för att inte missuppfatta vad insatsen handlar om.
- # **Utförarens befattning Vb/Usk/Outbildad** – Jag vill veta vilken personalgrupp man tillhör, därmed om man har/saknar omsorgs/sjukvårdsutbildning.
- # **Har utföraren delegering för insatsen J/N** – I studien skall endast registreras hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs på delegering av sjuksköterskan. Om insatsen är delegerad skall den även dokumenteras via ex. signeringslistor. Var observanta på att vissa insatser handlar om egenvård. Ex. hjälp med stödstrumpor skall registreras här endast om ni har delegering för uppgiften.
- # **Datum för insatsen** – Ange dagens datum för varje insats som utförs, detta för att lättare kunna se hur många insatser som sker under en arbetsdag.
- # **Klockslag för insatsen** – Ange klockslag för varje insats som utförs, detta är av vikt för att kunna se tendensen när de flesta av insatserna sker.
- # **Tidsåtgång för insatsen** – Ange endast den tid som krävs att utföra insatsen dvs. från den stund då man startar utförande tills man ex. signerar och därmed avslutar. Om vårdtagaren måste sitta upp eller förflyttas för att insatsen skall kunna utföras skall även tiden för förberedelserna räknas in. Ange tidsåtgången i minuter.
- # **Utfört i samband med bistånd J/N** – Ange J (JA) om insatsen utförs samtidigt som man verkställer något bistånd ex. morgonhjälp, matdistribution mm. Ange N (NEJ) om du måste gå/köra till vårdtagaren utan att ett bistånd skall utföras.
- # **Gång-/Körtid för aktuell insats** – Ange endast den tid som krävdes för att ta sig till vårdtagaren för att utföra insatsen ex:
  - a. Om man måste gå till vårdtagaren från själva grupplokalen – uppge den tid som gäller
  - b. Om man går mellan olika vårdtagare – uppge endast den tid det tar (se bild nedan)



Detta är av vikt för att kunna få mer korrekt bild av förflyttningstiden.

Vid frågor kontakta: Joanna Karlström 137906 eller 070-69 99 722 [joanna.karlstrom@halmstad.se](mailto:joanna.karlstrom@halmstad.se)

**TACK FÖR DIN MEDVERKAN!**

