

Kartläggning av kirurg-ortopediska vårdkedjan och dess kvaliteter i Västerbotten och Kust-Österbotten

Analys av intervjuer med vårdpersonal inom specialist-,
primär- och kommunvård/socialvård



UPPSALA
UNIVERSITET



Vasa centralsjukhus
Vaasan keskussairaala



Österbottens förbund
Pohjanmaan liitto



UMEÅ UNIVERSITET



KUST-ÖSTERBOTTENS SAMKOMMUN FÖR SOCIAL- OCH PRIMÄRHÄLSOVÅRD

Kartläggning av kirurg-ortopediska vårdkedjan och dess kvaliteter i Västerbotten och Kust-Österbotten – Analys av intervjuer med vårdpersonal inom specialist-, primär- och kommunvård / socialvård

Produktion: Region Västerbotten, September 2020

Författare: Susanna Hemming, Projektplanerare, Kust-Österbottens samkommun för social- och primärvård (K5), Lina Ärlebrant, Forskningssjuksköterska, Glesbygdsmedicinskt centrum, Region Västerbotten

Foto: Vasa centralsjukhusets bildbank, Linn Johansson, Region Västerbotten, Madeleine Rinman, Storumans kommun, Unsplash

Illustrationer: Sofia Berggren, Region Västerbotten

Kartläggning av kirurg-ortopediska vårdkedjan och dess kvaliteter i Västerbotten och Kust-Österbotten

Analys av intervjuer med vårdpersonal inom specialist-,
primär- och kommunvård / socialvård

Innehåll

Inledning	6
Syfte och mål	7
Metod	7
Del 1. Kartläggning av vårdkedjan	9
Hälsa- och sjukvården i Sverige, Västerbotten	9
Hälsa- och sjukvården i Finland, Kust-Österbotten	10
Skillnader mellan länderna	11
Definitioner och språkliga förtydliganden för denna rapport	12
Flödet i den kirurgortopediska vårdkedjan	
— en beskrivning	14
Inskrivning specialistsjukvård	14
Inskrivning bäddavdelningar/sjukstugor	16
Inskrivning till social-/kommunalvård	17
Utmaningar vid överflyttning av patienter mellan enheter	18
Kommunikationen mellan nivåerna vid överflyttningar	20
Utskrivning och beslutspunkter	20
Utmaningarna i vårdflödet – Flaskhalsar	26
Ojämmt flöde	26
Bristande planering/svårt att planera	26
Avsaknad av information	27
Resursbrist	31
Del. 2 Vårdkedjans kvaliteter	36
Styrkor	36
Svagheter	39
Vårdkvalitet och god vård	41
Effektiv vård och vårdkvalitet	44
Jämlik vård	44
Jämlikt i teorin	45
Genus	45
Ålder	46
Språk	46
På liten ort	47
Avstånd	47
Individuell vård och prioriteringar	48

Del 3. Utveckling och förbättringsförslag	49
Vård närmare hemmet	49
Förutsättningar för vård nära hemmet	50
Hinder för vård nära hemmet	56
Slutenvårdsplatser i primärvård	58
Förbättringsförslag och hälsningar till beslutsfattare	59
Förbättra samarbetet och kommunikationen	59
Utbilda personalen	61
Använd resurserna klokare	61
Minska resandet	63
Satsa på förebyggande arbete och rehabilitering	64
Ge en personcentrerad vård	66
Avslutande diskussion	68
Övergripande informationssystem	69
Gränsen mellan effektiv vård och bra vårdkvalitet	69
Det förebyggande arbetet	70
Vård på rätt nivå?	70
Vård nära hemmet	71
Lärdomar av projektet	72
Bilagor	73
Bilaga 1: Frågeguider	74
Bilaga 2: Verksamhetsnära förbättringsförslag	84
Vårdkedjan i Finland	84
Vårdkedjan i Sverige	85
Kontaktuppgifter	88



Inledning

Många patienter behöver vård från flera vårdgivare på olika enheter. De insatser som sker under en patients väg genom vården kan sammanfattande benämnas som en vårdkedja. Det som händer i en vårdkedja, hur patienter färdas, hur enheter påverkar varandra och hur förändringar påverkar hela kedjan är väldigt komplext och kan vara svårt att förutse. Inom industrin konsekvensbedöms och kvalitetssäkras komplexa processer med stöd av simuleringsverktyg och detta kan även göras inom vården. Att kunna se patientens hela resa i vårdkedjan kan också stimulera till större samverkan mellan de olika vårdhuvudmännen och leda till mer långsiktiga och hållbara investeringar. För att kunna kartlägga vårdkedjan har projektet SOS 1.0 samlat in data från journalsystem och register men också intervjuat personal och patienter. Projektet har undersökt om det går att följa patienter i en vårdkedja som sträcker sig över flera vårdenheter och även över organisationsgränser.

Valet att jämföra orterna i Kust-Österbotten och Västerbotten gjordes för att de liknar varandra i antal inskrivna patienter per år och för att ett välfungerande samarbete redan var etablerat. Anledningen till att den kirurgortopediska vårdkedjan valdes är att den är ett viktigt flöde att se över i och med den stora påverkan på människors livskvalitet som åtgärder inom ortopedi och kirurgi ofta får. Den passar även bra som en första vårdkedja att kartlägga då en operation ofta finns som en tydlig startpunkt in i flödet och detta förenklar arbetet. Den hade även ett lämpligt antal vårdtillfällen att studera. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv finns mycket att vinna med att optimera och öka kvaliteten i den kirurgortopediska vårdkedjan. Detta eftersom vården är förenad med stora kostnader i vårdorganisationerna och det faktum att rehabiliteringen ibland kan bli lång för den enskilde.



*”Många gånger kan en fallolycka betyda slutet på patientens självständiga liv”
(personal primärvården)*

Rapporten riktar sig främst till personal och verksamhetsansvariga inom den kirurgortopediska vårdkedjan och är ett sätt att återkoppla till de verksamheter som bidragit med tid, engagemang och data i projektet. Förhoppningsvis kan läsarna av rapporten bidra till processen genom att kommentera om det finns oklarheter eller felaktigheter i materialet. Denna rapport kan då samtidigt bli en slags utvärdering av kartläggningen (Kontaktuppgifter till författarna finns i slutet av dokumentet).

Förutom en inledande beskrivning av syfte, mål och metod är rapporten indelad i tre delar. Del 1 berättar mer ingående om den vårdkedja som är undersökt, om dess olika delar, utmaningar och flöde. Del 2 handlar om vårdkedjans olika kvaliteter i form av styrkor, svagheter, vårdkvalitet och jämlik vård. Del 3 i sin tur berättar vad personalen sagt om vård närmare hemmet, utveckling, och förbättringsförslag. I den avslutande diskussionen sammanfattas rapportens huvudpoänger och en del tankar som väckts under arbetets gång presenteras.



Syfte och mål

I denna rapport ligger fokus på att sammanfatta de kvalitativa data som samlats in i projektet under intervjuer med personal i den kirurgortopediska vårdkedjan. Denna typ av data behövs för att fånga upp information som inte går att hitta i datasystem eller journalanteckningar och för att undersöka vad personal tycker om vården vid de olika vårdnivåerna och om hanteringen vid överflyttning mellan vårdnivåer. Rapporten behövs också för att förstå vad som avgör när beslut fattas i vårdkedjan. Allt detta kan tillsammans med kvantitativa data ge en bättre bild av en vårdkedja och hur patienter färdas i den och utgör en viktig aspekt i byggandet av simuleringsmodeller.

Målet med denna rapport är att synliggöra de styrkor och svagheter i vårdkedjan som de intervjuade återger. Målet är också att identifiera flaskhalsar inom och mellan de olika vårdnivåerna, samt att diskutera likheter och skillnader länderna emellan. Rapporten vill även bidra till att utveckla och förbättra vårdprocesserna i båda länderna.

Rapporten är en sammanfattning av 47 intervjuer vilket genererade ca 900 sidor text efter transkribering. Den visar vad personalen har uttryckt och i vissa fall har många beskrivit samma upplevelse medan det i andra fall endast varit en av de intervjuade som berättat om något. Syftet med denna rapport är inte att bara lyfta det som många har sagt utan att kartlägga personalens erfarenheter i stort. Däremot kan det vara av intresse att veta när flera uttrycker samma sak eftersom det talar för att detta är ett ämne som engagerar många. I rapporten förekommer många citat och för att garantera deltagarnas anonymitet identifieras deltagarna enbart med titeln ”personal” och vårdnivå (specialistsjukvård, primärvård och kommunal-/socialvård).

Metod

Personal som arbetar på enheterna som ingår i vårdkedjorna i både Sverige och Finland har under perioden 2017-2019 intervjuats. I Sverige intervjuades personal från Lycksele lasarett, sjukstugor i Västerbotten samt Storumans kommun och i Finland intervjuades personal från Vasa Centralsjukhus och Närpes stad. Under intervjuerna användes frågeguider (se exempel i bilaga 1.) som stöd och följdfrågor ställdes vid behov. I Sverige gjordes två delstudier där den första fokuserade på kartläggning av vårdkedjans flöde och den andra fokuserade på vårdkvalitet och vård nära hemmet. Frågeguiden som användes i Finland var en förkortad version av den svenska varianten, och färre personer intervjuades där då tiden var begränsad. Samtliga intervjuer var ungefär en timme långa och spelades in. De skrevs sedan ner ordagrant, analyserades och kodades med hjälp av analysprogrammet MAXQDA. Projektgruppen har fortlöpande diskuterat resultaten från intervjuerna och

gjort jämförelser mellan länderna. Många frågor har väckts under arbetets gång och material från intervjuerna har under projekttiden använts för att komma vidare i arbetet med simuleringsmodellerna. Resultatet från intervjuerna har även jämförts med kvantitativa dataanalyser och data, för att undersöka huruvida det som intervjupersonerna berättat även kan bekräftas av statistiken. Som komplettering till intervjuerna har även personliga kontakter med verksamhetschefer, operationsplanerare med flera gett information till rapporten. Även fakta från olika organisationers hemsidor (exempelvis SKR, Försäkringskassan) har i vissa fall lyfts in.

Tabell 1

Tabell över antal intervjudeltagare vid respektive enhet

Yrkeskategori	Specialistsjukvård Totalt (Sve, Fin)	Primärvård Totalt (Sve, Fin)	Kommunal/Socialvård Totalt (Sve, Fin)
Läkare	5 (3, 2)	5 (4, 1)	1 (1, 0)
Sjuksköterska	5 (3, 2)	5 (4, 1)	5 (3, 2)
Fysioterapeut	2 (1, 1)	4 (2, 2)	2 (1, 1)
Arbetssterapeut	1 (1, 0)	2 (2, 0)	1 (1, 0)
Undersköterska		2 (2, 0)	3 (3, 0)
Biståndshandläggare			2 (2, 0)
Socialarbetare			1 (0, 1)
Konditionsskötare			1 (0, 1)

Inom specialistvård:	Kirurg-ortopediavdelningen Lycksele Lasarett och kirurgiska avdelningen T2 på Vasa Centralsjukhus.
Inom primärvård:	Storuman, Sorsele & Vilhelmina sjukstuga samt Närpes HVC.
Inom kommunal/social vård:	Storumans kommun, hemsjukvård, hemtjänst och särskilt boende samt Närpes stads hemservice, hemsjukvård, hemrehabilitering och serviceboende.

Åldern på deltagarna i Sverige varierade från 27 till 71 år med en medelålder på 48 år. I Finland var intervjupersonerna mellan 30 och 60 år gamla, med en medelålder på 45 år. Arbetslivserfarenheten inom yrket varierade från 3 till 42 år med ett medelvärde på 21,8 år i Sverige och ett medelvärde på 20 år i Finland. Ålder och yrkeserfarenhet är okänd hos 14 av deltagarna i Sverige eftersom den frågan inte ställdes i första delstudien. Bland deltagarna var 10 män och 37 kvinnor. Vi strävade efter en jämn könsfördelning men i många fall finns endast ett fåtal eller ibland bara en person på varje enhet med det yrke som efterfrågats. Dessutom är fördelningen mellan könen bland sjukvårdspersonalen inte jämn. Därav en skillnad i könsfördelning. De 47 intervjupersonerna representerar naturligtvis bara en del av totala antalet anställda inom vårdkedjorna, vilket innebär att de resultat som presenteras i denna rapport inte gör anspråk på att vara en heltäckande beskrivning av personalens tankar och åsikter.



Del 1. Kartläggning av vårdkedjan

Hälso- och sjukvården i Sverige, Västerbotten

I Sverige delas ansvaret för vård och omsorg mellan staten, regioner och kommuner. Staten ansvarar för att etablera principer och riktlinjer och fastställa den övergripande politiska agendan för svensk hälso- och sjukvård. Det sker genom lagar och förordningar eller genom överenskommelser med Sveriges kommuner och regioner, SKR. Aktuella överenskommelser syftar till att till exempel korta väntetider och stödja nationella kvalitetsregister. Sverige har 21 regioner som ansvarar för att organisera hälso- och sjukvård så att alla medborgare har tillgång till god vård. Regionerna styrs av folkvalda politiker och de kan anpassa sin verksamhet till de regionala förutsättningarna och de har eget ansvar för den interna kontrollen av sin verksamhet. Svensk hälso- och sjukvård finansieras till största delen av region- och kommunalskatten och med bidrag från staten. Efter regionerna är det privatägda företag som är de största utförarna inom hälso- och sjukvårdsområdet. Privata utförare förekommer framförallt inom den öppna vården. De flesta privata vårdgivare har avtal med regionerna som gör att de får samma ersättningar som offentliga vårdgivare och att patienterna betalar samma avgift oavsett om vårdgivaren är privat eller offentlig. Specialist- och primärvård ligger i Sverige under regionens ansvar. I Sverige pågår en stor hälso- och sjukvårdsreform "God och nära vård – En primärvårdsreform" med målsättningen att en förflyttning ska ske från dagens sjukhustunga system till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård¹. Primärvården ska bli den tydliga basen i hälso- och sjukvården där grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov. I det delbetänkande som lämnades till regeringen den 1 juni 2019 lägger utredningen

¹ SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen: Samordnad utveckling för god och nära vård.* Stockholm: Statens offentliga utredningar.

fram en rad förslag, bland annat om ett nationellt utformat uppdrag för primärvården, en stärkt rätt till fast läkarkontakt, en statlig satsning på utbildning av fler allmänläkare och bättre möjligheter till uppföljning av primärvården på aggregerad nivå. Personcentrerade arbetssätt och förebyggande insatser lyfts som framgångsfaktorer i arbetet, och behovet av interprofessionella arbetssätt betonas. Utredningen föreslår att samtliga föreslagna lagändringar ska träda i kraft den 1 juli 2020.

Region Västerbotten, tidigare Västerbottens läns landsting, är en region för de 271 487 (2019) invånarna i Västerbottens län. Region Västerbotten ansvarar, som alla regioner, främst för hälso- och sjukvård. Förutom hälso-, tand- och sjukvård har regionen även ett ansvar för den regionala utvecklingen i länet och regionen. Regionen står också för allmänna kommunikationer mellan länets kommuner och bedriver även kulturell verksamhet. Regionen bildades den 1 januari 2019 genom en sammanslagning av Västerbottens läns landsting, regionförbundet Region Västerbotten och företagsstöd från Länsstyrelsen.

Även kommunerna styrs av politiker som valts av medborgarna och de ansvarar för vården av äldre, vård av personer med fysiska eller psykiska funktionshinder och stöd till personer som är färdigbehandlade och utskrivna från sjukhusvård samt skolhälsovården. Kommunerna i Västerbotten övertog den 1 september 2013 ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser från landstinget i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen². Övertagandet omfattar ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinarie boende på primärvårdsnivå upp till och med specialistsjuksköterskenivå (distriktssköterska). Uppdraget omfattar hemsjukvård, hembesök samt rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i ordinarie boende för vuxna över 18 år, detta gäller alla tider på dygnet.



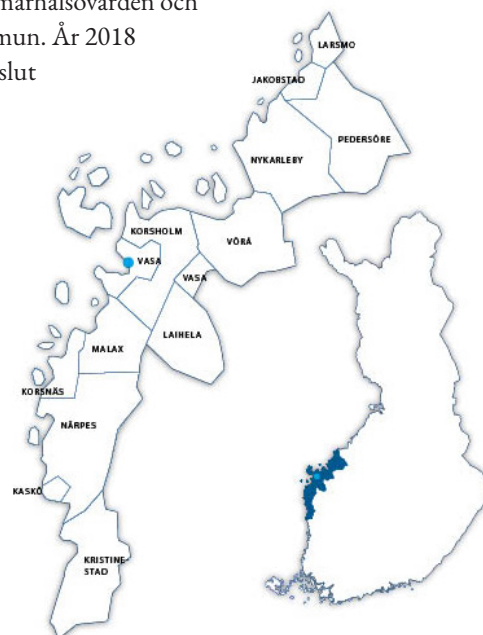
Hälso- och sjukvården i Finland, Kust-Österbotten

Det finländska hälso- och sjukvårdssystemet baserar sig på offentliga hälso- och sjukvårdstjänster som alla boende i landet är berättigade till. Enligt Finlands grundlag skall varje medborgare tillförsäkras tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Ansvaret för att ordna tjänsterna inom den offentliga hälso- och sjukvården ligger hos kommuner och samkommuner. En kommun kan ordna tjänsterna genom att producera dem själv eller tillsammans med en annan kommun (i form av samkommuner). Kommunen kan även köpa tjänsterna av ett privat företag eller en privat organisation. Tjänsterna inom den offentliga hälso- och sjukvården finansieras med skatteintäkter, statsbidrag och klientavgifter som tas ut för tjänsterna.

I Finland pågår fortsättningsvis ett arbete med en stor vårdreform där målsättningen är att reformera social- och hälsovårdens tjänster och strukturer genom att överföra ansvaret för att ordna tjänsterna överförs från kommunerna till 17+1 landskap (jfr. de svenska regionerna), och även att reformera finansiering och styrning av social- och hälsovården.

Målet med reformen är att skapa en mer jämlik tillgång till tjänster samt minska hälso- och välfärdsskillnaderna människor emellan. Vårdreformen och alla tillhörande lagändringar ska tas upp till behandling av nuvarande Riksdag innan årsskiftet 2020-2021.

I Österbottens kustregion är det samkommunen Vasa sjukvårdsdistrikt³ som tillhandahåller specialsjukvårdstjänster för befolkningen i distriktet. Samkommunen ägs av 13 kommuner belägna i regionen. Distriktet som sträcker sig från Larsmo kommun i norr till Kristinestad i söder befolkas av 169 518 invånare (2019) av vilka 51 % har svenska som modersmål, knappa 45 % finska som modersmål och cirka 4 % har något annat modersmål. I sin nuvarande form har samkommunen funnits sedan år 1991. Administrativt upprätthåller sjukvårdsdistriktet ett sjukhus, nämligen Vasa centralsjukhus, som bedriver verksamhet i Kristinestad och Vasa. Sjukhuset erbjuder tjänster inom ett stort antal specialiteter som assisteras av många olika serviceenheter. Kommunerna Jakobstad, Larsmo, Nykarleby och Pedersöre sammanförde år 2009 hela den kommunala social- och hälsovården till ett gemensamt social- och hälsovårdsverk⁴. I dessa kommuner finns ett gemensamt samarbetsområde där primärvård, lokalt producerad specialsjukvård, socialomsorg (ej barndagvård), äldreomsorg och miljöhälsovård ingår. I sjukvårdsdistriktets övriga kommuner är specialsjukvården, primärvården och socialvården inte ännu integrerade utan kommunerna sköter socialvården och primärhälsovården och specialsjukvården sköts av Vasa sjukvårdsdistrikts samkommun. År 2018 fattade styrelsen för Vasa sjukvårdsdistrikt ett strategiskt beslut att föreslå för medlemskommunerna att beredning av ett välfärdsområde ska påbörjas. En frivillig välfärdssamkommun skulle förena socialvården och hälso- och sjukvården till en integrerad helhet under samma organisation. Beredningen av välfärdsområdet genomdrivs nu vid sidan av den planerade landskaps-, och social- och hälsovårdsreformen och 17 december 2019 behandlade styrgruppen för beredningen av Österbottens välfärdsområde kommunernas beslut om det nya grundavtalet som ska träda i kraft 1 januari 2021. Då upphör samkommunen för sjukvårdsdistriktet att vara och verksamheten övertas av samkommunen för Österbottens välfärdsområde.



Skillnader mellan länderna

I stort är vårdstrukturen i de båda länderna liknande. Det som utgör den största strukturella skillnaden är var gränsen mellan de två huvudmännen går. I Finland sker överflyttning från en huvudman till en annan efter operation, då patienten flyttas över från specialsjukvården till sin egen hemkommun. På finska sidan sköter hemkommunen både primärhälsovård och socialvård. I Sverige är det samma huvudman som ansvarar för både specialist- och primärvården så där sker överflyttning från regionen till hemkommunen först efter avslutad vårdtid inom primärvården.

³ <https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/vasa-sjukvardsdistrikt/verksamhet/>

⁴ <https://www.sochv.jakobstad.fi/om-oss/social-och-halsovardsverket/om-social-och-halsovardsverket>

Definitioner och språkliga förtydliganden för denna rapport

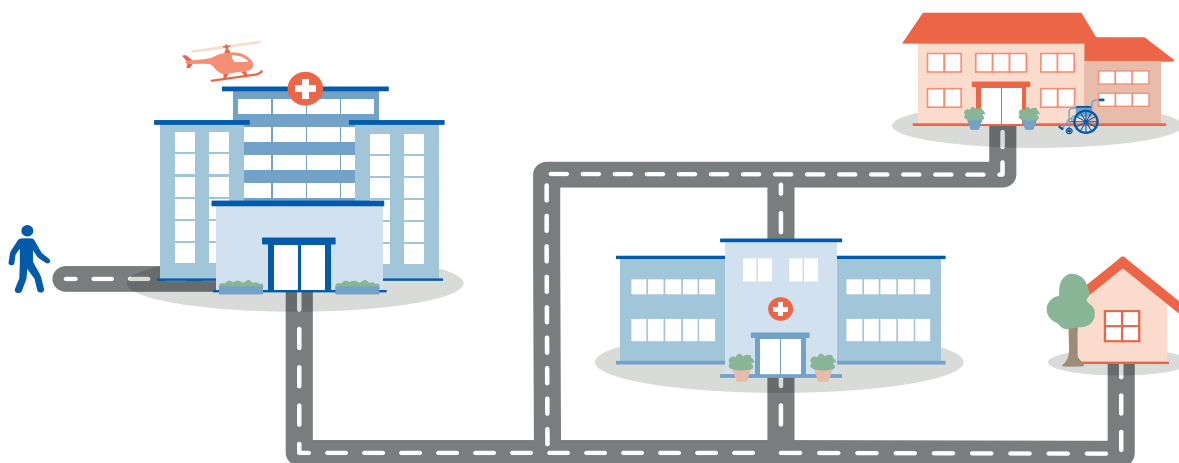
Förutom de strukturella skillnaderna mellan ländernas organisering av hälso- och sjukvården finns det också lite olika benämningar på vårdpersonalens titlar i de båda länderna, och ibland finns det funktioner som helt saknas i någotdera land. Under arbetets gång har det visat sig att detta med ländernas olika yrkesbenämningar och funktioner är komplicerat att utreda och skulle kunna fylla en rapport för sig. Ambitionen är att se närmare på detta under 2020. För att underlätta läsandet av denna rapport definieras och förtydligas vissa begrepp och yrkesbenämningar (sorterade enligt alfabetisk ordning) i följande avsnitt.

Arbetsterapeut/ergoterapeut	Två benämningar på samma yrkestitel och i rapporten nämns enbart arbetsterapeut.
Biståndshandläggare	En person som i Sverige beslutar om, och i så fall, vilka hjälpinsatser brukaren har rätt till och kan beviljas. I Finland finns inte yrkesbeteckningen biståndshandläggare utan där är det socialvården (äldreomsorgen) som erbjuder dessa tjänster, med litet olika benämningar och strukturer i olika kommuner. Inom Närpes stad motsvaras biståndshandläggaren av servicekoordinatören, som är anställd inom äldreomsorgen.
Fysiater	En specialistläkare i Finland som diagnostiserar, bedömer, behandlar och rehabiliterar funktionsstörningar i stöd- och rörelseorgan som uppkommit till följd av en sjukdom eller skada.
Hemförlovningskötare	På Vasa centralsjukhus har genom ett samarbete med Vasa stad införts ett system med hemförlovningskötare. Hemförlovnings-skötaren har hand om Vasabornas hemförlovnings/utskrivningar och är mest involverad i de akuta patienternas vistelse på sjukhuset och hemförlovnings. Hemförlovningskötare har funnit vid Vasa centralsjukhus i 5 års tid och är anställda av Vasa Stad men stationerade på sjukhuset. Hemförlovningskötare har kunskap om stadens tjänster och sjukhusets enheter och har tillgång till båda organisationernas datasystem och kan på det sättet få fram viktiga uppgifter gällande till exempel patienternas sociala situation eller patienternas medicinering.
Hemvården	Ett samlingsnamn för hemtjänst/hemservice och hemsjukvård som används i båda länderna.
Hemtjänst	Finns i båda länderna och benämns lika, har hand om de medicinska insatserna i hemmet.
Hemtjänst/Hemservice	Två benämningar på samma typ av vård i de båda länderna och i denna rapport används båda begreppen parallellt.

Konditionsskötare	Utbildas inte längre i Finland, men yrkesbeteckningen finns kvar och motsvarande utbildning idag är närmast närvårdare med inriktningen rehabilitering. En konditionsskötare är sakkunnig inom fysioterapi och samarbetar med fysioterapeuter eller arbetar som självständiga näringsidkare.
Koordinerande skötare	På Vasa central sjukhus finns även koordinerande skötare (KOHO-skötare). KOHO-skötare finns på plats dygnet runt och har som uppgift att hitta bäddplatser på sjukhuset åt de patienter som tas in på akuten eller på någon poliklinik och har ett fortsatt vårdbehov, men även att vid behov flytta patienter från en avdelning till en annan eller hitta en vårdplats åt patienten vid utskrivning från sjukhuset.
Patient, klient och brukare	Olika benämningar som används på personer som får vård på olika nivåer i vårdkedjan. Vanligtvis används patient när personen får vård som lyder under hälso- och sjukvårdslagen medan klient/brukare är en mer vanlig benämning i kommunal/social vård. I rapporten förekommer alla dessa benämningar utan att följa någon strikt regel.
Primärvård	I Finland definieras primärhälsovård som den vård kommunerna i landet ansvarar för, i vilken ingår hälsocentralernas tjänster och även bäddavdelningarnas verksamhet. I Sverige ingår sjukstugorna med möjlighet till slutenvård i primärvården och hälsovårdscentraler. Dessa drivs i Sverige av regionen.
SAS-gruppen	I de finländska kommunerna finns en vårdbedömningsgrupp, SAS-gruppen, som har som uppgift att besluta om boendeplatser och fördela klienter till kommunens olika boenden. SAS står för "Selvitä", "Arvioi" och "Sijoita" och betyder Utred, Utvärdera och Placera. I SAS-gruppen ingår representanter både för primärvården och socialvården och gruppen fattar sina beslut på basen av den utredning om klientens funktionsförmåga och boendesituation som alltid görs vid ansökan om boendeplats.
Sjuksköterska/sjukskötare	Två benämningar på samma yrkestitel och i denna rapport används båda begreppen parallellt.
Socialvård	I Finland menas här den socialvård som kommunerna ansvarar för, i vilken bl.a. ingår hemvården och boendeverksamhet. Detta kallas i Sverige för kommunal vård och omsorg eller kommunal hälso- och sjukvård.
Specialistsjukvård/ specialsjukvård	Den vård som bedrivs på Vasa sjukhus och Lycksele lasarett.
Undersköterska/närvårdare	Två benämningar på samma yrkestitel och i denna rapport används båda begreppen parallellt.

Flödet i den kirurgortopediska vårdkedjan — en beskrivning

Flödet i vårdkedjorna beskrivs här utifrån intervjuer med personal med början vid inskrivning på vårdavdelning i specialistsjukvården och slut i patientens hem. Intervjuerna har resulterat i en detaljerad beskrivning av hur olika yrkeskategoriers arbetsdagar ser ut med arbetsuppgifter, vilken typ av patienter som vanligast skrivs in, bemanning, vårdplatser, åtgärder m.m. Här redovisas endast det som rör inskrivning, överflyttning och utskrivningsbeslut med fokus på gränssytor mellan enheter och jämförelser där det finns lärdomar länderna emellan. Även utmaningarna i flödet tas upp här.



Inskrivning specialistsjukvård

Det elektiva flödet

På svenska sidan beskrivs rutinerna vid inskrivning i specialistvården fungera bra. De planerade patienterna skrivs in av en inskrivningssjuksköterska innan patienten kommer till avdelningen. Detta görs i vissa fall några dagar innan operation och patienten åker hem efteråt för att återkomma dagen innan, eller samma dag som operation. Det finns även så kallade gruppinskrivningar där 15-25 patienter vid ett tillfälle kommer till kirurgmottagningen. Då har de redan gjort provtagning och förberedelser på hemorten som EKG, hälsodeklaration och artrosskola. Under gruppinskrivningen håller läkare en genomgång om artros och operation, en inskrivningssjuksköterska har en genomgång om dusch, katter, fasta och medicinering. Sen gör läkare bedömningar av patienterna. Om patienten ska opereras genomförs ankomstsamtal och hudkontroll. Röntgenbild tas, mer information ges om bland annat rutiner och de träffar fysioterapeut och narkosläkare. Sen är patienterna hemma i väntan på kallelse till operation.

På Vasa centralsjukhus har det satsats mycket på att bygga upp den preoperativa verksamheten, så att patienterna kommer till en planerad ortopedisk operation direkt hemifrån (LEIKO-verksamhet). Efter att patienten remitterats till kirurgiska polikliniken och ortoped där fattat beslut om operation sätts patienten i operationskö och kallas till sjukhuset på ett förbesök (till preoperativa polikliniken). Innan förbesöket ordinerar patienten att genomföra vissa undersökningar i primärvården (t.ex. tandkontroll, labprover). Under förbesöket träffar patienten sedan endoprotes-sköterska, fysioterapeut och ortoped som kartlägger patientens hälsotillstånd inför en planerad operation med hjälp av intervjuer

och undersökningar. Vid förbesöket ges information och individuell handledning angående operationsförberedelser som skall göras hemma och i hemkommunen. Laboratorieprov tas och eventuella andra undersökningar görs i samband med förbesöket. Detta förbesök tar 3-4 timmar och sker 3-4 veckor innan den planerade operationen. Under förbesöket diskuteras även tiden efter operationen med patienten, så att om behov av vårdplats redan då kan konstateras så meddelas bäddavdelningen i patientens hemkommun om detta. Några dagar innan operation kontaktas sedan patienten per telefon, för att säkerställa att inga nya hinder för operation uppstått och sedan kommer patienten till operation direkt hemifrån. På operationsdagen tas patienten emot och skrivs in på preoperativa polikliniken och förs sedan därifrån via sluss till operationssal.

I båda länderna upplevs de elektiva patienterna vara väl förberedd på ingreppet, både fysiskt och psykiskt, och just detta säger de intervjuade utgör största skillnaden mellan grupperna elektiva och akuta patienter. De elektiva patienterna är mycket "lättare". De är inte heller sjuka på samma sätt som en akut patient.



"Preoperativa verksamheten förbereder patienten både fysiskt och psykiskt inför operation – vilket påskyndar rehabiliteringen" (personal specialistsjukvården)

Det akuta flödet

När en akut patient skrivs in på Vasa centralsjukhus eller Lycksele lasarett sker detta för det mesta på akutmottagningen vid sjukhuset. I enstaka fall kan patienten skrivas in direkt till en avdelning, men de allra flesta kommer med ambulanstransport från sin hemkommun. Eventuellt har de redan besökt hälsovårdscentralens akutmottagning i hemkommunen och vissa undersökningar kan redan ha gjorts. Personalen i hemkommunen kan även ha haft kontakt med akutmottagningen på centralsjukhuset/lasarettet. I Sverige kan det även i enstaka fall hända att en patient skrivs in från kirurgmottagningen på lasarettet till en vårdavdelning.



"En akut patient kommer oftast via akuten men även ibland via mottagning eller så. Det första vi gör är att man hälsar dom ju alltid välkommen och så men sen har man ju en slags anamnestagning, alltså ett inskrivningssamtal. Vi har en mall vi går efter där vi tar reda på till exempel anhöriga, närstående, om dom har hemtjänst eller inte, vars dom kommer ifrån, hur det har sett ut för dom i sjukdomshistoria och lite sådär. Och sedan beroende på vad dom kom för så utgår man ju därifrån då, och tar hand om dom efter bästa sätt." (personal specialistsjukvården)

Beroende på läget i operationssalen kan akuta patienter opereras direkt, eller vänta en tid på någon avdelning innan operation, med smärtlindring och lägesvård. Intervjupersonerna berättar mycket om att de akuta patienterna är en utmaning jämfört med patienterna i det elektiva flödet. De akuta patienternas grundkondition är ofta mycket sämre, traumat tar all deras kraft, näringstillståndet kan vara väldigt dåligt, de har mycket högre komplikationsrisk och även risk för dödsfall. Speciellt utmanande upplevs patienter med minnesproblematik, demens och patienter som hamnar i delirium. Det går dessutom ofta åt mycket tid att reda ut deras grundmedicinering och deras sociala situation och det står ofta klart i ett tidigt skede att speciellt äldre akuta patienter kommer att behöva fortsatt vård i sin hemkommun efter operation.



"De kan ju komma in med hurudant mående som helst de i princip. Att de kan ha grundsjukdomar, de kan ha pneumonier och allt sånt som inte är i balans före operationen. Men man är ju tvungen att operera dem i alla fall. Så ofta är de ju mera högriskpatienter de här traumapatienterna också." (personal specialistsjukvården)

”Det har oftast ett mycket dåligare utgångsläge, de är gamla, mycket grundsjukdomar och ofta dementa eller Alzheimers eller någon minnesproblematik där. Och muskelkraften är oftast nedsatt vet du. Och sen om de är lite råddiga så händer det jättemycket med ambulans och akut och nya människor som kommer. Och sen får de smärtmedicinering på det för att det sjuka och det råddar till ännu mer och sen ser de bara upp i taket och vet ingenting.”
(personal specialistsjukvården)

Skillnaden mellan de akuta patienterna och de planerade är alltså märkbara i hela vårdkedjan. En del av de intervjuade lyfter frågan kring hur detta i framtiden kunde beaktas bättre, eller på ett annat sätt? Dessutom efterlyser vårdpersonalen mer utredningsarbete kring orsaken till att patienten skadat sig och behövt uppsöka vård. Flera av intervjupersonerna i Finland lyfter också behovet av att i ännu större utsträckning fokusera mera på faktorer som patienternas näringstillstånd, smärtevalivering och riskbedömning av liggssår, genom hela vårdkedjan.

Inskrivning bäddavdelningar/sjukstugor

Rutinerna vid inskrivning i primärvården beskrivs fungera bra i många avseenden men det finns också utmaningar. Många av problemen som lyfts i Sverige är kopplade till att det är svårt när läkaren på sjukstugorna inte har någon tid för inskrivning eller annat som rör avdelningen på eftermiddagarna. Det gör att det är svårt för andra enheter att ringa och få kontakt med läkaren, och för läkare och sjuksköterskor är det påfrestande att ordna ett bra mottagande och inskrivning för patienterna.

”Vissa hinner man inte ens se innan dom läggs in. Men det är ju för att dom kommer ju på eftermiddagen och på eftermiddagen är vi inte på avdelningen och vi har ingen avdelningstid på eftermiddagen.” (personal primärvården)

”Egentligen ska patienten vara inlagd och är det så att läkaren lägger in via distans, då ska du vara inlagd via distans. Då ska det finnas en läkemedelslista, det ska finnas inläggningsanteckning. För jag menar... blir det då nåt akut med den patienten, och du har ingenting, ingen som har sagt någonting, det finns inte skrivet någonting. Det går bra att prata om allt det här men i verkligheten så kan det se ut så” (personal primärvården)

I Finland skrivs de ortopediska patienter som behöver fortsatt avdelningsvård oftast in till sin hemkommuns bäddavdelning (eller till närliggande kommuns bäddavdelningar om plats inte finns i hemkommunen), och ibland till andra rehabiliteringsavdelningar. Patienterna skrivs in på bäddavdelningarna vid väldigt varierande tider på dygnet, helt enligt vilken tid patienterna anländer till sin hemkommun. Det finns då inte alltid en läkare på plats på mottagande bäddavdelning, utan vårdansvaret överflyttas till mottagande enhet och själva inskrivningen sköts ofta av sjukskötare och patienten träffar läkare först därpå följande vardag. Detta förutsätter i nuläget att remitterande enhet (specialistsjukvården) skickar med tillräckligt med information om patienten (skickas idag i form av pappersdokument med patienten); epikris, skötare till skötare epikris, fysioterapeutens slutvärdering och en uppdaterad medicinlista så att vården av patienten kan påbörjas korrekt. Vid oklarheter kontaktas remitterande enhet per telefon eller kontrollerar vad som skrivits in i patientjournalen på centralsjukhuset i systemet KUNTA-ESKO.



Inskrivningar i primärvården upplevs fungera relativt smidigt på finska sidan, även om vårdpersonal ibland upplever att patienterna (speciellt de akuta) kommer väldigt snabbt tillbaka till sin hemkommun efter en ortopedisk operation. De kan fortsatt vara väldigt påverkade av operationen när de kommer till bäddavdelningen i hemkommunen. Dessa erfarenheter berättar även de svenska intervjupersonerna om.



“Det som jag inte tycker om, som jag tycker kan förbättra är att patienterna skickas alldeles för fort från Vasa, speciellt såna som hamnar i en sån där deliriumfas. Förflyttningen från Vasa och hit gör dem ännu råddigare... skickas patienten alltför fort i första fasen är det inte bra.” (personal primärvården)

Inskrivning till social-/kommunalvård

I Sverige är det biståndshandläggare som beslutar om en person blir beviljad insatser från kommunen. Det gäller hemtjänstinsatser, trygghetslarm, boendeplats på särskilt boende eller korttidsboende, matdistribution och ledsagning. När en ansökan kommit till biståndshandläggaren görs en utredning och ett hembesök innan beslut tas. Patienter som flyttar till ett boende, korttidsplats eller hemsjukvård skrivs in i journalsystemet av en sjuksköterska. På boenden finns rutiner där patienterna även har pärmar med läkemedelslistor, kontaktuppgifter, epikriser och övriga dokument. Sjuksköterskan har också ett ankomstsamtal, skriver vårdplan med behandlingsinstruktioner och inom de närmsta veckorna hålls även en vårdplanering med inblandade vårdresurser, kontaktperson och anhöriga och vid behov en läkemedelsgenomgång.

Om patienten efter avslutad tid på bäddavdelning i Finland behöver fortsatt vård, hjälp och stöd kan patienten få hemvård (hemsjukvård och/eller hemservice och/eller hemrehabilitering) eller få en boendeplats i sin hemkommun. Det är socialvården i kommunerna som ansvarar för hemvården, hemrehabiliteringen och boendeverksamheten men strukturerna ser lite olika ut från kommun till kommun i landet.



I Närpes stad är det servicekoordinatör och rehabiliteringspersonal (fysioterapeut, rehabiliteringshandledare) som träffar patienten, gör ett hembesök och en utvärdering kring vilka stödtjänster och vilken hemrehabilitering och vilka hjälpmedel som behövs. Det är servicekoordinatör som fattar de formella besluten kring beviljandet av stödtjänsterna i hemmet och rehabiliteringspersonalen som ansvarar för rehabiliteringsplaner och hjälpmedelsutlåning. Inom hemrehabiliteringen i Närpes jobbar fysioterapeut, rehabiliteringshandledare och närståendekoordinator.

Om patienten inte längre klarar av att bo hemma med stöd och behöver en boendeplats är det socialarbetaren i kommunen som kan ge handledning och råd om boendeplats på något av stadens serviceboenden. Ansöka om boendeplats sker muntligen eller skriftligen. Efter att ansökan är gjord gör socialarbetaren en utredning av klientens funktionsförmåga och hemmasituation. Vanligen sker detta vid ett hembesök där också någon av klientens närstående deltar. Baserat på resultatet av utredningen fattar stadens vårdbedömningsgrupp (SAS-gruppen) beslut om beviljande av plats på serviceboende. I denna grupp sitter socialarbetaren, äldreomsorgschefen, servicekoordinatör och en läkare.

Finns det då ingen lämplig ledig boendeplats sätts patienten i kö, vilket kan innebära att patienter tillbringar en viss tid i sitt eget hem med maximal hemvård, eller på bäddavdelning, i väntan på en boendeplats.

Inskrivningarna till socialvården fungerar ofta smidigt inom Närpes stad eftersom primärvården (HVC sjukhus) och socialvården (den sammanslagna hemvården, hemrehabiliteringen och boendena) har ett nära samarbete med varandra och för det mesta kan hembesök göras hos klienterna redan på utskrivningsdagen/hemkomstdagen.

”Vi går igenom hjälpmedlen hemma. Jag går handgripligt igenom med hen hur hen fungerar i sovrummet när hen ska i och ur sängen, att hen slipper att gå runt med rullatorn, går till badrummet, ser att där behövs det litet armstöd så hen inte ska halka, hen behöver en duschstol. Vi går in i köket och ser hur hen fungerar där, vardagsrummet, hur hen klarar trappor in och ut ur huset. Och sen går vi igenom styrka, vi gör ett enkelt test som testar balansen och benstyrkan. Så visar vi enkla gymparörelser som hen kan lägga till i vardagen, vi bygger in och gör enkla saker, som vi ser att dom klarar av och känner sig bekväma med.”
(personal kommunal-/socialvården)

Utmaningarna i både Sverige och Finland för hemvårds- och rehabiliteringspersonalen kan ibland vara patienter som skrivs ut till hemmet fredag eftermiddag då personalens arbetsdag slutat, vilket långt försöker undvikas. Patienter som kommer direkt från sjukhuset till det egna hemmet och har behov av socialvårdens tjänster kan också vara utmanande, då det till exempel inte alltid finns en epikris eller medicinlista för hemvården eller rehabiliteringspersonalen att ta ställning till, apoteken hinner stänga och det är knappt om tid att skaffa alla behövliga hjälpmedel åt patienten. När patienten kommer direkt tillbaka till sitt boende efter en ortopedisk operation kan utmaningen vara att få de rätta hjälpmedlen i rätt tid.

I båda länderna beskrivs samarbetet, kommunikationen och leveranserna av hjälpmedel fungera bra så länge det är tydligt vilket ansvar som är vems.

”Jag tycker ändå att det fungerar fint när de kommer och de försöker ordna för att vi ska kunna ta över vården på ett enklare sätt, om man tänker från sjukhusen. Och har de läkemedel som vi inte har eller såna där saker så skickar de med för att vi ska ha chansen att beställa och få hem patienten.”
(personal primärvården)

”Visst, en rullstol i dag kan ta tid, faktiskt. Men som en säng. Behöver jag den i morgon så får jag den i morgon. Så är det. Och det ska vara så.” (personal kommunal-/socialvården)

”Och lite tydliga gränser eller vad man ska säga så här till exempel, rullator utomhus. Nej, det ska inte de här i Lycksele förskriva för det kan man göra i Sorsele till exempel. Eller toalettförhöjning det ska alltid Lycksele se över om det behövs eller inte. Så här en tydlig...” (personal primärvården)



På finska sidan infördes ett nytt system för hjälpmedelsutlåning (Effector) under tiden intervjuerna gjordes, och det nya rutinerna medförde en viss utmaning. I december 2019 var systemet däremot mera inkört och uppges nu fungera bra.

Utmaningar vid överflyttning av patienter mellan enheter

Väldigt många av intervjupersonerna i Sverige nämner att tiderna när patienterna flyttas mellan enheterna inte är optimala. Det gäller på alla nivåer i vårdkedjan. Detta leder till att patienterna inte får ett bra mottagande och att arbetet för personalen försvåras.

”Och så är det oftast sent på kvällen då också. Skicka hem dem så att de kommer hem vid två-tre tiden på natten, det känns ju orimligt.”
(personal specialistsjukvården)

Många problem som beskrivs vad gäller överflyttningar i Sverige är på samma sätt som vid inskrivningar generellt knutna till att det på kvällar, helger och nätter inte finns någon läkare på plats i primärvården.



”Eller så kommer de efter fem. Då måste jourläkaren kliva in, som inte har träffat patienten. Oftast blir det fel med inskrivningar, att läkemedel blir helt felinskrivna. Det har hänt att läkemedel blev glömda, som de borde ha, från Lycksele och så har man upptäckt det fyra, fem dagar senare och det händer bara när de blir såna här kvällsinskrivningar. Kanske en jourläkare på fredag kväll, det första den får göra är att skriva in patienten de aldrig har sett. Och så blir det fel.”

(personal primärvården)

”Det blir ju väldigt stressigt när dom skickar dom sent för dom kommer ju hit, alltså det är ju inte alltid vi ens är kvar i tjänst. Jag skulle ju önska att, bestämmer man på rondan att den här ska åka hem, att den får åka tidigt nästa morgon. Jag förstår att det blir en extra natt men för oss skulle vara enormt mycket värt att få dom hem dom på förmiddagen istället för sent på eftermiddagen. Och det gäller oavsett om det är boende eller i hemmet eller... för att då har man så mycket större möjligheter att ta emot dom på ett bra sätt.” *(personal kommunal-/socialvården)*

I Västerbotten/Sverige finns samarbeten mellan sjukstugorna som innebär att den läkare som har jour kvällar, nätter och helger finns i hemmet och ibland har denne ansvar för ett flertal sjukstugor. Under tiden intervjuerna gjordes använde primär- och socialvården i Närpes/Finland, det vill säga HVC sjukhus, de olika boendena och den sammanslagna hemvården en distansbaserad läkartjänst (Pihlajalinna/Doctagon), vilket innebar tillgång till läkartjänster på distans 24 timmar per dygn. Idag har HVC sjukhus inte längre avtal med den distansbaserade läkartjänsten.

Utmaningarna som framkommit gällande överflyttningar på finska sidan fokuserar inte på samma sätt som i Sverige på vilka tider en patient anlände till sin hemkommun, eftersom förfarandet gällande inskrivningen och läkarnas roll i Finland är något annorlunda, se tidigare avsnitt om inskrivning bäddavdelningar/sjukstugor. Däremot nämns att tillgången till platser på bäddavdelningarna i Vasa sjukvårdsdistrikt medlemskommuner varierar kraftigt. Gällande Närpes stad anger de intervjuade att överflyttningar till Närpes HVC sjukhus sker smidigt och att platser finns/ordnas flexibelt. Dessutom nämns avsaknaden av dokumentation (till exempel avsaknad av epikris vid överflyttning) eller bristfällig dokumentation (oklara medicinlistor) som något som gör en överflyttning mindre smidig och ger personalen extraarbete.



”Oftast kommer ju klienten före pappren. Så det brukar ju kunna vara så att själva epikrisen kommer efteråt...då ringer vi och frågar...”

(personal kommunal-/socialvården)

Vårdpersonalen i Finland upplever även att patienterna ibland kommer väldigt snabbt tillbaka till sin hemkommun efter en operation, se även se tidigare avsnitt om inskrivning bäddavdelningar/sjukstugor och att transporterna som används då patienterna flyttas mellan enheter inte är optimalt ordnade:



”Det ser vi generellt att de kommer snabbare och snabbare postoperativt...”

(personal primärvården)

”Tänk att jag kan ha en klient som har varit på sjukhuset och som är riktigt trött och slut som kan bli tvungen att åka taxi i två timmar. Det är inte mänskligt. Prova ligga på den där båren, det skulle jag säga till dom som bestämmer. Den är sådär smal så ligg där och håll i dig krampaktigt och vara rädd att man faller av. I två timmar. Med kanske en chaufför som bara pratat finska. Och så blir du kanske kissnödig, och vad gör du då. Det är som verkligheten för de här gamla.”

(personal kommunal-/socialvården)

Kommunikationen mellan nivåerna vid överflyttningar

Att få till stånd smidiga och fungerande överflyttningar handlar många gånger om effektiv kommunikation mellan enheterna. I Sverige används ett system som heter Prator för kommunikation mellan olika enheter inom regionen och även mellan region och kommun. Detta system ligger skilt från övriga journalsystem och information måste föras in separat. Informationen kan dessutom endast läsas om personalen har behörighet och loggar in i systemet. I Prator skickas kallelser till möten och information om patienter som personal vill delge till mottagande enhet med mera. Även om personalen lyfter att det finns många problem och mycket övrigt att önska med Prator kan det ses som ett viktigt kommunikationsverktyg jämfört med på finsk sida där inget motsvarande system finns. På finska sidan sker ett byte av huvudman när patienten flyttas från specialistsjukvården till sin hemkommun. All kommunikation mellan de finska enheterna sker istället via dokument som skickas med patienten eller mellan vårdgivarna och via telefonsamtal. Vårdpersonal ute i kommunerna har läsrättigheter till systemet KUNTA-ESKO där personalen kan läsa vårdjournalen från specialistsjukvården, men kommunikationen är alltså inte ömsesidig via denna kanal utan eventuella oklarheter och förfrågningar sker mestadels per telefon.

Många på både svensk och finsk sida lyfter att den personliga kommunikationen mellan personalen är viktig och i stort fungerar mycket bra. Det gäller både internt och mellan olika enheter i samband med överflyttningar. Här menar de att det finns fördelar med att vara små enheter där alla känner till förutsättningarna och har nära till varandra.



”Så att vi ser det de skrivit i Prator, så det finns en grund oftast där också, men i många fall så ringer de. Och det tycker jag personligen är jättebra, för då har man chans också att fråga om saker och så där.” (personal primärvården)

”Ibland får vi flytta över patienter från lasaretten där planering inte är riktigt klar. Men då går det enkelt att ringa upp till klinikerna och då tycker jag faktiskt att vi har god hjälp från Lycksele. Faktiskt också från de flesta avdelningarna i Umeå. Så det handlar bara om att lyfta på luren och det fungerar faktiskt riktigt bra.” (personal primärvården)

Utskrivning och beslutspunkter

Allmänt om utskrivning

Gemensamt för båda länderna är att utskrivningsbesluten tas av läkare efter morgonronden på avdelningen, tillsammans med övrig vårdpersonal. Både Vasa centralsjukhus och Lycksele lasarett har utskrivning även på helgerna. I Lycksele planeras i huvudsak så att de flesta skrivs ut på vardagar. I Finland nämner de intervjuade att patienter kan bli kvar över helgen inom specialistsjukvården trots att de är utskrivningsklara, eftersom alla bäddavdelningar och boenden inte tar emot nya patienter under helgerna.



I båda länderna framkommer att sjukskötarens och fysioterapeuternas uppfattning om patienten också påverkar besluten. Till exempel har sjukskötarna en större inblick i om någon patient varit väldigt desorienterad och/eller har haft mycket smärtor, och fysioterapeuterna kan ta ställning till om patienten är tillräckligt mobiliserad för en utskrivning. Patienten får naturligtvis även säga sitt, så att hen kan stanna kvar på avdelningen vid behov. Beroende på arbetsbördan på avdelningen, hur snabbt fortsatt vård kan ordnas och hur transportermöjligheterna ser ut så stannar patienterna olika länge på avdelningen innan de kan åka hem eller till bäddavdelning/boende i sin hemkommun. Eftersom dokumentationen behöver vara i ordning innan patienten skickas vidare är grundtanken att patienten inte ska lämna sjukhuset innan recept, epikriser och slutvärderingar hunnit

färdigställas, vilket inte alltid är fallet i praktiken. I Finland sker utskrivning från specialsjukvården på väldigt olika tider under dagen. I Sverige har intervjuerna inte behandlat frågor kring andra detaljer i utskrivningsprocedurerna eller under vilka tider åtgärder sker. Men det nämns däremot om till exempel att det inom specialistsjukvården finns avtal mellan enheter om var patienter ska skickas beroende på hur lång vårdtiden blir, om hur beslut fattas och kort om utskrivningsförfarandet.



”Jag skulle tro att det är så att det är läkaren som bestämmer men jag har en känsla av teamarbete hela tiden. Det är liksom en överenskommelse mellan dom som är inblandade i vården, och läkare, och vad är rimligt att tänka sig.. och man försöker se helheten för patienten.” (personal primärvården)

”Och sen när de far hem, så är det ju utskrivningssamtal, de får med sin medicinlista och ett utskrivningsbrev.”(personal specialistsjukvården)

Enligt det arbetssätt som gällde i Sverige när projektet startade skulle det hållas ett möte som kallas vårdplanering med inblandade vårdgivare, patient, och anhöriga innan utskrivning om patienten hade ett förändrat vårdbehov. Under projektiden har förfarande vid utskrivning ändrats i och med att en ny lag införts, Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård³. Den började gälla 1 januari 2018 och innebär att slutenvården inom 24 timmar från inskrivning ska skicka ett inskrivningsmeddelande till berörda inom primär- och kommunal vård, där beräknad tidpunkt för utskrivning ska finnas med. När ett inskrivningsmeddelande tas emot av en enhet i primärvården ska en fast vårdkontakt inom primärvården utses. Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst ska en samordnad individuell planering, SIP genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen. Den fasta vårdkontakten ska skicka en kallelse till samordnad individuell planering inom 3 dagar efter att patienten är utskrivningsklar. Kommunens betalningsansvar inträder tre dagar efter det att en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar skickats. Denna SIP har alltså nu ersatt den tidigare vårdplaneringen.

I Finland finns ingen lag som reglerar utskrivningar, utan processen vårdplanering sköts via kontakter mellan vårdgivarna (utskrivning specialistsjukvården) och vid gemensamma vårdplaneringsmöten som hålls regelbundet (utskrivning primärvården).



”Minst en gång i veckan går vi igenom varenda patient vi har; Vad har vi för plan? När ska vi tänka hem? Hur ser det ut hemma? Behöver vi ha omändringar i lägenhet eller hus? Vi ringer anhöriga och checkar upp, vad finns det för resurser, vilken service behövs?” (personal primärvården)

Vid Vasa centralsjukhus finns olika kontrollistor/checklistor för personalen för att säkerställa att utskrivningarna löper smidigt. Personalen rekommenderas använda kontrollistan⁵ och då sparas även detta dokument i patientens handlingar.



Vid utskrivning från primärvårdsvården är förfarandet detsamma som inom specialistsjukvården men det som betonas där är att utskrivningarna kan ske smidigt och i nära samarbete med hemvården eller ett boende eftersom alla finns på samma ställe och känner varandra, åtminstone på mindre orter. Dessutom ligger fokus vid utskrivning från primärvården också mycket på att patienten ska kunna gå hem och klara sig lika bra som innan sin operation och ha återfått sin funktionsförmåga. Så är inte alltid fallet utan många äldre patienter återfår aldrig sin funktionsförmåga, på grund av traumat och de följder som detta förorsakar. Många gånger är det i och med en fallolycka eller efter en operation som patientens liv förändras, till exempel kan minnesproblematiken bli tydligare då.

⁵ Exempel på kontrollistor finns på <https://www.vaasankeskussairaal.fi/sv/for-vardgivare/for-vardgivare/ward--och-servicekedjor/den-geriatriska-patientens-servicekedja/checklistorna-for-hemforlovnig-pa-olika-servicenivaer/>

Beslutspunkter vid utskrivning

Beslut kring patientens hälso- och sjukvård tas enligt personalen tillsammans med patienten på alla nivåer i vårdkedjan och är en av de faktorer som har störst påverkan på patientens resa i vårdkedjan. Anhöriga deltar i besluten, i olika grad beroende på patientens egna mående och förmåga.

Vad som vägs in i besluten och vad som ligger till grund för dem är också väldigt viktigt och intressant i detta projekt. Projektet har identifierat fem beslutspunkter i vårdkedjan och i denna rapport fokuseras på besluten att behålla/skriva ut patienten från slutenvård och på ett antal faktorer som deltagarna säger väger tungt. Det går ännu inte att säga hur stor betydelse faktorerna har utan bara att de har det. Under året 2020 kommer projektet att fördjupa sig i vilka faktorer som väger tyngs vid utskrivningsbeslut som läkare tar i vårdkedjan för att kunna använda detta i simuleringsmodellerna. I den här rapporten beskrivs kortfattat hur intervjupersonerna svarat på frågan som ställdes ungefär så här: *"Hur resonerar du runt besluten att en patient ska skrivas ut eller stanna kvar på avdelningen?"* eller *"Hur resonerar du runt besluten om en patient ska bli beviljad hjälp från kommunen eller inte?"* ibland med följdfrågor som: *Vad avgör vid utskrivning? Vilka faktorer väger tyngst?*

Beslutsfaktorer

Intervjuerna har fokuserat på vilka faktorer som väger tungt när utskrivningsbesluten tas. Läkarna berättar att patientens *sociala situation* påverkar mycket. Det innefattar här till exempel närstående, boendeform, bostadsort och nätverk.



"Allt hänger på vart är hem. Vad finns hemma" (personal primärvården)

"Har de anhöriga som kan hjälpa till så slipper de troligen hem mycket fortare" (personal primärvården)

Avstånd och transporter är faktorer som påverkar utskrivningsbesluten i Sverige men detta har inte direkt framkommit i intervjuerna i Finland. I båda länderna nämner intervjupersonerna faktorer som om det finns rinnande vatten i hemmet, om bostaden värms upp med ved eller el och hur isolerad/ensam är patienten i sitt hem.



"Om patienten bor långt ute i fjället och det inte finns någon väg och de ska åka båt hem. Så är det ju lite annorlunda än om de har nästgårds. Så att jag menar det är många olika saker att ta hänsyn till. Men framför allt så är det ju så här att jag tror att vi tänker nog på både ute på distrikt och även här ifrån om patienten har någon affär i närheten och sådana där saker som, ja, det är viktigt. Jag menar oerhört viktigt även i ett postoperativt förlopp att patienten liksom får i sig mat och sådana här saker, att det funkar. Det är mycket viktigt." (personal specialistsjukvården)

Det medicinska tillståndet, patientens ålder och allmäntillstånd både fysiskt och psykiskt väger tungt vid besluten som läkarna tar. När det gäller de ortopediska patienterna handlar det mycket om att vid utskrivning kontrollera hur operationssåret ser ut, hur patienten har det med smärtor och hur de kommit igång med mobiliseringen. Även om patienten varit desorienterad under sin vistelse på avdelningen har betydelse för utskrivningsbeslutet.



"När vi ska påbörja en behandling som inte ens är utvärderad utan dom får gå hem med en medicin vars första dos dom tar imorgon eller något. Så här får man då säga stopp att: -hörrududu nu sätter vi in det här och så ser vi i åtminstone ett eller två dygn om behandlingen har någon effekt" (personal primärvården)

"Här spelar det jättestor roll hur patienten är mentalt i skick, det är minnesproblematiken, är de klara i huvudet så då vet man att de fixar det och om de har anhöriga så man känner att de får stöd" (personal primärvården)

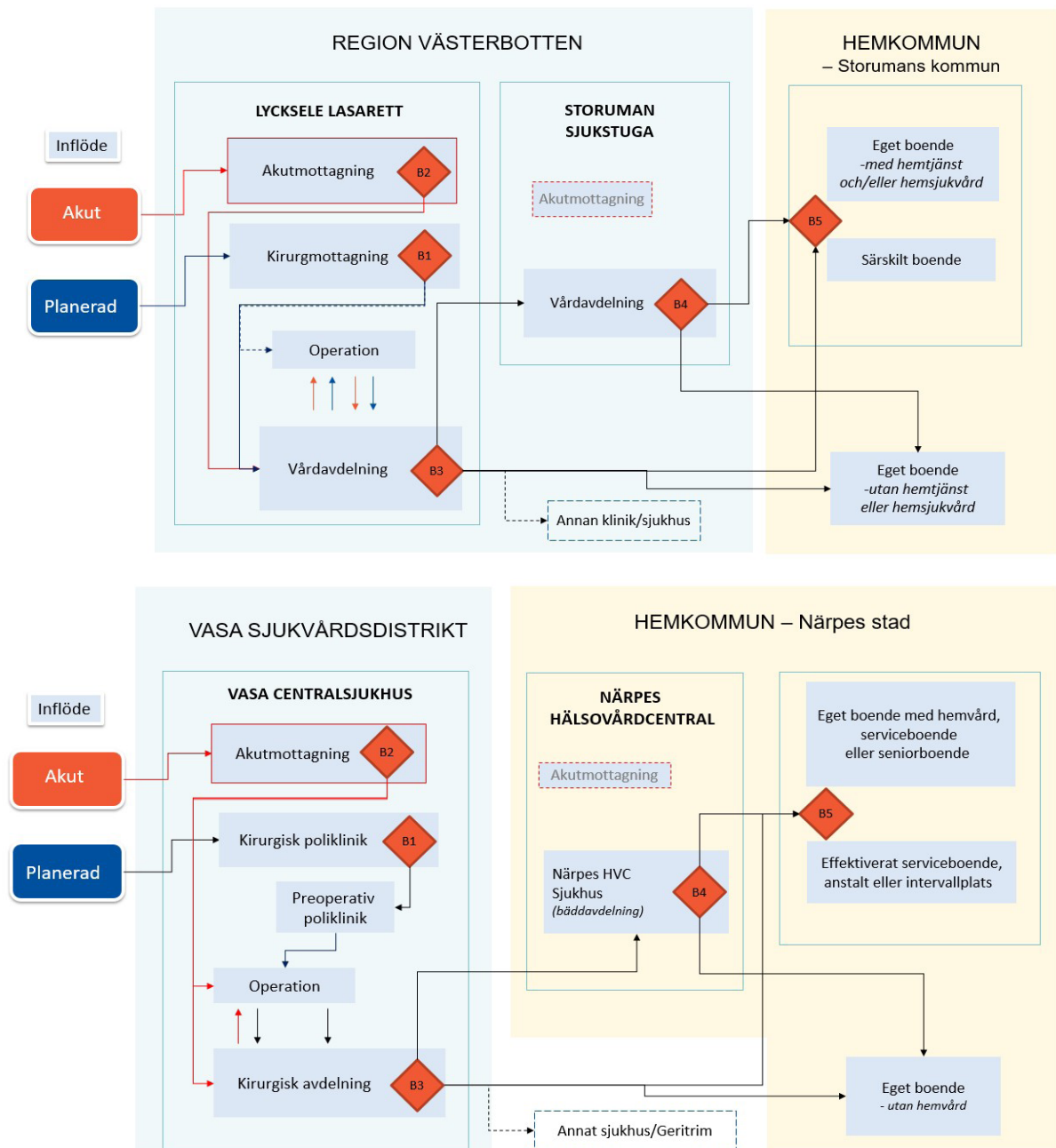


Bild 4. Flödesbeskrivning med beslutspunkter

- B1** Beslutspunkt för beslut i elektiva flödet om operation ska genomföras eller ej. Sker i Finland på kirurgiska polikliniken och i Sverige på kirurgmottagningen.
- B2** Beslutspunkt för beslut i akuta flödet om patienten ska skrivas in i slutenvård. Läkare tar beslutet på Lycksele lasarett/Vasa centralsjukhus eller på akuten vid sjukstuga/bäddavdelning för inskrivning i primärvård.
- B3** Beslutspunkt där läkare beslutar om patienten ska stanna kvar, överflyttas eller skrivas ut från specialistsjukvård.
- B4** Beslutspunkt där läkare beslutar om patienten ska stanna kvar, överflyttas eller skrivas ut från slutenvård i primärvård (sjukstuga/bäddavdelning).
- B5** Beslutspunkt där beslut tas huruvida patienten ska få insatser från kommunal/social vård och omsorg. Det kan även gälla en plats på särskilt boende. I Sverige tas beslutet av en kommunalt anställd biståndshandläggare och i Finland tas beslutet av socialvårdens äldreomsorg.

I både specialistvården och primärvården är teamets samlade bedömningar och åsikter något som vägs in och påverkar besluten. I teamet ingår undersköterskor/närvårdare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och i Sverige även arbetsterapeuter.

”Jamen nog tycker jag att vi hjälps åt, faktiskt, dom är ju ganska duktiga på att lyssna på oss, för det är klart det är vi sjuksköterskor som står närmast patienten, undersköterskan är det egentligen som står närmast så dom tycker jag har.. de är väldigt lyhörda för dom, alltså hör på vad dom säger och vad dom tycker och sådär, det tycker jag” (personal specialistsjukvården)

Närmare hemmet, alltså i kommunal/social vård talar intervjudeltagarna mer om att faktorer som *patientens vilja och säker vård* påverkar besluten och där ligger tyngdpunkten på behovet hos patienten mer än på det medicinska tillståndet. Att patienten känner sig trygg vid utskrivning är mycket viktigt.

”Ja vi försöker väl att se till patientens vilja egentligen, det är väl den som väger tyngst, ja.” (personal kommun-/socialvården)

”Vi kanske tycker att de är i helt bra skick, att de kan åka hem. Men de känner sig inte trygga så då måste man ta det i beaktande.” (personal primärvården)

”God och säker vård kommer upp i skallen. Men det är ju lite det där, den goda vården är ju att lyssna på patienten och vad den vill och vad den önskar. Men säker vård måste ju också komma, så att det är ju någonstans att göra en kompromiss där emellan i dom fall där det inte faller samman, då får man köra nån sorts medelväg.” (personal kommun-/socialvården)

I Finland lyfte intervjupersonerna även fram vikten av att göra tillräckliga utredningar kring orsaken till att en patient fallit innan de skrivs ut:

”Varför föll man? Det finns alltid en orsak till att man föll. Svimmade man? Har man några hjärtstörningar? Har man en infektion? Vad finns det bakom?” (personal primärvården)



I intervjuerna på svensk sida nämns även att kostnader påverkar både när biståndshandläggare tar beslut och när patienter tar beslut om de vill ha hjälp från kommunen eller inte eftersom det blir en kostnad för patienten. Det kan göra att en del personer anstränger sig mer för att klara sig själv längre. ”Utskrivningspsykologi” från personalens sida är också något som några av de intervjuade i båda länderna lyfter fram, ibland handlar det om att övertyga patienten om att de är redo att åka hem. På så sätt kan sägas att patienterna medverkar i besluten men att det också finns faktorer som påverkar dem.

”På ett sätt så har den här avgiften underlättat det för dem som är väldigt tveksamma. Där kan man lätt trycka på det här med kostnaden, att det kostar ju. Och då kanske man kan få dem att lägga lite manken till själv.” (personal kommun-/socialvården)

”...sen om läkaren kommer in och säger du får fara hem då blir det okej men då far jag, det är lite psykologi...” (personal specialistsjukvården)

Biståndshandläggarnas beslut vägleds i sin tur av vad omsorgsnämnden i kommunen har beslutat och förstås av lagar och förordningar som grund. För dem påverkar dessa faktorer mycket, även om de ibland kan göra mindre avsteg.

”Ja men det finns riktlinjer vad som ska ingå som är taget politiskt beslut om. Alltså vad ingår i ett städ, vad ingår i inköp och hur ofta. Så det finns som en mall men den kan du också gå utanför lite grann utifrån individens behov.” (personal kommun-/socialvården)

Tabell 2**Faktorer som är viktiga för beslutet att behålla eller skriva ut en patient**

Teamet	Den sammantagna bedömningen från den personal som vårdat patienten vägs in vid beslutet.
Medicinskt tillstånd	Behovet av vård och kognitiv förmåga avgör vid beslutet.
Social situation	Den typ av boende och vilken hjälp som finns hemma påverkar beslutet.
Samordning	Samordning av återbesök eller besök på andra mottagningar kan påverka hur länge en patient stannar i slutenvården (Swe).
Transporter	Beslut tas med hänsyn till när transporter finns tillgängliga och med vetskap om en osäker ambulansstillgång (Swe).
Avstånd	Det geografiska avståndet mellan patienten och vården har inverkan på de beslut som tas.
Patientens vilja	Beslutet påverkas av om patienten vill hem eller inte.
Tillgänglig vårdplats i primärvården	Kan patienten inte få en vårdplats i sin hemkommun stannar patienten ibland kvar på sjukhuset i väntan på fortsatt vårdplats

Utmaningarna i vårdflödet – Flaskhalsar

Kartläggningen av vårdkedjorna visar ett flöde som på många sätt är effektivt men även pressat med snabba beslut och stor omsättning av patienter. Detta ställer även höga krav på personalen, deras erfarenhet och hur de arbetar.

Vid simulering av en process, till exempel en vårdkedja är en av de viktigaste delarna av arbetet att ta reda på vilka flaskhalsar det finns i systemet. Vilka faktorer är det som stoppar upp flödet och därmed kan förbättras, förändras och optimeras? Alla intervju-personer i projektet fick därför uppgiften att beskriva vilka flaskhalsar hen upplever i sin del av vårdprocessen. De fick även beskriva om de upplever att andra enheter i vårdkedjan utgör en flaskhals, och påverkar deras eget arbete. De flesta flaskhalsar som redovisas här är gemensamma för båda länderna, en del nämns bara i någotdera land och rapporteras allra sist i detta avsnitt.

Ojämnt flöde

En utmaning i hela vårdkedjan är att flödet av patienter kan vara väldigt ojämnt eftersom den innefattar även akuta patienter.

”

”Alltså, det är så svårt att planera för det för att det kommer som stötvis. Ena sekunden är det två som ligger där och så, och det finns åtta platser. Men helt plötsligt veckan efter, då är det fullt, plus att det ligger och knackar på dörren ifrån Lycksele. Så det är väldigt ojämnt flöde. Och det är ju akutplatser, så att det går ju som inte riktigt att styra det där flödet.” (personal kommun-/socialvården)

”För elektiva har vi ju så att vi vet hur många är på kommande idag, i morgon så för dem är det lättare att planera, men sen kan det komma plötsligt många traumapatienter eller att sjukhuset annars är fullt av andra områdens patienter och en del är sen på vår avdelning, så vår avdelning fylls av inre medicinska och lungpatienter och så plötsligt har vi inte plats för våra egna.” (personal specialistsjukvården)

I Finland nämner de intervjuade att det ibland är ett ojämnt flöde till avdelningen på grund av att flödet av de elektiva patienterna är ojämnt. Ibland opereras många per dag (till exempel flera specialoperationer på samma dag), ibland opereras väldigt få (till exempel på grund av semestrar).

Bristande planering/svårt att planera

Intervjupersonerna lyfter att det krävs en god planering för att kunna ha ett effektivt flöde i vårdkedjan, och att det behövs både tid och resurser för denna planering. Det betonas också att denna planering borde starta redan när patienten har sin första kontakt med sjukhuset och finnas med hela vägen. Personalen är överens om att sjukskötarna har en stor uppgift i detta och att de har en nyckelroll i planeringen för patientens resa.

”

”Man skulle kunna förbereda litet bättre före operationen, den här eftervården...” (personal specialistsjukvården)

”I och med att det är så pressat med vårdplatser, så måste man som direkt egentligen, när patienten kommer in, måste man planera hur ska patienten komma hem. Så att redan från början, måste man ta reda på: hur är hemsituationen?” (personal specialistsjukvården)



Kommunen

Information
Planering
Resursbrist
Satellitpatienter
Transporter
Hospitalisering
Vårdplanering
Lab/Rtg
Fel beslut
Tillgänglighet
Medicinlister
Personligt
Överflyttning
Stress
Platsbrist
Journalsystem
Hjälpmedel
Väntetid
Ojämnt flöde

”

”Hos oss är det nog så att om du inte som sjuksköterska redan har en plan för patienten och har tänkt själv så då blir det nog.. då kan du nog få lite längre vårdtider. För du måste vara väldigt med på tåget som sjuksköterska. Och det tror jag ser lite annorlunda ut om du tar till exempel en medicinavdelning, där du har mer läkare än som finns på avdelningen här och som är mer med i patienten på ett annat vis. Våra doktorer är ju inte med... Dom opererar och är med på rondan och that's it. Som sjuksköterska har du ju huvudansvaret att samla ihop all information kring patienten och se, liksom, framåt.” (personal specialistsjukvården)

”För läkaren kommer bara in en gång per dag och en gång i veckan. Det är olika doktorer varje vecka. Och även så att en avslutar på fredagen, och så kommer en ny på måndag. Han vet ingenting om patienten, så att han frågar sköterskan: -Vad tycker du? Så det blir den som då jobbar som i princip bestämmer över ödet.” (personal primärvården)

Under tiden projektet pågått har, som redan nämnts, en ny lag införts i Sverige, Lag (2017: 612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som började gälla 1 januari 2018. Syftet med lagen är bland annat att hålla ledtiderna mellan slutenvård på sjukhus och kommunal vård i hemmet eller i särskilt boende så korta som möjligt. Sammanställningen och analysen av intervjuerna i detta projekt har visat på att det finns många flaskhalsar där arbetssätt och tillgång till information behöver förändras och förbättras eftersom det påverkar ledtiderna. Tydligaste flaskhalsarna finns vid överflyttningen mellan olika enheter och där finns mycket att vinna i effektivitet av att ha en god planering direkt vid inskrivning av patienten. I och med den nya lagen har förutsättningarna i Sverige ändrats under projektiden och blir därmed svårare att utvärdera.

Avsaknad av information

Både i Finland och Sverige är problemen med avsaknad av information ett tema som återkommer hela tiden, ur litet olika perspektiv beroende på vilken del av vårdkedjan som diskuteras. Både i Österbotten och Västerbotten upphandlas för tillfället nya patientdatasystem, som förhoppningsvis ska kunna förbättra informationsflödet mellan de olika vårdnivåerna och ge vårdpersonal i hela vårdkedjan tillgång till samma information hela vägen.

Bakgrundsinformation om patienten

Många gånger nämner de intervjuade att det fattas bakgrundsinformation om personens tillstånd innan exempelvis ett fall som lett till en skada, eller innan en planerad operation, som kan vägleda personal och patient i planeringen och utförandet av vården. För att kunna göra en uppskattning av hur lång tid och med vilka insatser en person ska vårdas inom slutenvården och även av vilka förväntningar och målbilder som är rimliga att sätta upp behövs en tydlig bakgrund. Arbetet försvåras också av att personalen inte alltid har läsbarhet i system där informationen finns. Avsaknaden av denna information tar mycket tid från personal på alla nivåer eftersom de måste söka informationen manuellt oftast genom telefonsamtal till andra enheter eller genom att intervjua patienter och anhöriga.

”

”Vi är ju intresserade av att veta: hur var patienten innan den bröt benet, innan den ramlade, men det kan ju ibland stå att ”patienten har ramlat”. Jamen det vet jag ju för patienten är ju här och har brutit sitt ben. Jag vill ju veta ”var han gångare, gick han med rollator, satt han i rullstol”, så vi vet vad vi har för... kan ha för krav och förväntningar på något sätt. Så det är ju en jättestor brist i liksom information för att kunna få en rättvis bild.”
(personal specialistsjukvården)

”Ibland så önskar man att man kunde få veta bättre. Svårast tycker jag nästan är när de går hemma och har hemtjänst. Då är det lite grann svårt att veta hur det fungerar, för det vet man inte. Jag tycker inte att det är så särskilt lätt att få information från hemtjänsten, men sköterskorna är nog bättre på det och veta vart de ska ringa när det gäller det. Från boenden brukar det ju gå rätt bra. Då finns det ju alltid nåt nummer som är registrerat att ringa till.”
(personal specialistsjukvården)



Dokumentationen av de akuta patienternas sociala situation verkar inte följa några strikt givna rutiner, denna information hittas på lite olika ställen i patientdatat hos olika vårdgivare men är information som borde finnas tillgänglig för alla i vårdkedjan. Många gånger diskuteras den sociala situationen med patienten själv (upprepade gånger i vårdkedjan) och dokumenteras då i patientens journal, vårdanteckningar eller i patientens bakgrundsuppgifter.

Information om andra vårdgivare i vårdkedjan

Det saknas också kunskap och information om andra enheter i systemen vilket också påverkar flödet i vårdkedjan. När det inte är känt vilka kompetenser och vårdmöjligheter det finns hos olika vårdgivare i kedjan kan flödet stoppas upp genom att patienter t.ex. inte skickas till en optimal vårdnivå, eller att fel personer kontaktas.

”

”Man skulle kunna hoppa över AVA (Akutvårdsavdelning) som vårdenhet. Och speciellt för de här som har särskilt boende ringer oftast lasaretten och vill skicka till oss, för att bara ... mobilisering något dygn till och sen hem till sitt boende. Och det där försöker vi också styra. De har sjukgymnaster och arbetsterapeuter. De har omvårdnadspersonal på plats. För patienten är det bättre då att man får fara hem på en gång. Jag tror att det är lättare för sjukhusen att göra ett klinikbyte hit, sen får vi skriva ut patienten, men det blir inte bra för patienten. Och den förståelsen kan jag känna finns inte från lasaretten, när man säger att: -Det kanske är bättre att ni ringer direkt till boendet, när det inte är något medicinskt. Det är bättre de får komma till sin hemmiljö.” (personal primärvården)

”I Umeå är de ofta inte riktigt, de kan inte riktigt bedöma det där upplever vi. Även om de kanske är medvetna om att den patienten bor på en ort där det finns en sjukstuga men de tror att, nej men de måste förbi Lycksele men det är inte alltid fallet. Är det ingenting särskilt så patienten kan åka direkt till en sjukstuga så brukar vi hänvisa dit men det beror på var det finns platser också så det är en ständig diskussion var det finns möjlig vårdplats” (personal specialistsjukvården)

Olika journalsystem

Att det finns så många olika journalsystem och att journaler ska uppdateras i flera olika system för samma patient är något som skapar merarbete och frustration på båda sidor om Kvarken.

”

”Det är Prator och Pascal, Ros.. och vi har signeringslistor till förbannelse och det är en säkerhetsrisk. Jag ska kolla min fysiska papperslåda, jag har en låda till utanför dörren och så har jag ett skrivbord folk lägger grejer på. Sedan så ska jag kolla signeringslistan i System Cross, jag ska kolla signeringslistan i Ros, och där har vi två inställningar jag måste kolla va. En grundinställning där hälften syns och en ytterligare inställning där den andra hälften syns. Och så ibland måste man nog gå till bevakningar och läsa det och så ibland måste man läsa någonting som ligger från idoc-ärendehantering.” (personal primärvården)

”Sköterskorna säger att de gör inget annat än sitter och fyller i och fyller i, och flyttar mellan program och nu ska det skrivas det här och det där och...det skulle nog behöva fås smidigare.” (personal kommun-/socialvården)

Många nämner att det är ineffektiva system och att insynen i dem är begränsade vilket leder till att information för den som vårdar patienten ofta fattas.

”

”Jaa men det är väl det som kan bli lite att de faller mellan, att det blir saker som missas. Också att det är olika dokumentationssystem och att det då missas i överrapporteringen.” (personal kommun-/socialvården)

”Ibland kan det hända att hen som ringer och rapporterar säger att egentligen så känner jag inte patienten för jag är inte skötaren så då kan det ju falla bort en massa viktig info också...” (personal primärvården)

Detta leder i sin tur till att personalen aktivt måste söka efter information och ibland ringa varandra och att det inte alltid är så lätt att få tag på rätt person och rätt information. Speciellt viktigt för att upprätthålla ett effektivt flöde vore därför lättillgänglig och korrekt information, med tanke på att patienten ändå flyttas över från en vårdgivare till en annan flera gånger under sin resa i vårdkedjan.

”

”...det kan ta jättemycket tid att ringa runt till hemsjukvården och hemhjälpen och eventuell matservice....och söka i pärmar och googla...” (personal specialistsjukvården)

”de ringer och rapporterar nog när det är dags....men jag får förstås inte veta och fråga någonting utan det är en skötare som tar det snabbt och som kanske inte har alla kunskaper att kunna fråga upp allting förstås alla gånger...så vi måste ringa och kolla upp igen följande dag...” (personal primärvården)

”om man tittar på hur kansliet ser ut efter rondan när det är sju personer som alla knackar på en dator så vet man att det måste finnas en väldig massa information också någonstans, bara man hittar det” (personal specialistsjukvården)

De olika journalsystemen som används kommunicerar inte heller med varandra, utan när patienten flyttas över från en vårdnivå till en annan så följer inte informationen med, annat än den information som skickas med patienten i pappersform, och som många gånger försvinner på vägen. I Finland nämner en del av de intervjuade att det ibland blir problem eftersom epikriserna kommer till hemkommunen med en viss fördröjning, speciellt då om patienten skrivs ut direkt hem men ändå har behov av hemsjukvård eller hemservice vore det viktigt för hemvården att ha informationen från sjukhuset tillgänglig.

”

”Men jag menar vi måste ha ett IT-hjälpmedel som pratar samma språk för att det ska fungera. Det är absolut nödvändigt.” (personal specialistsjukvården)

”En epikris innehåller inte så mycket om hur patienten mår i övrigt, om de har smärtproblematik eller om de har luftvägssymtom eller om de varit råddiga. Det finns nästan aldrig med i en epikris utan då måste man leta i sköartexten där det kan stå...det nästan förutsätts av oss att vi kan gå in i KUNTA-ESKO och kolla men det är extrajobb som vi ska ha tid med...men det är i och för sig ett jättebra hjälpmedel...” (personal primärvården)

I Finland lyfte de intervjuade inom hemvården även fram det faktum att de inte har tillgång till patientdatasystemen när de jobbar ute på fältet, att de inte har tillgång till datorn som arbetsredskap. Att snabbt gå in och kolla vilka prover som senast tagits på en patient inom hemsjukvården, eller att läsa senaste provsvar är inte möjligt ute på fältet. Inte heller kan dokumentationen skötas på plats utan personalen får dokumentera i systemen i slutet på sin arbetsdag. Under arbetsdagen tar personalen enbart egna minnesanteckningar.

Vad som förs in i systemen är det som avgör vad som går att plocka ut ur dem. På vilket sätt som dokumentationen görs påverkar också möjligheterna att plocka ut specifik information eftersom den ofta sorteras under särskilda sökord eller rubriker. Sådan information som inte passar in under de förvalda rubrikerna eller när fält som går att lämna tomma inte fylls i blir det väldigt svårt att få ut data ur systemen.

Läkemedelslistor / Medicinlistor

Information som alltid borde vara uppdaterad och följa med patienten på resan genom en vårdkedja är läkemedelslistorna/medicinlistorna. Detta är av stor vikt även ur ett patient-säkerhetsperspektiv. Nästan alla intervjupersoner både i Finland och Sverige berättar om utmaningar som uppstår i samband med just medicinlistorna. Det är tidskrävande och kan ibland vara ett rent detektivarbete att reda ut vilken som är patientens aktuella medicinlista. Varken Finland eller Sverige har ett standardiserat instrument för ändamålet. I Finland finns emellertid alla recept som e-recept idag, via det nationella KANTA-registret.

”

”Det tar jättelänge att bena ut att vilka mediciner de äter just nu. Det lättaste är om man kan ringa till någon hemhjälp eller något sådant men de har telefontider och på helgerna svarar ingen och inte svarar någon på natten heller och sen då när vi har annat jobb här på avdelningen så kanske man helt enkelt inte kan ringa vid telefontiden...” (personal specialistsjukvården)

Från primärvården skickas oftast en uppdaterad medicinlista med när patienten tas in till specialistsjukvården men särskilt de akuta patienternas medicinering kan vara tidskrävande för personalen på mottagande enhet att reda ut.

”

”Man är så noggrann med att ha med all information....alla medicinlistor exakt uppdaterade. Man tycker att man har allt, snyggt och prydligt. Och så plötsligt vet de ingenting, de har inte fått någon information och de har ingen telefonnummer och ingenting. Och så tänker man att jag hade ju allt snyggt och prydligt skickat, vart försvinner det?” (personal kommun-/socialvården)

”Men ibland så kommer det en patient med minnessjukdom in med en medicinlista från år 2015, som är nerklottad med en massa olika fläckar. Och så i våran data så har de inga mediciner, så då är det detektivarbete.” (personal specialistsjukvården)



Vid utskrivning från specialistsjukvården ska patienten ha en uppdaterad medicinlista med sig, hem eller till mottagande avdelning, men även här finns brister i rutinerna som försvårar arbetet.

” *”Ibland står det på läkarepikrisen vilka mediciner de ska ha och så står något annat på själva medicinlistan så det gäller att vara lite observant och se vad som faktiskt gäller...” (personal primärvården)*

”Av fel mediciner kanske man blir yr och faller igen” (personal primärvården)

Flera av de intervjuade berättar att denna brist sedan kan hanteras litet olika av sjukskötarna, beroende på deras egen arbetserfarenhet. För en ung, nyutexaminerad kan det vara en större utmaning att kunna fatta beslut kring patientens medicinering, än för en sjukskötare som jobbat länge och har sin kunskap och erfarenhet att falla tillbaka på.

” *”Vi har ofta två versioner av en lista och en epikrislista och så kan det vara ett tredje vårdarförslag och då är det väldigt svårt om patienten kommer kvällstid och skötarna ska ta över och de inte vet vilken medicin de ska ge, de vet inte vad de ska ge för värkmedicin, vilken lista de ska följa.” (personal primärvården)*

Resursbrist

I Sverige talas mycket om bristen på främst fysioterapeuter och arbetsterapeuter och att detta stoppar upp i vårdkedjan. På finska sidan har denna utmaning inte direkt framkommit, utan de intervjuade verkar uppleva att det finns bra med fysioterapiresurser på de avdelningar som undersökts. En önskan om fler fysioterapiresurser har främst lyfts inom primär- och socialvården, så att det skulle finnas mera tid att också jobba förebyggande och preoperativt och även med nya koncept som fysioterapeuternas direktmottagning (vilket grovt förenklat innebär att fysioterapimottagningen kan kontaktas utan läkarremiss). Det finns önskemål om fler resurser, både för individuell träning och gruppträning, inom primärhälsovården men också inom hemvården. I Finland nämns även behovet av en tilläggsresurs för att få hjälpmedelsutlåningen att fungera ännu smidigare och inte ta arbetstid från fysioterapeuternas klientarbete, samt bristen på tillgången till ergoterapitjänster för äldre inom KS-området.



” *”Om man skulle kunna boka in en redig fystid samtidigt som man lånar ut hjälpmedel så skulle man kanske kunna förbereda dem lite mer för operationen.” (personal primärvården)*

”Om jag skulle säga en sak så är det fortfarande det här med sjukgymnaster, arbetsterapeuter. Det kan jag känna både åt kommunens håll, från AVA (Akutvårdsavdelning) till kommunen, men även från lasaretten till AVA, så är det den stora stenen där det blir ett kugghjul där det inte riktigt funkar flytande för patienten, med hjälpmedel, träningar, överrapporteringar och såna saker.” (personal primärvården)

En annan resurs som nämns är receptionisten på avdelningen på sjukstugan som avlastar sjuksköterskorna i kontakterna mot kommun och andra enheter och att om det inte finns en sådan resurs så blir det ett märkbart merarbete för övrig personal.

De intervjuade berättar även om att det råder vikariebrist och att det påverkar både personal och patienter.

” *”Det man ser, det man tycker är lite jobbigt och beklämmande är att det inte finns personal kanske och att det är svårt att rekrytera. För det kan i slutändan bli ett minus för den vi är där för” (personal kommun-/socialvården)*

”Men sen 2011 tror jag inte vi har haft full bemanning här på avdelningen” (personal primärvården)

”I sommar har vi inte haft några vikarier...så vi har ju absolut inte haft tid, 15-20 minuter per patient max...”(personal kommun-/socialvården)

Platsbrist

För få vårdplatser är en flaskhals som påverkar flödet väldigt mycket på alla nivåer i vårdkedjan.



”Fungerar ganska bra med kommun. Kommun är underdimensionerat beträffande korttidsplatser, så det ligger patienten oftast väldigt lång tid hos oss, för de kan inte ta över. Vi hade något tillfälle i höstas där folk låg i månader.”
(personal primärvården)

”Ja, nu på sommaren är det ju besvärligt. Nu då det är mycket och ibland finns det inte platser här, då skickar de ju ... det är ju Skellefteå och lite av varje. Så vi blir inte glada då de blir skickade så. Inte för anhöriga heller.”
(personal kommun-/socialvården)

Intervjupersoner anger på alla nivåer att det som stoppar upp flödet är att det finns en brist på vårdplatser i nästa steg av kedjan. Inom specialistsjukvården i Finland är en flaskhals att vissa av sjukvårdsdistriktets medlemskommuner helt enkelt inte kan ta emot klinikfärdiga patienter, utan de blir liggande kvar inom specialistsjukvården trots att de inte är i behov av specialistsjukvård. På samma sätt finns det inte heller obegränsat med boendeplatser ute i kommunerna, vilket gör att många patienter blir kvar på bäddavdelningarna/sjukstugorna eller skrivs ut till sina hem med maximal hemvård, i väntan på en lämplig boendeplats. Några av de intervjuade lyfter även fram problematiken med att hitta rätt boendeplats för varje patient, det vill säga att varje individs unika behov kan tillgodoses, inom en rimlig tid. Även i Sverige pratas om denna problematik; för få korttidsplatser och platser i särskilt boende inom kommunal vård är en flaskhals i perioder.



”Flaskhalsen är just att vi har många åldringar som bor hemma och vi har en bra hemservice och allt, men i alla lägen räcker inte hemservicen...och då måste vi hitta en plats så man inte lämnar på sjukhuset utan kommer till rätt serviceenhet eller till rätt servicehem.” (personal primärvården)

”På grund av brist på platser så hamnar de jättelänge på bäddavdelningen, trots att de bara är dementa eller av någon annan orsak inte klarar sig hemma. Vi kan inte lämna dem, och bäddavdelningen är enda stället som är emellan...”
(personal primärvården)

Även på sjukstugorna/bäddavdelningarna upplever intervjupersonerna att det ibland finns för få platser och att det leder till längre vårdtider i specialistsjukvården och en sämre vårdkvalitet för patienterna som ibland flyttas mellan flera enheter.



”Så tycker jag ju oftast att flaskhalsen verkar vara, alltså, antal sängar och vårdplatser här uppe. För ofta är det ju dragit ner så att det är bara hälften av platserna och då hör man att: ”Ja, men de är kvar i Lycksele, finns inga platser på sjukstugan”, eller de hamnar på någon annan sjukstuga långt bort. Och jag tänker att det måste vara ... det är ju en jätteskillnad på att ha åtta platser och fyra platser.” (personal kommun-/socialvården)

Satellitplatser

Inom specialistsjukvården i båda länderna är en del av lösningen vid fullbeläggning att ha så kallade satelliter. När en avdelning är fullbelagd och nya patienter behöver skrivas in läggs de in på en annan avdelning som har en vårdplats ledig istället för den avdelning som normalt sett skulle sköta om det sjukdomstillståndet. I Lycksele är rutinen den att en patient som nästan är utskrivningsklar får bli satellitpatient och flytta till ”fel” avdelning så att den patient som behöver skrivas in och som är i ett mer akut tillstånd får ligga på rätt avdelning. Den rutinen följs inte i Vasa eller Umeå utan där är det istället den patient som behöver skrivas in på en avdelning som är fullbelagd som får bli en satellitpatient och ligga på en annan avdelning. På Vasa centralsjukhus är det koordinerande skötaren på akutmot-

tagningen som har kontakt med de olika avdelningarna och placerar de akuta patienterna där platser finns, i första hand på en kirurgisk avdelning men vid behov på vilken avdelning som helst. Om de akuta patienterna genomgår en ortopedisk operation strävas efter att patienten vårdas på kirurgiska avdelningen för ortopedi efter operationen. De elektiva patienterna placeras i huvudregel på rätt avdelning. Satellitplatserna orsakar mera arbete för personalen och utmanar patientsäkerheten. Satellitplatserna beskrivs av intervjupersonerna orsaka tilläggsarbete och otrygghet i yrkesutövningen.



"...Det är som ingen rim och reson, och det belastar oss mycket mer. Man måste springa runt på sjukhuset mycket längre än om man ser alla på samma ställe. Sköterskorna har det också jobbigt, de kan ofta säga, inte kan vi sköta det här, inte har vi några fysioterapeuter som vet hur det här ska skötas..."
(personal specialistsjukvården)

"Men jag menar, det är klart att den personal som finns på en vårdavdelning antingen om det är kirurgi eller medicin, de är tränade på sina åkommor. Och i möjligaste mån så ska man undvika att ha satellitpatienter, för det har visat sig i undersökningar att det ger ökad risk för vårdskada. Det är liksom inte bara en allmän tro, utan det är så. Satellitpatienter har en ökad risk för vårdskador därför att ju mer man är vid att hantera just den diagnosgruppen, ju bättre blir vården."(personal specialistsjukvården)

Däremot så ger satellitplatser en välbehövlig flexibilitet i ett komplext system, och tillåter ett mera flexibelt flöde av patienter till och på sjukhusen. Ytterligare lyfter en intervjuperson att det också finns fördelar med satellitplatserna.



"Jag tror att den saken att patienterna är utspridda litet över hela huset har gjort att avdelningarna har hamnat att samarbeta mera." (personal specialistsjukvården)

Tillgänglighet

Personalen i Sverige berättar i intervjuerna att det kan vara svårt att få den kontakt med personal som behövs vid överflyttningar eller under vårdtillfällen, vilket ibland försenar vårdflödet. På kommunsidan nämns biståndshandläggare, arbetsterapeuter och fysioterapeuter som svårtillgängliga och på sjukstugorna personal som läkare, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Orsaken till detta tros vara att det inte finns telefontider när det passar för personalen på främst vårdavdelningar att ringa och att många resurser jobbar deltid och inte har ersättare när de inte jobbar. På vårdavdelningarna finns ett behov att ringa andra enheter efter rondens slut och då är oftast telefontiderna slut. Det finns inte heller någon pålitlig rutin med uppringning eller telefonsvarare som alternativ. När det inte går att få kontakt med personalen på kommunen kan det leda till att patienten får mellanlanda på sjukstuga istället.



"Men får man då inte tag på dom, då kan man ju aldrig ge nåt besked heller. Och då kan det ju vara så att dom väljer att skicka dom till sjukstuga istället, fast dom kanske skulle kunnat åkt hem." (personal specialistsjukvården)

Ett annat problem som kan bli en flaskhals är att läkarna i Sverige som ansvarar för avdelningen på sjukstugorna inte har någon avsatt tid för dessa in-
neliggande patienter, inskrivning eller utskrivning, annat än under rondens på förmiddagen. Övrig tid är de helt uppbokade på mottagningsbesök och akuta patienter som kommer till mottagningen. Det finns alltså egentligen ingen tid för läkarna att skriva in patienter som överflyttas till sjukstugan och inte heller för kontakt med övriga enheter.



”och plötsligt så inträffar exakt det som du bevittnade nu i korridoren att plötsligt så kommer det en sköterska från ingenstans och säger ”du, vi har en patient här nu som måste skrivas in här nu” dom måste genast veta lite saker och det har inte jag någon tid för. Jag är ju fullbokad med patient.. sitter jag inte här så är jag fullbokad...ingen avsatt tid för eftermiddagsrond och du hinner inte träffa en patient förrän du ska fatta ett beslut” (personal primärvården)

I Finland nämns delvis utmaningar i tillgängligheten. På finska sidan flyttas en patient vidare från specialistsjukvården även kvällstid och helger, trots att mottagande bäddavdelning inte har en läkare på plats. Inskrivningen sköts alltså med gemensamma resurser, inte enbart via läkarresursen och tillgängligheten till information om patienten är inte begränsad till läkaren. Men även på finska sidan efterlyses en större läkarnärvaro. Mycket tid för sjuksköterna inom specialistsjukvården går åt till att ”jaga” läkarna med frågor som uppstår efter rondens kring t.ex. medicinering och de uttrycker en önskan om en större läkarnärvaro på avdelningen, för att få till ett smidigare flöde.

”Det ideala skulle vara om en läkare skulle sitta här och kunde hjälpa till med alla de här lösa grejerna som bara hänger sen då efter ronden...”
(personal specialistsjukvården)

”Ja vi säger fint att de kan ringa hit men sen har vi aldrig någon läkare på plats...”
(personal specialistsjukvården)

Väntetid

I Finland lyfte intervjupersoner fram att de elektiva patienterna i regionen måste vänta länge innan de får en tid till kirurgiska polikliniken för en bedömning av sitt knä/sin höft, att kön till kirurgiska polikliniken är lång.

”De planerade kan ibland ha väntat litet för länge. Gått med kryckor, fått en sämre gångstil, lagt sig till med haltande gång. Sånt som ska tränas bort efter operationen.” (personal primärvården)

När intervjuerna gjordes (hösten 2018-våren 2019) uppfylldes inte vårdgarantin på kirurgiska polikliniken och Vasa centralsjukhus saknade även en fysioterapeut då. Ortopederna i Vasa kunde också vara flera. Det har varit svårt att rekrytera ortopedier till Vasa, delvis på grund av en generell brist på ortopedier i landet. Dessutom inkommer väldigt många remisser till kirurgiska polikliniken, remisser som ibland upplevs vara ofullständiga eller onödiga, eller riktade till fel avdelning på sjukhuset. Inom sjukvårdsdistriktet informeras regionens hälsocentraler aktivt om vikten av att enbart skicka relevanta, väl förberedda remisser till polikliniken, för att undvika att ”snabbaste sättet att behandla en remiss är att godkänna den...” (personal specialistsjukvården).

Väntetid är en flaskhals som lyfts även i Sverige då det gäller till exempel ortopediska patienter som ligger på avdelning i Lycksele och ska vidare till Umeå.

”Jag vet inte om dom får vänta men ibland känns det så, som att dom får vänta. Hade dom varit på plats i Umeå.. legat inne i Umeå så hade det hänt snabbare. Att dom tar först sitt och sedan, liksom, tar vårat då”
(personal specialistsjukvården)

”Det brukar väl inte funka jättebra, för när vi säger att det börjar ta lång tid och tar kontakt, då om de ska till pediatriken så hamnar de på nån slags väntelista där. Det tar längre tid än en vecka med patienten som då hinner bli tillräckligt mobiliserad för att gå hem härifrån, innan de hinner få plats på pediatriken.” (personal specialistsjukvården)



I Sverige kan också väntetid för transporter och långa avstånd göra att patienter får en längre vårdtid och är en flaskhals i flödet. När patienter skickas från Umeå och vidare till Lycksele eller sjukstugor är det svårt att få en transport och patienter kan få resa så att de kommer fram först mitt i natten.



”Så många gånger kommer ju patienter från Umeå hit kvällstid och ibland mitt i nätterna. Därför att som jag förstår så står de på någon slags kölista för att få transport. Vilket ju inte är optimalt. Överflyttningsspecialiteter ska ju inte skrivas in på nattetid utan det bör man ju göra på dagtid.” (personal specialistsjukvården)

”Nej, det brukar bli till dagen efter. Om det bara är det, att man tycker att det är för långt att skicka hem dem, då blir det till dagen efter.” (personal specialistsjukvården)

Vårdplaneringar

Det som väldigt många nämnt som en flaskhals på svenska sidan är vårdplaneringar men förutsättningarna för detta har under projektiden ändrats i och med den nya lagen om samverkan vid utskrivning.



Del. 2 Vårdkedjans kvaliteter

Styrkor

Att svara på frågorna kring vilka styrkor som finns i verksamheterna var inte alltid så enkelt men personalen både i Finland och Sverige var relativt eniga om vilka dessa styrkor är. Framför allt upplever de intervjuade att personalen utgör vårdkedjans största styrka. De intervjuade känner arbetsglädje och stolthet över att få vara en del av en personal som har en gedigen erfarenhet och bred kompetens och som får fatta egna beslut.

”*Jag tycker om ortopediska patienter för de är någorlunda klara...och så tycker jag nog att vi har en bra personal” (personal specialistsjukvården)*

”*...vi har ju både inremedicinska lungpatienter och ortopediska och allmänkirurgiska patienter och plastikkirurgiska patienter så vi får en ganska bred kunskapsbas...” (personal specialistsjukvården)*

”*Jag tycker det är ett jätteroligt jobb. Just det där att det är så brett. Det är så mycket olika patienter och utvecklande på så vis. Även det att man har avdelningen och jourmottagningen så får man som en blandning av allt. Man får från både barn till äldre, men även från minsta plåsterskada till hjärtstopp.” (personal primärvården)*

De allra flesta har också tagit upp samarbetet som en styrka i denna vårdkedja. Även om det inte alltid är perfekt är det ändå något som många tycker fungerar väldigt bra i de flesta fall. Det gäller både internt och mellan olika enheter.

”*Vi har ett väldigt tätt samarbete med fysioterapeuterna. Så att när fysioterapeuterna inte hinner, de är ju bara här på morgonskiftet, så fortsätter vi med deras arbete på kvällen sedan, och på helgerna.” (personal specialistsjukvården)*

Samarbete

Personkännedom
Flexibilitet
Sjukstugor
Arbetsglädje
Litet
Lokalkännedom
Helhet
Kontinuitet
Nära
Låg infektionsrisk
Bred kompetens
Personalen
Behandlingsprogram
Goda resultat

”Det som fungerar väldigt bra här är att jag kan lätt gå in till en sjukskötare och fråga, jag kan gå in till läkaren, jag har dagligen möjlighet att gå och konsultera läkare och så...att kommunikationen är ganska enkel” (personal primärvården)

”Jag har bra samarbete med kommun-sjukgymnasten, för jag får inte ordinaera träning som hemtjänsten ska göra. Det måste kommun-sjukgymnasten göra. Men där har vi en bra kommunikation.” (personal primärvården)

”Vi kan be hemvården kolla; du som känner patienten sedan tidigare, kan du gå in och se, tycker du hon verkar som hon brukar eller är det råddigare än vanligt. Och så kan de ge oss en ny bild av patienten, nej nu är hon inte som hon brukar...” (personal primärvården)

”Man har förtroende för varandra...det är på det viset lätt. Och jag vet att det är ömsesidigt, det är inte bara ett tagande, att jag måste ge...utan jag vet att jag också får hjälp då jag behöver...” (personal kommun-/socialvården)

”Jo för att det är ju det vi ser att sjukstugorna är för oss bara ett måste. Alltså vi förstår inte hur man ska kunna... om vi inte hade dom då skulle vi ha en helt annan situation. Men med alla sjukstugor så har vi ett fantastiskt samarbete, ska jag säga. Kommunerna är ju också involverade i vårt arbete när patienterna ska skrivas ut från slutenvården. Och det är ju lika viktigt och det är ju också goda exempel här i inlandet i södra Lappland. Många goda exempel på ett väl fungerande samarbete.” (personal specialistsjukvården)

Även samarbetet med organisationer utanför vården nämns som en styrka på finska sidan. Till exempel ordnar Närpes Vuxeninstitutet nuförtiden träningsgrupper för äldre vilket kompletterar den gruppverksamhet fysioterapi- och rehabiliteringsverksamheten inom primär- och socialvården kan erbjuda och När-tv (ortens lokal-TV) sänder aktivitetsprogram för äldre i samarbete med hemrehabiliteringen.

”I Närpes finns ett väldigt stort utbud inom Vuxeninstitutet. Så att träningsmöjligheter finns för de som kan vara i grupp.” (personal primärvården)

I samband med att ett gott samarbete berättar personalen ofta om att närheten till varandra avståndsmässigt och att det är små enheter bidrar till det goda samarbetet. Alla är flexibla och arbetar tillsammans för patientens bästa. Personalen försöker kontinuerligt att hålla klienten i fokus och komma ihåg att personalen finns till för klienterna, inte tvärtom.

”

“Antingen så ringer vi bara direkt på telefonen eller att man ses i matsalen på lunchen om det inte är jätteakut och så löser man det där, det behövs inte skriva några formella konsultremisser till exempel många gånger utan vi löser det sinsemellan, och då är det mycket kortare beslutsvägar och då har vi alltid att göra med någon som vi känner. Det är inte så att vi skriver en remiss och sen kommer det någon som vi aldrig har träffat förut så det fungerar ganska bra på så sätt” (personal specialistsjukvården)

Många som intervjuats har en känsla av att de på dessa relativt små enheter är speciellt duktiga på att se hela människan och att detta helhetstänk är en styrka. Det är något de är stolta över och som också bidrar till att personalen får en bred kompetens. Detta är i sin tur nära kopplat till både lokalkännedom och patientkännedom som är två andra styrkor som personalen lyft under intervjuerna.

”

“Alltså, en av våra styrkor tycker jag ändå är att vi har ju en otrolig bredd i vårt arbete utifrån våra patienter och vi har ju utifrån det en väldigt bred kompetens och kan se andra saker och behandla andra saker, alltså ha liksom flera olika diagnoser på en och samma patient under samma vårdtillfälle fast huvudsaken är kirurgisk, och liksom ändå vårda hela människan...att vi som vårdpersonal kan ta hand om dom på bästa sätt” (personal specialistsjukvård)

“Men det blir mer sånt tänk på sjukhus, de gör ju det som man... Och sedan säger väl någon ”jamen jag kan ju inte gå hem för jag kan ju inte elda i pannan nu med den här foten för pannan är i källartrappan”, ”ja men det där är inte vårt problem. Du är klar här, nu måste du ut härifrån” liksom. Och gör dom det då försvinner ju patienten och sedan hamnar dom väl någon annanstans. Men det är ju inte ortopedens problem. Men betar jag mig så så är ju patienten tillbaka och skrivs in samma kväll med ett gäng väldigt arga anhöriga som förmodligen är vänner med mina vänner eller någonting sånt där. Så det fungerar ju inte på något sätt varken socialt eller medicinskt eller så. Vi måste se till helheten. Och skickar vi iväg någon, det är ju vi som returen dessutom så det är bara dumt” (personal primärvården)

“...de som ligger här idag kan vara mina bekantas mamma så de känner lite tillit för de vet vilka vi är, det märker jag själv personligen...” (personal primärvården)

“Det är vår fördel att vi känner till våra patienter...vi känner till hur huset ser ut och vet om det finns hiss, vi har ganska bra pejl på allihop...” (personal primärvården)

Personalen i Lycksele lyfter upp styrkan i vårdprogram som en bra hjälp både för att inskola ny personal, upptäcka avvikelser och som en trygghet för personalen. Ett vårdprogram är i Sverige en klinisk skriftlig instruktion anpassad till nationella, regionala eller lokala förhållanden för en viss grupp av patienter. Motsvarande vårdprogram används inte i samma utsträckning i Finland, åtminstone inte som en del av den löpande verksamheten.

”

“En styrka är ju det här med att vi har rutiner och pm. Jag tror inte att vi tänker så mycket på det när vi jobbar men vi har ju nästan svar på dom flesta frågorna om du bara läser dom. Så vi har väldigt mycket sådana uppstyrd saker som vi jobbar efter.” (personal specialistsjukvården)

“En höftoperation till exempel, vi vet ju precis exakt minut för minut vad vi ska göra och vad vi förväntar oss av patienten, och när man kan se att ”ojdå, det här är något som skiljer mot en normal patient”, hur tänker vi då, liksom att man kan nog signalera ganska fort” (personal specialistsjukvården)

I Finland lyfter en del av de intervjuade fram styrkan i att Vasa centralsjukhus vid nationella jämförelser har väldigt goda resultat på protesoperationer, och en låg infektionsprocent.

Svagheter

Svagheter i flödet från att en patient skrivs in tills att den skrivs ut kan vara samma faktorer som i rapporten benämns som flaskhalsar och som tagits upp tidigare. I intervjuerna på svensk sida diskuterades svagheter och flaskhalsar i två olika frågor. Flaskhalsar definieras som något som stoppar upp, något som upprepade gånger gör att arbetet inte flyter på lika bra eller effektivt som det skulle kunna göra om saker vore annorlunda. Svagheter är istället faktorer som påverkar arbetsvardagen men som inte nödvändigtvis eller i första hand gör flödet mindre effektivt. Under intervjuerna i Finland har svagheter inte diskuterats som en separat fråga utan där har faktorer som i detta avsnitt definieras som svagheter kommit upp i diskussionerna om flödets flaskhalsar, effektivitet och utmaningar.

Den svaghet som de flesta av de intervjuade nämner är det pressade flödet som beskrivs vara kopplat till få vårdplatser och jobb mot långa vårdköer. Personalen berättar att de ibland känner sig väldigt stressade av detta och att de tycker att vissa patienter skrivs ut för tidigt. De hade velat ge dem mer tid för rehabilitering och en snabb utskrivning leder ibland till att patienter blir återinlagda.



”Jag tycker inte heller att det här funkar särskilt bra alla gånger. Jag är inte alla gånger nöjd när jag går hem på kvällen. För att det är mycket som inte hinns med, med akutpatienterna. Och det syns också på hur vi mår, alltså som sköterskor. Att så många har sagt upp sig nu. Det är oftast att man inte mår med. Jag tror alla som har sagt upp sig mår inte med, för att det är helt enkelt för mycket, man har inte... Ingen kan ha koll på allt, och så går du hem på kvällen och mår dåligt liksom, för att man har glömt så mycket. Jag tror mycket har med det att göra, att det är så mycket att ha koll på.” (personal primärvården)



”Ja då är det lite svårt att spå men ibland känns det hemskt med de som är i dåligt skick...att de ska bara hem och de ska hem med hemhjälp och det känns moraliskt alla gånger inte rätt för en skötare, man fattar inte hur de ska klara sig.” (personal specialistsjukvården)

En annan svaghet som många, speciellt i Sverige, tar upp är otillräcklig kompetens. Det beskrivs vara en brist i hela vårdkedjan som tros bero på att patienterna i kedjan har så många olika diagnoser vilket leder till svårigheter både att skaffa och behålla specialistkompetens. Svagheten att inte alla som jobbar i vården är utbildade inom vård är ett annat exempel på otillräcklig kompetens som det finns erfarenheter av på alla nivåer.



”Ja, det är klart eftersom det är så pass brett, så blir vi ju mindre specialiserad. Så är det nånting väldigt avancerat och specifikt, så är vi förmodligen sämre på det än på ett ställe där man har mer bara liknande diagnoser.” (personal specialistsjukvården)

”Jag anser att gamla människor är sköra människor. Och det krävs stor kunskap att jobba med dem. Så därför förvånar det mig så, att man inom äldrevården, inte anställer utbildade undersköterskor att jobba med dem. I hemtjänsten är det många som inte har någon utbildning och kanske aldrig jobbat inom vården.” (personal primärvården)

”Som ibland är man ensam sjuksköterska på kvällarna här och så har man inte ens en undersköterska som vet hur en sjuk fungerar eller kan ta ett blodstatus eller ett HV eller så.” (personal primärvården)

Övriga svagheter i vårdkedjan som nämns är att det inte alltid finns den utrustning som behövs, att det är en hög personalomsättning och att resurserna är otillräckliga.

”Man kan ju säga så här, en mindre enhet och ett mindre sjukhus som vi är kan ju naturligtvis inte ha alla resurser. Vi har ju ganska god möjlighet på röntgenavdelningen här men det finns ju begränsningar. Det finns begränsningar vad det gäller utrustning och vad det gäller utredningar. Det gör det rent tekniskt.” (personal specialistsjukvården)

”Så det finns ett visst tak för avdelningen. Man klarar inte av hur vårdtungt som helst på avdelningen eftersom det inte är så personaltätt om man säger så, jämfört med andra större sjukhus kanske.” (personal specialistsjukvården)

”Trycket är hårt. Alltså pressen och utrymmesbristen och farten är grym på den här avdelningen. Det som kanske är det där tunga för en själv, om man nu inte tänker ur patientsynvinkel utan tänker på mig själv och på oss som jobbar här, så är det så att du hinner egentligen inte göra en sak färdig. För du håller på med fem saker på en gång och om du går någonstans så är du fast igen någonstans. Så du är inte så att du kan sätta dig ner och göra en sak från början till slut, det du ska göra med den patienten. Utan du har en massa saker som trycker på. Det är nog det som är den psykiska pressen, som gör att många bra, erfarna sköterskor till slut inte orkar med. Att de far iväg.” (personal specialistsjukvården)

Under intervjuerna har det framkommit exempel på erfarenheter som visar att även om små enheter kan vara duktiga på patientkännedom så kan det också bli en svaghet.

”Att du tas emot i sjukvården många gånger med det sociala arv du har, till exempel. Det gör du inte på ett stort sjukhus. Där ser alla likadana ut när dom kommer in genom akutens dörrar eller genom dörrarna här. Men jag vet när dom kommer och så är det någon sådan här känd person från Åsele som har varit inom sjukvården i 25 år. Jamen då vet ju jag. Och det sprids ganska fort. Så det är en nackdel med det lilla sjukhuset. Och det blir också kanske så att man får vård efter det också” (personal specialistsjukvården)

Resultaten från intervjuerna i båda länderna visar att förväntningar på vården kan skilja sig åt mellan enheterna och det kan ses som en svaghet eftersom det i vissa fall skapar frustration och missförstånd.

”...då kan jag personligen känna ibland att vad ska de tänka på bäddavdelningen när de kommer någon med skyhögt blodsocker och har varit på centralsjukhuset där man rimligen ska kunna få det under kontroll men...” (personal specialistsjukvården)

I båda länderna nämns att det är utmanande för personalen att vårda patienter med demenssjukdom som ligger inlagda på avdelningarna på ett bra sätt och att det kan påverka patienterna negativt. Detta beror enligt personalen på att vårdtiden är väldigt kort, att det inte finns resurser för att vårda personer med demenssjukdom och att lokalerna inte är anpassade.

”Det kan vara mycket dementa som tar mycket tid och tiden går åt till dem istället för att vara hos patienten. Och då kanske man önskade att nån annan hade tid att rehabilitera på ett annat sätt” (personal primärvården)

”De som vi har på korttids nu som är inplanerade för två veckor växelvård. Många är ju dementa. Jag menar vi har andra vårdtyngder också. Vi är stressade och vi springer mycket så de blir ju påverkade och tillslut kan de ha dragit igång en avdelning alltså. De blir oroliga och ja, behöver kanske mer lugnande mediciner eller annat för att komma till ro än om de hade varit på ett lugnt ställe. För det kan ju räcka att det larmar, det är någon som ligger på larmklockan mycket så kan de ju bli orolig för att det hela tiden piper ute och så har man då flera dementa kan de ju dra

igång varandra. Någon som springer fram och baka och ska hem hela tiden och står och vaktar dörren när man ska vakta så att ingen släppa ut dem och det blir ju som en stress.” (personal primärvården)

Under projektiden har kirurgkliniken i Lycksele blivit länsklinik och några av de intervjuade tycker att det blivit en svaghet eftersom det lett till att en del erfaren personal slutat och andra negativa konsekvenser.

”*”Ja, vår bästa doktor har sagt upp sig. På grund av det, tyvärr. Och sedan att vi får mer patienter från Umeå istället för att Umeå tar sina patienter och vi tar Lycksele och inlandet. Och sedan... är det platser över kan man ta in. Och det tycker vi väl inte alltid, eller tycker jag inte alltid, är så positivt.” (personal specialistsjukvården)*

På sjukstugorna är en svaghet som nämns att en ensam sjuksköterska ska ansvara för både patienterna på vårdavdelningen och de patienter som kommer till mottagningen under jourtid.

”*”Men det jag tycker är jobbigt, det är att de bokar in mottagningspatienter efter halv fem. Du har sexton patienter där uppe, och sen är du här nere för att ta hand om en snuva och lite feber. Nu ibland är de svårt sjuka så klart. Det tycker jag är jobbigt.” (personal primärvården)*

Vårdkvalitet och god vård

I Sverige har det funnits möjlighet att göra en andra delstudie i projektet som fokuserat mer på temat vårdkvalitet. Frågor i detta ämne har även tagits upp under intervjuerna i Finland men då mer kortfattat, som tilläggsfrågor. Diskussionerna kring temat vårdkvalitet fokuserade på att be de intervjuade berätta vad god vårdkvalitet innebär för dem, samtidigt som de även fick ange vad de tror att deras patienter uppfattar som god vård och huruvida de uppfattar att patienterna hellre vill vårdas hemma eller på någon vårdinrättning.

I Sverige fick de intervjuade till att börja med resonera kring om det är skillnad mellan bra vårdkvalitet och god vård. Det var inte lätt att svara på men en del menade ändå att vårdkvalitet har mer att göra med praktiska saker, som att operationsinstrumenten är bra, att kallelserna kommer ut i tid och att patienten får en medicin som forskning har visat är bra. De menade också att god vård handlar mer om ett gott bemötande och sådana ”mjuka värden”. De säger vidare att detta är svårt att definiera och att ämnena går in i varandra. I denna rapport används båda uttrycken eftersom det inte gjorts någon djupare utredning kring vad som är vad.

Andra aspekter som kom fram kring temat vårdkvalitet är att det inte alltid är så lätt att snabbt svara på frågor i ämnet. Ofta kom intervjupersonerna in på att det är svårt att mäta vårdkvalitet. Begreppet vårdkvalitet betyder dessutom väldigt olika saker beroende på vem som tillfrågas.

”*”Medicinskt så kan vården gå helt åt skogen men patienten kan vara jättenöjd med vården ändå, om man har mött dem rätt och sånt.” (personal specialistsjukvården)*

”Vårdkvalitet betyder säkert olika för patienten och för oss, kan jag tänka mig... patienten tror att man ska vara lite servad och att allt ska vara som de tycker och som de är vana med, vårdkvalitet för oss är att ge lika vård till alla...” (personal specialistsjukvården)

Det flesta av deltagarna tycker att en god vård är att se varje människas alla behov, att kunna ge alla en personlig vård, att ha ett gott och respektfullt bemötande mot patienten och att göra dem delaktiga i sin vård. God vård är också att ge den bästa vården utifrån förutsättningarna och om möjligt även uppnå en förbättrad livskvalitet efter operationen. Under samtalen kom intervjupersonerna även in på etiska frågeställningar och att resonemangen kanske kan skilja beroende på förutsättningarna.

”Ja, det är ingen ovanlig fråga bland de här patienterna som vi har på boendena. Om du har en patient med malign sjukdom. Då har vi haft då och då diskussion: - Behöver verkligen den här patienten åka ner och träffa en kirurg fem i minuter och sen åka hem? Med följeslagare, kanske taxi. Jag tror att både patient och anhöriga här, oftare än i stan, är inställda på att låta bli. -Vad betyder ett sånt besök för prognosen, för min sjukdom? Kanske ingenting, eller väldigt lite. Att tacka nej till vård, det är det få som gör, men det är vanligare här.”
(personal kommun-/socialvården)

”Så jag tycker i både god vård och vårdkvalitet... vad har vi för förutsättningar, vad gör vi av dom? Ja, jag tycker det är viktigt att förklara för..., och det tycker jag vi är duktiga på här rent generellt alltså, sjuksköterskor, läkare, landstinget och kommun. Att förklara att det är dom här förutsättningarna vi har. Du får ta det här beslutet. Som såna här som nekar utredningar, vidare utredningar. Dom är ju fullt insatta i att dom nekar och att dom inte vill och vad det innebär, det är läkarna duktiga på att förklara så att det är ju en del av god vård. Jag tycker inte att dom får sämre vård i en viss..., men det är ju inte sämre kvalitet på den vård dom får. Det är bara att vi inte har samma möjligheter. Så att det... gör det bästa efter dom förutsättningar man har och så är god vård här uppe” (personal kommun-/socialvården)

”Alltså god vård är ju någonstans att man kan tillgodose den patientens behov och önskan i största möjliga mån.”(personal kommun-/socialvården)

God vård är också att kunna göra en professionell bedömning och att vårdpersonalen hela tiden får möjligheter att upprätthålla sin professionella kunskap.

”Men god vård är ju...jag tycker att 2018 ska du få, alltså, det finns massor av resurser. När du träffar doktorn eller får en bedömning här så ska det inte behöva, det ska inte behöva gå så snett som det gjorde förr i världen, tycker man. Jag menar, det finns massa undersökningsformer, skicka folk på röntgen, skicka folk på koloskopier och skiktröntgen och allt, det finns ju massor av sätt att ta reda på.”
(personal kommun-/socialvården)

Annat som de intervjuade tror är god vård för patienterna är att slippa flyttas i onödan eller allt för snabbt, att bli sedd och lyssnad på, att få hjälp, samvaro, smärtfrihet, att få skratta, bra mat, påverkansmöjlighet, trygghet, kontinuitet, att få röra sig och att få komma hem. De tror även att det är viktigt att vården är individuell och att det finns en plan för vården som ges.

”Som sagt, mycket oro hos många patienter upplever jag att det är, i alla fall. Att man måste få bekräftelse att: -Ja, men antingen så är det det här eller så är det inte det här. Och den här tydligheten och hur det är tänkt, nästa steg, och så där.”
(personal primärvården)

”Jag tycker vårdkvalitet är att ge tid åt patienten, att ha tid kanske att stå bredvid och lyssna litet vad de berättar...”
(personal primärvården)



De intervjuade påpekar även att en god vårdkvalitet förutsätter att kommunikationen och teamarbetet fungerar på avdelningarna och mellan vårdgivarna. Något intervjupersonerna berättar om som kan äventyra vårdkvaliteten är när rapportering mellan personal inte fungerar så att till exempel sår missas och när vårdtyngden gör att personalen inte kan vara lika flexibel eller ge tid till varje patient. Vårdkvaliteten kan också bli sämre när personalen inte är överens om hur patienten ska vårdas och inte heller kan kommunicera kring det.

”*Sen har vi brottats med saker nu, där vi som sjuksköterska kan känna att ... där vi har haft palliativa patienter som ... Alla brytpunktssamtal är tagna och det finns ingen utväg, men att doktorerna fortsätter och behandlar och behandlar och ... när det går åt andra hållet. Och då har vi under de gångerna ställt oss den frågan: ”Är det här god vård?” Och då krockar man. Att vi vill utföra god omvårdnad och den här sista tiden så, och doktorerna fortsätter med sitt som är deras ledstjärna, att rädda liv, ungefär. Fast man vet ... det blir som ett utdraget förlopp.” (personal primärvården)*

Frågor kring hur vårdkvaliteten på en enhet påverkar kvaliteten på enheterna före och efter i vårdkedjan ställdes också, och här berättar personalen att vården verkligen är en kedja som hänger ihop. Det en enhet har påbörjat fortsätter nästa enhet med att slutföra och på så sätt påverkar enheterna varandra även när det gäller vårdkvaliteten.

”*Nog tror jag man påverkar varandra för det handlar också om att man ska ta efter där de andra har slutat. Både om man pratar kirurgpatienter så är det rehabilitering, eller att man ska fortsätta behandla någon infektion efter en operation, så man fortsätter till viss del. Det gör man.” (personal primärvården)*

*”Det är så, men håller vi hög kvalitet här, då skickar vi mindre vidare.”
(personal primärvården)*

Intervjupersonerna upplever att de flesta patienter är väldigt nöjda med den vård de får, genom hela vårdkedjan.

”*Oftast är de nog väldigt nöjda, och tacksamma.” (personal specialistsjukvården)*
”Speciellt höftoperationerna är ju nog väldigt smidiga, många säger att de lämnar värken på operationsbordet” (personal primärvården)

Om patienterna uttrycker missnöje inför vårdpersonalen kan det till exempel handla om att de upplever att de inte tas riktigt på allvar eller uttrycker önskemål om att framför allt läkarna ska ha mera tid att prata med dem. Eller så kan det vara patienternas anhöriga som ifrågasätter vården.

”*De är missnöjda med att de inte blir tagna riktigt på allvar, eller att läkarna säger kanske inte fult men otympligt. Men ibland då jag hört klagomål så tycker jag inte att läkaren har sagt det, men det beror säkert på tidigare erfarenheter och vad du förväntar dig och hur du tolkar det som blir sagt...” (personal specialistsjukvården)*

”...dom önskar sig att läkare ska prata mer med dem...” (personal primärvården)

Personalen fick även svara på vad de tror att patienterna tycker är en god vård och många nämner då att de uppfattat att patienterna tycker att vården på sjukstugorna/bäddavdelningarna är god utifrån att det är mera hemlikt, nära hem och nära närstående.

”*Sen är vi en liten enhet, det är också många som upplever, att det är ganska skönt att få lite lugnare runt omkring och så där. Så det kan vara. Och sen att det är nära, naturligtvis, för befolkningen. Ligger en nittioåring här, som har sin skröpliga fru, visst är väl det, det är också god vård.” (personal primärvården)*

”I morse så var det en patient som sade att det var nog skönt att komma hit där jag förstår vad alla säger och där jag vet vem ni är.” (personal primärvården)

Effektiv vård och vårdkvalitet

Under intervjuerna i Sverige behandlades även frågan om effektiv vård och vårdkvalitet kan gå hand i hand. Svaren på detta har varierat men de flesta är positiva till att det går, åtminstone till en viss gräns.



”Ja precis det finns alltid en viss gräns sen kommer man till någon slags toppen på en kurva och sen börjar det slutta utför istället. Så ja men det kan finnas ett motsatsförhållande förstås om man inte är försiktig. Man vill minimera snabba återinläggningar också så att om vi skriver ut en patient här sen blir han antingen återinlagd via akuten samma dygn eller någon annan sjukstuga samma dygn. Då har vi inte vunnit så mycket i effektivitet och kanske inte så mycket i kvalitet heller.” (personal specialistsjukvården)

”Det kan vara motsatser till varandra upplever jag. Men har man bra rutiner och alla är väl insatta i arbetet och övergripande mål med vad som ska hända på en avdelning då kan man ha hög kvalitet och även bra effektivitet också.” (personal specialistsjukvården)

Uttrycken effektiv vård och vårdkvalitet kan betyda väldigt många saker och vad personerna som blivit intervjuade i detta projekt lägger i uttrycken har inte utretts djupare. Det som skulle kunna vara att gå över gränsen där en mer effektiv vård ger sämre vårdkvalitet är just detta när stress leder till att saker blir fel eller glöms bort och när snabba förlopp leder till återinläggningar.

”och visst, ibland är det mycket och vi liksom inte hinner med. Då kan man väl se det som att vi är vår egen flaskhals, att patienter ibland kanske får ett fördröjt förlopp för att det inte hinns med eller det blir missat någon information åt någon så att det inte skrivs en röntgenremiss idag utan det blir imorgon. Det blir ett dygn till förskjutning” (personal specialistsjukvården)

”För att ofta på telefon kan det låta väldigt bra, att: -Den här är frisk, den opererade sig i går, den kommer i eftermiddag. Men sen när den kommer hit, så ibland är det faktiskt en retur på en gång. Och det är ganska synd om patienten att åka retur samma kväll. Ja, så att ibland lämnar de en rapport att patienten kan gå, och så kommer den hit och så kan den inte alls gå. Så det känns som att de förfinar sanningen lite, för att bli av med dem. För att få hit dem då.” (personal primärvården)

Och de som verkligen blir lidande i detta är patienterna.

”Och då är de gamla och så, ja, då är det bara, komma på fredag, tillbaks till Lycksele på lördag. Och det är i alla fall femton mil. Vi får använda en ambulans för då kan de ha blivit försämrade. Ibland upplever jag att det går för fort, med gamla människor. Att de ska ut. Och då är det som jag säger, en ensam sköterska här en lördag, vad kan du göra med en som blir försämrad? Som är opererad eller någonting, eller tarmarna står still eller, ja, men den måste i väg” (personal primärvården)

Jämlik vård

Samtidigt som intervjupersonerna fick beskriva sin arbetsvardag och fokusera på styrkor, svagheter och flaskhalsar i vårdflödet ombads de även fundera litet kring om den vård som de erbjuder är jämlik. De fick svara på frågor kring huruvida de upplever att den vård som ges där de jobbar är jämlik med avseende på genus, ålder, etnicitet och sexualitet. Om de inte upplevde en jämlik vård så ombads de även redogöra för vad detta då kunde bero på samt vilka åtgärder som kunde vidtas för att förbättra läget.

Jämlikt i teorin

De intervjuade på både svenska och finska sidan upplever i stort att den vård som de ger är jämlik, åtminstone gör personalen sitt bästa för att ge en jämlik vård men det finns samtidigt en medvetenhet om att det kanske inte alltid lyckas.



”Där har vi inte kommit hela vägen, även om vi försöker. Jag tror att man pratar alldeles för lite om det. Men självklart så tror jag fortfarande att män kanske får lite mer gräddfil än vad kvinnor får. Och jag kan se det liksom i praktiken också. Men jag tror att det är någonting vi kanske inte är riktigt medvetna om vi som vårdar heller. Att vi har det med oss i bagaget” (personal specialistsjukvården)

Sammanfattningsvis kan sägas att personalen som blivit intervjuad är överens om att de tycker att den vård de ger är jämlik men när intervjupersonerna på svensk sida istället tillfrågas om rätten till lika vård i hela landet är deltagarna väldigt överens om att den svenska hälso- och sjukvården inte erbjuder lika vård för alla i landet.



”Ja, det gäller inte. Det gäller inte. Jag hade en ungdom i går som inte kommer att få hjälp, eller som jag i alla fall måste kämpa för att få hjälp och som sannolikt inte kommer att få den hjälp som han behöver. Eftersom han bor här där vi inte har tillgång till en psykolog” (personal primärvården)

”Och lika vård för alla, som man pratar om, finns ju inte ens chans om du bor 10 mil ifrån en vårdinrättning. Därför att blir du akut sjuk så har ju ambulansen 10 mil att hämta först och de allra flesta blir ju inte helikopterfall, utan det är ju kanske en privatbil många gånger, eller taxi.” (personal kommun-/socialvården)



Genus

I Sverige har några en känsla av att det kan vara skillnad på vilken hjälp du får i hemmet beroende på om du är man eller kvinna, men de beskriver också att det är behovet som ska styra vilken hjälp du får och att män som blir ensamstående ibland kan ha ett större behov av hjälp i hemmet än en kvinna.



”många av de äldre männen får mer hjälp än äldre kvinnor, och nu är jag på biståndsnivå. Det är bara en känsla jag har. Alltså, är du ensamstående man så är det större chans att du ska få insatser.” (personal kommun-/socialvården)

”Det upplever jag ofta. Att man ställer högre krav till kvinnliga anhöriga än till manliga när det gäller att ta hand om sina dementa anhöriga till exempel. Att man ofta hör från personalen när kvinnliga anhöriga lämnar sina dementa makar här, att: -Ja men, de blir som lite bara lämnade här, och det är ett gubbdagis och sånt. Att: -De borde ta ansvar för sina män. Medan manliga anhöriga blir oftast sådär hyllade och: -Vad duktiga de är, och de sköter allt i hemmet och... Så det tycker jag oftast att man hör.” (personal primärvården)

Gällande skillnader mellan könen tycker många att det inte är någon skillnad i vilken typ av vård som erbjuds men ibland kan det finnas krav från olika kulturer att beakta som påverkar jämlikheten i vården. Om det finns både manlig och kvinnlig vårdpersonal på en avdelning underlättar det arbetet eftersom vårdpersonalen ibland upplever att patienterna själva, speciellt de äldre, har önskemål om en man eller en kvinna ska få vårda dem.



”En del tanter: ‘Nej, jag vill inte ha en karl som duschar mig, nej, det vill jag inte’.” (personal kommun-/socialvården)

”Det kan ju ha vissa fördelar (med både manlig och kvinnlig personal), speciellt just om det är från andra kulturer, där det kanske inte är okej att vara ensam i samma rum, eller klä av.” (personal primärvården)

Ålder

De intervjuade upplever att speciellt äldre (och även personer med funktionsnedsättning) kan ha svårt att ta till sig den vårdinformation som ges. För att detta skulle vara mera jämlikt borde dessa patienter få mera lättförståelig information, både pre- och postoperativt.

Gällande jämlikheten mellan olika ålderskategorier så nämner intervjupersonerna även att de äldre patienterna möjligen får mindre information än de yngre, eftersom de upplever att yngre patienter ställer större krav på vården och efterfrågar mer hjälp och information.



”Är det en äldre patient som kanske inte är lika engagerad i sin vård så många säger: ’Gör vad ni vill med mig, ni vet ju bäst.’ Och andra, som kanske yngre äldre har mer koll på läget och vill vara en del av sin egen vård och vill veta var exakt vad det är för piller man stoppar i dem och så vidare. Det beror väl lite granna på personen.”
(personal primärvården)



Ibland kan yngre patienter också få vänta väldigt länge på sina operationer, vilket av vårdpersonalen kan upplevas som en ojämlikhet i vården. Å andra sidan upplever personalen att de yngre kan ha större förståelse för olika begränsningar som är nödvändiga efter en knä- eller höftoperation, och en positivare inställning till träning och aktivitet. Så arbetsinsatsen för de olika ålderskategorierna kan bli varierande på grund av dessa faktorer fastän vårdpersonalens grundinställning är att det inte ska vara någon skillnad på den vård som ges.



”Litet yngre med höft- och knäproblem kanske inte upplever att de blir tagna på allvar. Just att de ska gå så länge med sin smärta. Och så kommer du, om du råkar vara i rätt ålder och kommer med ditt problem så kan du bli ganska snabbt opererad.” (personal primärvården)

”Yngre patienter har mer förståelse för regim och det de vill är att åka hem, de har sitt mål och de vill träna själva.” (personal primärvården)

Språk

I Finland är språkfrågan ständigt aktuell. Den intervjuade vårdpersonalen upplever emellertid att de flesta patienter får vård på sitt modersmål genom hela den undersökta vårdkedjan, för det mesta finns både svensk- och finskspråkig personal tillgänglig och har patienten ett annat modersmål kan det ordnas tolkservice. Tillgången till tolktjänster upplevs däremot i båda länderna som svårtillgänglig och även rätt otymplig, speciellt för de akuta patienterna. Personalen beskriver att för det mesta blir det anhöriga som agerar översättare, eller de bland vårdpersonalen som har mer språkkunskaper. Personalen nämner också att det finns en benägenhet att samtala längre med patienter som har samma modersmål som en själv. Att det kan kännas mer onaturligt och svårt att samtala på ett främmande språk och att det också är viktigt för personalen att få sina instruktioner och kunna ställa sina frågor gällande sitt arbete på sitt eget modersmål. Detta för att undvika missförstånd. Intervjupersonerna i båda länderna är väl medvetna om att språket är något som kan göra att det är svårare att ge en bra vård.



”Det allra bästa är om det är någon anhörig som kan svenska eller som kan förmedla. Telefontolk är det sista alternativet. Ibland så har vi vårdpersonal som kan hjälpa till också och där är det lite både och. Det är bra för oss i alla fall för då har vi någon som kan de medicinska termerna och så men ibland kan det vara så att det kan vara både läkare och sköterskor och vem som helst som vi vet kan ett visst språk, men ibland kanske det är en nackdel för patienten om de inte känner fullt förtroende för en oberoende tolk eller någon anhörig. Men vi försöker göra så gott vi kan kring det där.” (personal specialistsjukvården)

*“Det är nog många som har med sig någon vän som tolkar...men kommer någon in akut då har vi Google translate och kroppsspråk som fungerar”
(personal primärvården)*

“Ja språkligt ska det inte heller ha någon betydelse, men inte står jag och diskuterar på finska lika mycket som jag står och diskuterar med en på svenska eftersom det är mitt språk.” (personal primärvården)

Att få tillgång till epikrisen på sitt modersmål verkar däremot vara mer besvärligt. Flera av de intervjuade i Finland berättar att de får hjälpa patienterna att översätta epikristexter, vilket de inte alltid upplever som patientsäkert. Personalen upplever även att det finns en önskan bland patienterna att få ta del av sin sjukdomsberättelse på ett mer förenklat språk, inte enbart på medicinskt fackspråk. Alla intervjuade är däremot överens om att det för patienterna betyder väldigt mycket att få tala sitt eget modersmål och bli förstådd och få information som de kan ta till sig utan översättningsbekymmer.

”*“Man märker i ögonen direkt att de känner sig mycket tryggare, att de kan säga vad de har på hjärtat på sitt eget språk.” (personal primärvården)*

*“Klienten kan ha genomgått en superlyckad höftoperation, men om hen inte får tillräckligt med information vågar hen inte använda sin nya led, utan ligger bara hemma och gör ingenting. Dom behöver ha mycket mer information”
(personal kommun-/socialvården)*

På liten ort

I intervjuerna lyfts också att vården på mindre orter i större utsträckning kan bli ojämlig på grund av att personalen känner patienterna väl och vet vilken ställning de har i samhället.

”*“Ja, när det har kommit sådana som haft liten statusställning i samhället, och som kommit och varit patienter som har fått styra och ställa litegrann som dom har velat. Det måste du ju få säga. Vi har alldeles nyss haft någon här. Ja, nog märks ju det, det gör det ju. Man kanske skulle ha ställt andra krav om han inte då hade varit den personen” (personal primärvården)*

Avstånd

Intervjupersonerna på svenska sidan nämner fortsättningsvis att vården ibland kan upplevas ojämlig på grund av att avstånden till sjukvården i glesbygden varierar väldigt mycket. Personer som bor långt från tätort har inte möjlighet att få tillgång till samma vård som andra.

”*“Nej, det är ju inte samma vård. Så är det ju faktiskt. Man kan ju inte erbjuda samma vård om man bor i en liten by som här. Absolut inte. Du kan ju inte få natt tillsyn eller bor du en bit bort så kanske du inte får gå på toaletten. Du kan inte ens larma. Men vill bo hemma själv så får du gå på toaletten då hemtjänsten kan komma. Och då är det de tiderna.”
(personal kommun-/socialvården)*

“Vi har inte möjlighet till exempel att det här med dropp i hemmet på natten. Alltså vi har en i och med att situationen ser ut som den gör på jourtid så har inte mina patienter möjlighet till hjälp av sjuksköterskor på jourtid i princip, utan dom har möjlighet till hjälp med det man kan delegera till hemtjänsten. Nattpatrullen sträcker sig bara två mil utanför tätorten. Bor man utanför det då har man ingen hjälp på natten över huvud taget vilket gör att en palliativ patient kan vi inte ha utanför 2 milsgränsen. Då kan man alltså inte få dö i hemmet eller det kan man få göra men man kan inte få smärtlindring på natten till exempel. Och såna saker påverkar ju vad god vård är, det klart att man kan ha jättemycket kritik mot det men det är de förutsättningar vi har och då måste vi anpassa oss till det.” (personal kommun-/socialvården)



Individuell vård och prioriteringar

I diskussionerna kring jämlik vård berättar också personalen att det kan vara något positivt att inte ge lika vård till alla eftersom vården ska vara individuell. Så jämlik vård är alltså inte alltid detsamma som lika vård.

”

”Patienterna vi får upp hit är olika också på hur man tar för sig och på hur man tar emot information och hur aktiv man vill vara. Det skiljer sig också från patient till patient. Och vi får patienter som bara liksom inte förstår att de ska göra någonting själva, utan vill ha allting serverat för sig. Och medan andra verkligen försöker och jobbar och gör allt man säger till dem och försöker ta till sig, och då blir det en skillnad på slutresultatet.” (personal primärvården)

De intervjuade lyfter även upp att resursbristen och den snabba arbetstakten gör att prioriteringar hela tiden måste göras i det dagliga arbete, vilket säkert ibland kan uppfattas som ojämnt bemötande av patienterna. Snabba bedömningar av hur arbetet på avdelningen bäst ordnas måste hela tiden göras, ibland så att bedömningarna handlar om vilka av patienterna som bäst behöver den resurs som finns just den dagen.

”

”Vi måste prioritera bort någonting, sen är det litet upp till var och en vad man lämnar bort.” (personal specialistsjukvården)

”Man måste prioritera för det finns inte oändligt med resurser. Det finns inte oändligt med tid varken här eller någon annanstans och då måste man till viss del göra en prioritering. Sen måste man prioritera kanske att den här ska hem och nu måste vi fokusera där.” (personal primärvården)



Del 3. Utveckling och förbättringsförslag

För att undersöka vad personalen i vårdkedjan tänker om hypotesen att en investering i ökat stöd närmare patienten kan bidra till en högre vård- och livskvalitet för patienten men även leda till bättre resursutnyttjande och flödeseffektivitet, ställdes frågor kring vård närmare hemmet. Dessutom fick intervjupersonerna dela med sig av vad de tänker skulle kunna förbättra och utveckla den vårdkedja de jobbar i. Alla respondenterna ombads dela med sig av sina konkreta förbättringsförslag och i en sista avslutande fråga fick deltagarna berätta vad de vill ge beslutsfattarna för råd om de fick chans att påverka framtidens hälso- och sjukvård.

Vård närmare hemmet

Både i Sverige och Finland pågår ett arbete med att stärka och förändra primärvårdens roll och huvudtanken idag är att vården ska ges så nära patientens hem som möjligt. I intervjuerna lyfts flera fördelar med denna typ av vård och de flesta är väldigt positiva till utvecklingen mot en vård närmare hemmet.



”Men i princip är det bästa att fara hem, det är snällare bakterier som man har i sin vanliga bakterieflora hemma, så det är mindre risk för infektioner om de far hem än om de far till någon annan bäddavdelning.” (personal specialistsjukvården)

I Sverige ställdes följande frågor: *Hur tror du att vårdkvaliteten i hela vårdkedjan påverkas vid tidigare utskrivning av patienter till hemmet? Vad tror du behövs för att kommunerna ska kunna ta hem patienterna tidigare, till exempel efter en operation?* I Finland svarade intervjupersonerna på frågorna: *Hur tror du att vård på olika instanser (sjukhus/bäddavdelning/boende/i hemmet) påverkar patientens upplevelse kring vårdkvaliteten? Föredrar de att vårdas på ett speciellt ställe?*

Bland personerna som blivit intervjuade är det många som tror att det är bäst för patienterna att vara så nära hemmet som möjligt. Det kan vara i det egna hemmet, på ett boende eller en sjukstuga/bäddavdelning. Det som också är tydligt i resultaten är dock att det viktigaste är att vården är flexibel och ger förutsättningar för att ge en bra vård till individer som alla är unika med personliga önskemål.



”Det känns som att det är lika många som vill vårdas hemma som inte vill vårdas hemma, på något vis. För det kommer någon titt som tätt som egentligen inte vill vara hos oss, och det är någon titt som tätt som inte vill lämna oss. Så det är nog både och.”
(personal primärvården)



”Jag tycker att man kan göra ganska mycket i hemmet egentligen, och på närmare håll. Jag tror att det är bättre för patienten, det tror jag. För det är inte så många som till exempel vill ligga i Lycksele eller vara i Umeå. Utan de vill ju va hemma. Det är bättre för dem att ligga på sjukstugan för då har de iallafall närmare till anhöriga som kan hälsa på dem också kanske. För det tror jag nog, närmare hem vill nog de flesta vara iallafall, det tror jag ”
(personal kommun-/socialvården)

”Hemma hamnar man att leva mera normalliv, man rör sig mera och helt enkelt så gör man mera för att klara av vardagen än om man ligger i en säng och har skötare som kommer och hjälper och man får maten till sängen.”
(personal specialistsjukvården)

Under intervjuerna lyfter personalen också fram det faktum att alla inte kan vårdas hemma, och att det behövs tillräckligt med vårdplatser även för den kategorin patienter. Det finns personer som inte kan eller vill vara hemma, kanske efter att de försämrats i sitt hälsotillstånd eller när de känner otrygghet och ensamhet. För *”är de inte trygga så börjar det visa sig i allt annat”* (personal kommun-/socialvården).

Förutsättningar för vård nära hemmet

Under intervjuerna har det framkommit vissa förutsättningar som personalen tycker bör finnas för att kunna erbjuda en vård med god kvalitet nära hemmet.

Trygghet

Rent medicinskt kan en patient vara färdigbehandlad men om hen inte är trygg i sitt eget hem blir det ofta så att patienten kontaktar eller kommer tillbaka till sjukvården upprepade gånger. Som exempel på hur tryggheten hos patienterna kunde ökas nämner de intervjuade att det skulle finnas mera tid för att lyssna på patienterna och samtala med dem, att förbereda patienterna tillräckligt bra innan operationen, att patienterna får prata om sin operation, (en fallolycka och en operation kan vara ett trauma i sig), om rehabiliteringen och kanske också om själva känslan av otrygghet.



”Oftast är många av dem väldigt rädda att de kommer att falla på nytt, att det kommer att hända igen.” (personal primärvården)

”Om man skulle få satsa 10 minuter mer om dagen på en patient, att bara prata, låta dem få lätta hjärtat litet så skulle det kanske gå kvickare med utskrivningen.”
(personal primärvården)

”En trygg patient ävenså med ett stort vårdbehov kan klara sig hemma med maximal hemvård, medan en otrygg patient inte gör det.”
(personal kommun-/socialvården)

*”Jag tror på tanken att man ska kunna vara hemma så lång tid som möjligt, det tror jag egentligen är det som de flesta vill. In till de når en viss gräns där de känner att de är hjälplösa. Då ska de inte tvingas till att vara hemma, då ska de ha hjälp.”
(personal primärvården)*

”Det är nog båda sorter där också. För jag tror som sagt, det är mycket äldre som hamnar här, och många tycker det är ganska tryggt att vara här, som har varit väldigt oroliga när de ska hem: -Men hur ska det gå hemma? Ja, att man inte har den här tryggheten längre. Så det är klart, det finns alltid två aspekter av det. Men är man lite yngre och piggare är de nog kanske mer ivriga att få komma hem också.” (personal primärvården)

Motivation

En faktor som nämns i samband med att kunna komma hem tidigt efter en operation är patientens egen motivation till att komma igång med sin rehabilitering, att lita på sig själv och att våga. De intervjuade berättar att förutsättningen för hur vården i hemmet går många gånger också handlar om just detta, hur motiverad patienten är. En person med hög motivation och bra hjälp från personalen kan komma igång mycket snabbare hemma medan en person med låg motivation (och otrygghet) som inte heller får någon hjälp med just den biten, kan ha en längre rehabiliteringsprocess framför sig.



”Det finns ingen medicin eller salva som kan göra musklerna starkare, Det är aktivitet och vilja som gäller. Och stöd och hjälp finns, bara de vill. Och vill de inte måste man försöka hitta ett sätt” (personal primärvården)

*”Har man varit inlagd och det är många som pratar om annat boende och det här så kan det vara en motivationsfaktor att jag vill ju verkligen hem, jag ska klara mej hemma. Så det är jättepositivt men ibland så blir det lite... när det går till den här punkten där det faktiskt inte funkar hemma så får vi ju kämpa i motvind för att dom är ju tjurskalliga här uppe alltså”
(personal kommun-/socialvården)*



”Jag får ofta marknadsföra hemmet för patienterna. De tycker att det är så jäkla trevligt på sjukhuset att de skulle stanna här till nästa midsommar bara om de skulle få bestämma. Det finns sällskap och gamla tidningar att läsa och allt bara man trycker på knappen. Det finns elektiva patienter som kommer hit, som har klarat sig hemma och efter operationen borde knäet vara i bättre skick än förut. Och ändå vill man inte fara hem.” (personal specialistsjukvården)

*”Man kan motivera dem att gå med i en grupp och träna, för att kunna sköta sig själv självständigt. Och med träningen så kommer de ut och får träffa andra som varit med om samma sak och kan diskutera och annars bara få umgås socialt.”
(personal primärvården)*

”De behöver peppas litet extra och hålla igång och träna, fastän det gör ont i knäet.” (personal primärvården)

Socialt nätverk / anhörigas roll

Som redan tidigare framkommit i rapporten är det sociala nätverket kring patienten och de anhöriga ofta en avgörande faktor i hur bra det går för patienten att bo hemma. Patienterna tillfrågas både innan operation och under tiden på avdelning om de har hjälp och stöd av anhöriga eller närstående. Många gånger skrivs patienten ut till det egna hemmet med vetskapen att hen inte måste sköta sig helt på egen hand utan att stöd finns nära.

I Finland kan anhöriga inkluderas i vården av sin närstående genom att utses till närståendevårdare. De intervjuade uppger att närståendevårdarna är en viktig del av vården i hemmet och att deras situation även bör beaktas.

”

”Men vi kan inte lämna dem utan för att om de bor hemma och ännu inte har någon hemvård så det är jätteviktigt att de får stöd. För att vi hjälper dem att stanna så länge som möjligt hemma. Och då har de oftast en närståendevårdare som sköter dem hemma.” (personal kommun-/socialvården)

”För att ofta såna (närståendevårdare) som vårdar våra klienter, de är också äldre, så de behöver också få stöd just för att den äldre som tar hand om andra också behöver ha avlastning och stöd för att de ska må bra själv.” (personal kommun-/socialvården)

Rätten till närståendevård regleras i Lagen om stöd för närståendevård och det är kommunerna som ansvarar för servicen. En närståendevårdare är en anhörig eller annan närstående person, som i hemmet vårdar en sjuk eller äldre närstående eller en närstående med funktionsnedsättning. Närståendevård kan beviljas både kortvarigt och långvarigt och närståendevårdaren har rätt till ett vårdarvode och till ledighet (minst två dygn per månad). Närståendevårdaren har även rätt att få utbildning i sitt uppdrag. Även i Sverige finns möjlighet till olika typer av stöd till närstående och det kan se olika ut i olika kommuner. Vanligt är växelvård där personen som vårdas flyttar till plats på särskilt boende under viss tid.

Ekonomisk ersättning till närstående står oftast Försäkringskassan för. Den kan vara i form av till exempel omvårdnadsbidrag, närståendepenning, merkostnadsersättning och assistansersättning. Närståendepenning betalas som längst ut i 100 dagar och beviljas om personen har livshotande sjukdom. Omvårdnadsbidrag, merkostnadsersättning och assistansersättning gäller för att vårda personer med funktionsnedsättningar som är yngre än 65 år.

”

”Ibland är det ju anhöriga som säger att ”men vi kommer att ställa upp” som är avgörande om det börjar på att vara en liten minnessvikt och sådär hos patienten och dom bor nära, dom kanske bor i samma hus. Så till och med en som har opererat en höftprotes som var rätt gravt dement... men hennes vårdpersonal var hos henne här på sin fritid, för dom visste att hon skulle få sån kvalitet på det hon skulle göra sedan om hon bara orkade igenom rehabiliteringen efter det här så att dom bytte av varandra och var här tills hon fick åka hem.” (personal specialistsjukvården)

En annan förutsättning som lyfts är det sociala nätverket som kan vara väldigt starkt på en liten ort. Men det kan också betyda att det finns ett stort vårdbehov som vårdgivaren inte har vetskap om och som, när nätverket försvinner, sedan snabbt går från 0 till 100.



”

”Och det är ju många där vi har sett som, det är ju också en sån här ut i dalgångarna här så finns det ju väldigt många som hjälps av anhöriga, grannar och det är ju jättestarkt men oftast så går det så långt så det här, dom blir helt beroende av dom här personerna och till slut så kraschar det och dom kan ju ibland ha ingen hemtjänst eller ingen hemsjukvård alltså” (personal kommun-/socialvården)

Kompetens

Bland de intervjuade finns det en del som menar att rätt kompetens i vården nära hemmet är en förutsättning för att vården ska kunna bedrivas på ett bra och tryggt sätt där. Det gäller både utbildningsnivå och att personalen ska våga lita på sin kompetens, att det går att klara av att hantera patienter som är sjuka i hemmet.

”

”Då tror jag också att det är mycket mer utbildad personal. För kommunerna säger att de har undersköterskor och sjuksköterskor, de har all rehab-personal, undersköterskor och det jobbar sjuksköterskor dygnet runt också. De är nästan bättre bemannade än vad vi är här på avdelningen. Så jag tror att skulle man snäppa upp deras trygghet, om man får säga det så, att de känner sig trygga med att såna här patienter skulle komma. Då tror jag att de skulle kunna överflyttas till kommunen tidigare.” (personal primärvården)

I Finland talas inte om att kompetensen inte skulle finnas närmare hemmet utan mer om att ansvaret är för uppdelat. En del av de intervjuade lyfter att det kan handla om att ge personalen på en nivå "utvidgad" kompetens, d.v.s. rätten och ansvaret att sköta saker som kanske traditionellt har sköts av en läkare men som smidigare och mer patientvänligt kunde skötas av en sjukskötare t.ex..



"Eller som säg nu om någon ligger hemma med sjuk hals och hög feber att vi kan komma ut och se i första hand. Vi kan ta crp, vi kan se i halsen, vi kan se över patienten, ta svalgödlingar och se om den här patienten överhuvudtaget behöver in någonstans eller om vi kan sköta hen hemma." (personal kommun-/socialvården)

I Närpes fick hemsjukvården utökade befogenheter och kunde börja sköta fler patienter i hemmet från och med april 2018. Hemsjukvården har nu hand om t.ex. iv-medicinering (antibiotika) i hemmet. Tidigare var patienterna tvungna att uppsöka hälsovårdscentral för att få sin medicindos.

Resurser

Många berättar i intervjuerna om att det behövs mer resurser för att kunna ge en bra vård närmare hemmet.



"För det är sen i hemmet som den riktiga träningen börjar för att klara vardagen, med allting. Nu vet jag att kommunsjukgymnasterna har väldigt lite resurser i kommunen, så att de hinna inte en bråkdel vad som skulle kunna ha gjorts." (personal primärvården)

"För hemtjänsten de gör ju ett bra jobb. Alltså var dom fler skulle det aldrig vara något problem. Och likaså om man tar sjukgymnast- och arbetsterapeutbiten också, att det fanns. Så att om man säger hemtjänsten, om dom hade stöd. Alltså om det var några frågor så fanns det alltid någon dom kunde ringa till." (personal kommun-/socialvården)

"Det är väl allas dilemma att hemservice har för litet resurser. Och det skulle också vara bra att de var mer förebyggande, alltså mera rehabilitering hemma. Hemservice som rehabiliterar men tyvärr har de ofta fullt upp med bara hela grundvården." (personal primärvården)

Tillgång till Hjälpmedel och utrustning

Att vårdas hemma efter en ortopedisk operation förutsätter många gånger att olika typer av hjälpmedel och utrustning kan ordnas snabbt och smidigt. De intervjuade nämner att ett välfungerande hjälpmedelsutlåningssystem är viktigt. Även större tillgång till hjälpmedelsförråd i kommunen tros kunna underlätta rehabiliteringsprocessen.



"Det krävs mera planering för oss (på boendet) att få hem grejer, på en bäddavdelning så finns det ju ett lager. Det finns det inte här utan oftast blir det ett pusslande för vår del." (personal kommun-/socialvården)

"Hemma kan ibland vara mycket bättre, de är ju vana vid hemmet. Men det kan vara mycket sämre om det inte finns hjälpmedel." (personal primärvården)

Under intervjuerna i Sverige har det nämnts att om en viss utrustning fanns tillgänglig närmare patienten så skulle de inte vara tvungen att flyttas och personalen tror att det skulle få många positiva konsekvenser, inte bara för patienterna utan även för flödet i stort och för miljön. Den utrustning som nämns är buss med CT-apparat som kan åka runt på samma sätt som Blodbussen, tillgång till syrgas, blodtransfusion, ögontrycksmätning, EKG, separationsmätare, surfplattor och bladderscan i kommunal vård.

Bostadsanpassningar

För att i större utsträckning kunna skriva ut patienter snabbare till hemmet tror personalen att det är viktigt att bostadsanpassningar fungerar snabbt och smidigt.

”Fysioterapeuten far på hembesök och kollar med alla trösklar och sånt men att just alla nivåskillnader som kan finnas i ett hus, att det är nivåskillnad till köket och till badrummet och hela köret. Att sådana små grejer kan ju bli ett så stort hinder.”
(personal kommun-/socialvården)

”Det har ju ökat bostadsanpassningarna, radikalt. Jag skrev förut kanske en bostadsanpassning på två månader så är det nu kanske fem på en månad.”
(personal kommun-/socialvården)

Inom Vasa sjukvårdsdistrikt försöker påskyndas denna process genom att förnya sätten att arbeta, genom att införa ny fördelning av befogenheter för socialvården:

”Det kommer ju att ordna sig med de här små hjälpmedlen om det går igenom i hela sjukvårdsdistriktet att t.ex. rehabiliteringshandledare kan bevilja direkt mindre renoveringsarbeten utan handikappservicebeslut. Det kommer att fixa sig med små renoveringsarbeten. Men om det handlar om en dyr köksrenovering ska det fortfarande vara ett handikappservicebeslut.” (personal kommun-/socialvården)

Digitalisering

Personalen tror att fler vårdmöten kan ske genom digitala hjälpmedel och att det kan leda till färre resor och en vård närmare patientens hem. Anledningen till att det inte används i större utsträckning tror de beror på att personalen i verksamheten många gånger är fast i gamla hjulspår och okunskap. Någon tycker också att digitala möten tar längre tid att förbereda och att tekniken ofta krånglar. Möten där digital teknik efterfrågas är uppföljningar, konsultationer, läkarbesök, första bedömning i hemmet, trygghetskameror, duschrobot, satellitpatienter på sjukstugorna med rondande specialist i Umeå, virtuella samhällsrum, kompetensutveckling för personal på distans. Om vården ska bedrivas närmare patientens hem kan det betyda att läkare i större utsträckning behöver förflytta sig hem till patienten och det upplever personalen som en utmaning redan idag. På frågan om det är svårt att få hem läkarna på ett hembesök svarar en personal så här:

”Ja, det är i princip omöjligt. Det gör de inte nästan. Utan man sitter ju och rondar. Det ska vara nåt väldigt innan de skulle åka hem till någon. Jag jobbade för att få till det under ja flera månader men det har än aldrig blivit.”
(personal kommun-/socialvården)

På finska sidan används som tidigare nämnts läkartjänster på distans inom primär- och socialvården i Närpes stad och några av de intervjuade har goda erfarenhet av detta arbetssätt:

”Jag har alltid tyckt att det funkar jättebra. För jag minns när läkarna de kom, de var så utsjaskade och så jäktade och stressade och skulle hinna med så mycket så de kom in med jackan fladdrandes som Batman, in genom en dörr och man ville bara säga stopp, stanna, nu vill jag att du ska koncentrera dig på det här. Så jag tycker det är jättebra. Det är bara upp till oss att se till att vi har allt klart. Vi har allt planerat, vi har informerat anhöriga och anhörigsamtal inbokat och allting. Det behöver ju inte en läkare göra, det kan vi göra. Så jag tycker att det funkar jättebra.”
(personal kommun-/socialvården)

”Ja vi får ju ringa dygnet runt. Så vi har ju tillgång till läkare dygnet runt. Och det är ju super att de också, oavsett fast du ringer till bakjouren och kanske får prata med en läkare som inte känner klienten men han har ju tillgång till alla uppgifter. Du behöver inte leta upp allting utan du får berätta att nu är läget så här, det här har blivit akut. Sedan kan läkaren gå in och se att vad ansvarsläkaren har för plan. Så det är ju lättare att fatta beslut på det viset också.”
(personal kommun-/socialvården)

Många gånger är det en enkel utrustning som till exempel en surfplatta som personalen tror kan göra stor skillnad för patienten.



”*”Jag har ju på hemsjukvården använt facetime, och hade vi en platta och kunde koppla ihop oss med doktorn i skärmen. Jag tror att vi ska kunna göra det också mycket mer för det är ju många gånger som det räcker att de ser och att man visar och att, att de får prata med både anhöriga och den vårdtagaren. Då behöver man inte flytta dom. Jag har ju varit med om det när de är svårt sjuk och det funkar ju”*
(personal kommun-/socialvården)

Frågorna kring temat digitalisering kom inte upp till diskussion med vårdpersonalen under intervjuerna i Finland. Däremot framkom önskemål (som nämnts tidigare i denna rapport) om tillgång till dator ute på fältet, vilket kunde förbättra och snabba upp hemsjukvårds- och rehabiliteringspersonalens arbetssituation.

”*”Nu kan jag säga till exempel att om du kommer hem till någon som fallit, en helg och akuten är inte öppen här, så då skulle jag jättejättegärna ha en dator på fältet där jag kunde skriva en remiss och skriva. Så det är faktiskt en brist. För det enda som vi har är en blankett som vi själva har komponerat ihop. Om vi har möjlighet far vi hit och printar ut. Om det inte är så långt.”* (personal kommun-/socialvården)

”Om vi kommer till en patient och tycker att nu mår patienten inte bra, hon är trött, mer svälld än vanligt, har tungt att andas kanske. Då vill jag gå in och se, när har det till exempel tagits saltbalansen, elektrolyterna eller när har hb tagits senast. Hur såg det ut, kanske läsa litet bakgrund så jag vet hur jag ska fortsätta.”
(personal kommun-/socialvården)

”Det skulle vara jättetacksamt att man genast på ställe skulle kunna dokumentera vad man gör, och då har du allting upp och då sparar du jättemycket tid. För det ska du ju sen göra i slutet på dagen. Man skriver ju i ett häfte, men på nåt sätt så känns det i dessa datatider att det är jätte gammalmodigt. Så på nåt sätt skulle jag vilja ha att vi har en dator, att vi direkt kan skriva.” (personal kommun-/socialvården)

Lättare vårdhem/rehabiliteringsavdelningar

Flera av de intervjuade i Finland har delat sina funderingar kring att det kanske skulle vara bra med ett alternativ till bäddavdelningarna, eftersom många av de ortopediska patienterna inte direkt behöver sjukvård, utan mer rehabilitering och stöd att komma igång efter operationen. Som alternativ nämns *”lättare vårdhem, fler rehabiliteringsavdelningar”* (personal specialistsjukvården), vilka kunde snabba upp flödet i vårdkedjan och ge patienterna en smidigare rehabilitering.

”*”Det funkade bättre förr, då det fanns en rehabiliteringsavdelning, man kunde boka plats före operationen åt patienten och då visste man att nu är de här två dagar och sedan far de dit.”* (personal specialistsjukvården)

”Några såna mellansteg finns inte att det är sen hälsocentral eller ingenting. Nån sån här litet lättare vårdhem där det finns hjälp att få men man måste vara ändå mest aktiv själv. Nåt sånt alternativ finns inte riktigt.”
(personal specialistsjukvården)

”Det kanske skulle vara bra att det skulle finnas nåt ställe som vissa patienter kunde fara till för eftervård där man har mera tid och resurser för mobiliseringen och mera, vad ska vi säga, fysisk träning. Jag tror det skulle gagna ganska många att de skulle vara lite bättre i skick när de kommer hem.” (personal specialistsjukvården)

Även i Sverige finns liknande tankar kring rehabiliteringsavdelningar i kommunal regi.

”Tidigare här när jag jobbade åt kommunen, det här är början på 2000, då hade kommunen en avdelning som hette rehab där de kommer med såna som hade opererats men som skulle mobiliseras och rehabiliteras ett tag innan de gick hem och det var ett ganska bra flöde. De kunde komma dit som palliativa också, kortare svängar och sen så de hade lite grann av egentligen den avdelning vi hade då. Men det har väl blivit någon omorganisation, och det skulle vara mer korttidsboende, och såna där saker. Men jag tror att en sån avdelning på kommunen skulle vara guldvärt för då skulle de inte bli lika länge här heller på AVA (avdelningen på sjukstugan), för de skulle kunna fortsätta tränas på en sån avdelning. Ja det var ett korttidsboende för rehab” (personal primärvården)

Lokala förutsättningar

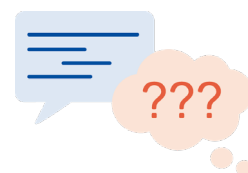
I intervjuerna talas också mycket om förutsättningar för vård närmare patienten som har en mer tydlig lokal anknytning eller som är kopplade till lokala förutsättningar. Det rör till exempel kompetensen på orten med väldigt duktiga undersköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter som gör det lilla extra för att göra det möjligt att ge en bra vård även om det inte alltid finns förutsättningar i organisationen. Personkännedom och lokalkännedom räknas också upp som förutsättningar för en nära vård tillsammans med struktur, samarbete, kontinuitet och tillgänglighet. Att personalen har ett driv och en vilja att hela tiden förbättra har också betydelse för hur verksamheten utvecklas.

”Vi är duktiga på att peka på det som skulle kunna bli bättre och vi försöker verkligen göra någonting åt det i stället för att acceptera det. Så jag tror vi är ganska duktiga på att förbättra och utveckla verksamheten hela tiden.” (personal kommun-/socialvården)

Hinder för vård nära hemmet

På samma sätt som det under intervjuerna kunnat identifieras vissa förutsättningar för vård närmare hemmet så har personalen även tankar om vad som idag kan vara hinder. Enkelt beskrivet kan det sägas vara motsatserna till de förutsättningar som redan berättats om. Att patienterna inte vill vara hemma för att de känner sig otrygga och ensamma, att resurserna i hemmen är för små, tillgängligheten, kontinuiteten, kommunikationen och samarbetet för dålig och så vidare. Återigen kommer personalen här in på att det är svårt när det inte finns resurser på plats nära hemmet främst på jourtid. Här nämns till exempel läkare, psykolog och röntgenpersonal. De intervjuade i Sverige lyfter också att en bristande förståelse mellan huvudmännen kan vara ett hinder.

”Ja, och jag tror att det är mycket det där att man är olika, man går under olika lagar, olika aktörer. Det är den här förståelsen man måste ha för att få det att funka i varandras verksamheter och hur man ser på saken. Eller begreppen, när vi säger medicinskt klar. Vad innebär det för oss och vad innebär det för dem? Jag tror att det är därför det blir lite så där krockar ibland.” (personal primärvården)



Även de avgifter som tas ut för vård i hemmet kan ibland göra att patienterna stänger dörren och inte söker vård menar personalen. Och det är ett hinder för att kunna ge vård i hemmet men också för det förebyggande arbetet.

”Och sen var de ju mer generösa förr, att man fick mycket hjälpmedel. Det har ju blivit borttaget också. Och det kan jag ju också tycka är lite jobbigt. Det här att vi kostar 200 kronor bara ett hembesök. Om man ringer och talar om att 'Ja, men jag kan komma hem.' 'Ja, men jag skulle behöva en duschstol i hemmet.' 'Ja, men sa jag: 'Jag kostar 200 kronor.' 'Ja, men åh nej men du jag tror att det går bra, jag har

ju någon trädgårdsmöbel som står här.' Men det är ju inte så att vi bara far hem och tittar på denna duschsituation kanske. Man gör ju som en screening överlag i hemmet och ser, ja, men där finns ju trösklar och där finns det... Så man kan kanske förebygga ett fall. Där var det hemskt mycket mattor och belysningen var dålig och trappen höll på att rasa ihop." (personal kommun-/socialvården)

Det framkom även under intervjuerna att det finns många patienter som inte tar kontakt och inte söker hjälp, fastän de egentligen skulle vara i mycket stort behov av stödåtgärder. Detta kan ha sin grund i väldigt varierande orsaker, men de intervjuade menar att som professionell kan detta vara en av de viktigaste grupperna att uppmärksamma.

”*Det finns patienter som inte tar kontakt utan som finns i det tysta, som kanske kan vara de sjukaste. De som tar kontakt och jagar på är kanske egentligen de friskaste och som snabbast får vård. Att man missar kanske många i det tysta" (personal primärvården)*

Minnesproblematik hos patienten kan vara ett hinder för vård nära hemmet eftersom det kan innebära ett behov av hjälp dygnet alla timmar. Det kan också begränsa personens sjukdomsinsikt och förmåga till rehabilitering.

”*Man måste veta vad man skickar hem dem till. Det kan vara jättestor skillnad om man har bra stöd hemma. Är det nån patient som själv är kanske lite halv förvirrad och inte har riktigt lika bra koll längre så kan det ju gå jättebra och skicka hem om de bor med nån som har koll, än till nån som bor alldeles själv. Det funkar inte." (personal specialistsjukvården)*

"Och det är inte det bara fysiska utan där spelar också den mentala delen hos patienten in. Har patienten insikt i sin skada? Kan den ta ansvar över sig själv om man inte får belasta till exempel? Klarar patienten av att göra på rätt vis? Funktionsförmåga, balansen, jag kallar det för kognitiva biten. Är de dementa så klarar de inte ta ansvar över sig själv, och har inte insikt i vad man får och vad man inte får. Och den biten är väldigt viktig om man ska klara sig själv hemma i ett boende." (personal primärvården)

Ibland kan det vara operationen som triggar en underliggande minnesproblematik, vilket gör att patienten inte kan bo kvar i det egna hemmet.

”*Så finns det sådana som har kommit in som planerade patienter men sen kanske det kan vara minnesproblematik i botten och operationen utlöser det, så då efter operationen vet man inte riktigt sen." (personal specialistsjukvården)*

Det finns hinder som blir mer tydliga på en liten ort. Det kan vara att en del personer tycker det är jobbigt att inte kunna vara anonym som patient och att det vid vård närmare hemmet är svårt. Att vara personal som vårdar och fattar beslut för patienter som de känner väl privat är också ibland ett hinder och det blir känsligt när obekväma beslut måste tas. Det finns också en stor risk att personalen har svårare att vara objektiv.

”*Men sen kan det vara svårt att vara...det skulle kanske vara lättare att vara professionell och bara hålla sig till sin lilla kant om det var större, det blir inte lika känsligt och nej lite lättare så om du hade en stor kommun." (personal kommun-/socialvården)*

Lokala hinder för en vård närmare hemmet som många i Sverige nämner är avstånd. Det påverkar i stor utsträckning när en person bor hemma men behöver besök av vårdpersonal.

”*Vad det gäller hemsjukvård så löser vi så mycket som möjligt. Där jag blir stoppad det är ju de här avstånden. Är det för långt ut i periferin så är det svårt" (personal kommun-/socialvården)*

Slutenvårdsplatser i primärvård

I både Sverige och Finland talas det även mycket om vård på rätt nivå och i den här rapporten handlar det om att patienterna ska få den vård som behövs på den vårdnivå som krävs. Att som i Västerbotten och Österbotten ha tillgång till slutenvårdsplatser inom primärvård erbjuder ytterligare en nivå av vård som inte finns överallt i Sverige och som kan göra att vårdkedjan har en större flexibilitet. Projektet har därför velat undersöka sjukstugornas och bäddavdelningarnas roll i vårdkedjan och vad de gör för vårdflödet. Under intervjuerna talas mycket om det positiva med denna vårdform men också om en del utmaningar.

”

”Men det är ju det som är så fantastiskt. Vi brukar diskutera med dem i Umeå och sådär kring att det är det som är så fantastiskt när vi har sjukstugorna. Att vi har ju vår förlängda arm många gånger till patienterna i inlandet. Men det största bekymret är nog när dom kommer från Lycksele kommun. Då tror jag alla suckar och så tänker man ’nej, inte från Lycksele kommun’. Då blir det en längre vårdtid automatiskt. Och vilket gör ju då att då för oss blir det att då måste vi stryka patienter. Om vårdplatserna upptas av patienter som kanske egentligen borde ha fått hjälp av kommunen hemma, och så stoppar dom upp hos oss. Jamen då får vi stryka patienter vilket gör att landstingets vårdköer blir så mycket mycket längre på grund av att flödet inte fungerar.” (personal specialistsjukvården)

”När sjukstugorna stänger nu på sommaren då blir det en helt annan situation. Det märks stor skillnad. Så att sjukstugornas kapacitet det har ju betydelse för hur vår avdelning fungerar då det gäller det.” (personal specialistsjukvården)

”Alltså det som ändå är ganska unikt här det är ju att samma avdelning har både akutplatser och kommunala korttidsplatser så att dels så är det ju nära till biståndshandläggarna på kommunen, det är nära till personal och för patienten så kan ju en utskrivning från akutplats till kommunalt korttidsboende innebära att man ligger kvar i samma säng och träffar samma personal. Så att det blir en annan kontinuitet i övergången mellan landstings och kommunvård. Så det tycker jag är en styrka.” (personal primärvården)

Intervjupersonerna nämner även problematiken med att det kan bli en automation i att skicka patienter till en bäddavdelning/sjukstuga, fastän de kanske skulle kunna klara sig hemma. Då blir dygnet på bäddavdelning en onödig kostnad och kanske också ett onödigt stopp för patienten.

”

”Ibland så hamnar folk hos oss som egentligen lika väl kunde gå hem, där jag har en känsla av att det är enklare att göra klinikbyte och så får vi stå för hela utskrivningsprocessen. I stället för att patienten går hem direkt, så hamnar de hos oss över natten för utskrivning i morgon. Och det är kanske lite missbruk av sjukvård” (personal primärvården)

”På grund av brist på platser så hamnar de jättelänge hos oss, trots att de bara är dementa eller av någon orsak inte klarar sig i hemmet. Vi kan inte lämna dem så bäddavdelningen är enda stället som är emellan. Men det finns jättemånga som absolut inte behöver någon sjukvård på det sättet.” (personal primärvården)

Ibland kan anhörigas åsikt också göra att patienten skickas till bäddavdelning, fastän hen kunde klara sig hemma med hjälp och stöd.

”

”Anhöriga tycker att det är ett tryggt steg att de kommer hit (till bäddavdelning) och vi kollar upp allting. De vågar inte direkt ta hem dem för de tror att de är sjuka kanske än vad de är.” (personal primärvården)

Förbättringsförslag och hälsningar till beslutsfattare

Under intervjuerna fick deltagarna även möjlighet att framföra sina eventuella hälsningar till beslutsfattarna inom vården. De förbättringsförslag och hälsningar som framfördes var av varierande natur; en del framförde väldigt konkreta förslag, andra delade med sig av mer abstrakta, övergripande önskemål om förbättringar.

Gällande de mera övergripande önskemålen så handlar det delvis om attityden till våra äldre medborgare men även om attityden till de som jobbar inom äldreomsorgen. Många efterlyser en större respekt och förståelse för dem som jobbar inom äldreomsorgen och vill sprida att det är ett roligt och givande jobb.



*”Jag skryter ofta att mitt jobb, jag tycker att min arbetsplats är jätte, jättebra. Jag trivs och jag upplever att patienterna tycker att de får en bra omvårdnad.”
(personal primärvården)*

*”Man kan ha hur fina utrymmen som helst men har du inte rätt personal så blir det aldrig bra. Jag tycker man skulle satsa på personalen, men man satsar på ytan.”
(personal kommun-/socialvården)*

Övergripande nämns också att det borde funderas mer noggrant på satsningar som görs inom vården och finnas bättre beslutsunderlag. Flera önskar dessutom att beslutsfattarna inte skulle vara så snabba att genomföra alltför stora förändringar, utan att de hellre skulle ”tänka efter före” och lyssna mer på de som jobbar inom vården och fokusera mindre på den ekonomiska situationen och kortsiktiga besparingar.



”Så kanske nog det är dags att börja höja på lönen, så att vi får folk hit. Och kanske premiera folk som jobbar inom äldreomsorgen, att just nu har du gjort det så här bra. Att finns det nå morötter man kan ge åt folk och inte bara hela tiden räkna sjukdagar och se nu till att de inte är så mycket sjukskrivna. Utan kanske just de som har GO i sig, som vill, som har planer och målsättningar och som har ett himla GO och tänker att ’YES!’ Att de skulle få lysa, tänker jag. För det är de som inspirerar. Det skulle jag vilja.” (personal kommun-/socialvården)

*”Nu är jag ju mera rädd för det att vi kör ner saker som fungerar väldigt bra!”
(personal specialistsjukvården)*

”Det som är viktigt för oss det är att vi har de verktygen här på det här lasarettet eller på vår klinik som vi behöver för att bedriva en bra och säker vård. Där ingår allt ifrån kirurgiska instrument till tillräckligt många vårdplatser. Med tillräckligt många menar jag i alla personalkategorier så att det kan flöda på och så att vi ska kunna hinna med och ja för jag upplever att vi arbetar ganska mycket på marginalen för vi har så pass högt flöde av patienter på alla möjliga sätt och det där kan många gånger beslutsfattarna inte förstå.” (personal specialistsjukvården)

Förbättra samarbetet och kommunikationen

Många av de intervjuade lyfter det fungerande samarbetet som en styrka. Samtidigt kan samarbetet människor emellan ändå alltid förbättras och utvecklas. En del av de intervjuade önskar ett förbättrat samarbete speciellt mellan läkare och övriga yrkesgrupper.



”Det är nog någonting som man skulle behöva satsa på. Jag har jobbat sju år på den här avdelningen och vi har aldrig haft något sånt där gemensamt möte med läkare eller nånting.” (personal specialistsjukvården)



“Och sen tycker jag att man ska jobba på samarbete med kommunen och det här med teamarbetet som vi jobbade upp då, det tyckte jag var bra. Teamarbetet med att vi hade en läkare i teamet, vi hade en distriktssköterska i teamet. Hemtjänsten var med, biståndshandläggaren var med, det var en arbetsterapeut och det var en sjukgymnast. Hela teamet runt patienten, patienten i centrum. En gång i veckan träffade de läkarna. Men så brast det, att läkarna slutade vara med i våra teammöten. Teamet försvann.” (personal primärvården)

Personalen efterlyser också ett bättre samarbete och större flexibilitet i hela vårdkedjan, över kommungränser, mellan olika huvudmän, mellan enheter och mellan olika professioner. Gärna i form av nätverk där det kan diskuteras frågor med kollegor på andra enheter och återigen nämns team runt patienten eftersom många har goda erfarenheter av det sedan tidigare.

”*“Vi har någon form av team runtomkring brukaren så är det men jag tror att det skulle kunna bli bättre och då skulle det absolut bli bättre för den enskilde det lovar jag.” (personal kommun-/socialvården)*

“Sen vad jag också kan tycka, om vi pratar om flödet, det är att vi borde ha bättre samarbete mellan sjukstugorna. Alltså att man kan lägga in patienter. Om vi har fullt, att man lägger in dem i Sorsele eller Malå eller Vilhelmina, om de har plats. Också på sommaren, alltså personalmässigt, att man kanske har som en pool, att inte alla sjukstugor har stängt samtidigt. Utan att man har en som har öppet, kanske utökar platser i fyra veckor. Så att det alltid är någonstans det är öppet, och så drar man personalen från andra ställen till ett ställe eller något sånt.” (personal primärvården)

“Just det att man inte ska tänka i de här rutorna, att man måste jobba i varandras rutor, samarbete. Det krävs. Om ett serviceboende inte tycker att de har kapacitet att ta hem en patient som är nyopererad då kunde kanske hemsjukvården komma in i deras ruta så skulle det lyckas bättre, man skulle få processen snabbare” (personal kommun-/socialvården)

I Sverige är det många av de intervjuade som tycker att hälso- och sjukvården ska ligga under en och samma huvudman. På finska sidan framkom detta tema inte under intervjuerna, möjligen på grund av att den stora reformen inom hälso- och sjukvården i Finland fortsätter vara en långdragen process där det kan anas en viss “förändringströtthet” bland vårdpersonalen.

”*“Ja men det tror jag, alltså jag tror egentligen inte på att ha det uppdelat mellan landsting och kommun, utan jag tror man skulle ha ett system för allt, det tror jag skulle gynna patienten och bli bättre för dem” (personal kommun-/socialvården)*

“Att vi ska bli en huvudman så man kan ha ett bättre samarbete. Så fick jag önska så skulle jag se till att det blev så. För idag har vi så mycket sjukvård, även inom äldrevården, så att vi skulle behöva vara under samma tak” (personal specialistsjukvården)

När det gäller förbättringsförslag kring kommunikation kommenterar flera av intervjupersonerna att den personliga kommunikationen är viktig och att personalen behöver kommunicera mera med patienterna. För att kunna göra det skulle det behövas mer tid att hinna prata med patienterna, att ge tillräcklig information åt patienterna. Nu kan det ibland bli så att det är nästa steg i kedjan som får informera patienten om operationen eller om den planerade vården (till exempel förklara en epikrístext åt en patient). Ibland kan personalen känna att de saknar specialkunskapen som patienterna efterfrågar.

”*”Man behöver ändå få den där personliga kontakten och man behöver få höra och man behöver få se patienten. Och då hjälper det inte med systemen vi har”*
(personal primärvården)

Personalen efterlyser även bättre kommunikation vid förändringar från beslutsfattare och de som planerar verksamheten till personal. De vill bidra med sin kompetens och önskar att personalens intressen ska tas tillvara.

”*”Man borde vara ute mer i verksamheterna, prata med folket som arbetar, som verkligen kan ge dig en bild av hur det är. Man kan inte sitta och titta på lite siffror och statistik, utan verkligheten ser inte ut som den gör på ett papper.”*
(personal specialistsjukvården)

Utbilda personalen

Många tycker att vårdkedjan skulle förbättras och kanske bli mer effektiv om personalen som jobbade i den fick möjlighet att utbilda sig mera. De tycker till exempel att personal inom hemsjukvården borde få lära sig nytt, få nya ansvarsområden och även mer skolning i rehabilitering av ortopediska patienter.

”*”Jag tror att personalen, alla kategorier inklusive läkare, gör sitt bästa på alla sätt och vis. Det som alltid är ett problem det är att få tillräckligt med fortbildning och utbildning.”*
(personal primärvården)



”Patienten frågar ju oftast, när får jag börja böja mig, när får jag börja cykla. Där har vi kanske litet för litet bakgrund. Vi vet inte alltid vad de har gjort till hundra procent. Har de fått en protes nu och vi har inte texten, för att den sitter i datorn. Vi kan inte gå in och se vilken metod har de använt, vad har de sagt. Jag skulle kanske vilja ha litet skolning...”
(personal kommun-/socialvården)

De önskar även mera utbildning i hjälpmedlen som de använder i vården och i att till exempel göra bedömningar som auskultationer.

”*”Och även att vi får kanske utbildningar, lite vad vi nu ska handha eller de sakerna. Oftast är det medicin... tekniska hjälpmedel som kan bli lite ... som man aldrig har mött. Och får man bara en genomgång på dem och så där, så ...”*
(personal primärvården)

”De läkare som jobbar på sjukstugorna borde få åka till olika specialistavdelningar och träna på till exempel auskultationer för att på så sätt bättre kunna ge vård till de varierande typer av patienter som kommer till en sjukstuga.”
(personal primärvården)

Under intervjuerna i Finland framkom även önskemål om större satsningar på kunskaps- höjning hos personalen gällande bedömning av patienternas vårdbehov och även fortsatt utvecklande av gemensamma riktlinjer för boendeplaceringar.

Använd resurserna klokare

Många efterfrågar mer resurser till vården och att det ska finnas en mer långsiktig plan där et betonas ett värde i kvalitet mer än kvantitet. I både Sverige och Finland tror många av de intervjuade att högre löner kunde få personalen att stanna kvar i yrket.

”

”Får man bra betalt då är man mer motiverad. Man är beredd att göra någonting extra, vilket man kanske inte gör om man inte riktigt är nöjd, så är det. Även om pengar inte är allt, men ändå i slutändan går man till jobbet för att få betalt.” (personal primärvården)

”Höja lönerna till alla så att de stannar. Och utbilda folk ordentligt. Det tror jag är nyckeln till att man har personal. Så är det. Det är inte 80-talet längre, där folk var glada att man fick ett jobb tills man gick i pension, utan vi säger upp oss om vi inte är nöjda. Och det är hög tid att cheferna inser det. Det är inte pengar som bara styr, det vet jag också, men man räknar ut om det är värt det man gör. Ja, så är det.” (personal primärvården)



Under intervjuerna framkommer att personalen tycker att resurserna borde användas till det de är utbildade för, varken mer eller mindre. Det gäller till exempel att personal ibland är överkvalificerade för de jobb de utför och att vårdutbildad personal inte får använda sina kunskaper.

”

”Om man far till Ada, på morgonen och så då har de sagt... För hon ska vara fastande, för de ska ta prover. Då kan de väl lika gärna skicka att vi kan ta proverna.” (personal kommun-/socialvården)

”Att det är en fast person som sköter köket. För nu är det en undersköterska som gör det och det tycker jag är slöseri. Och när någon är sjuk så tas den undersköterskan från köket, då är det ingen som gör köket” (personal primärvården)

”Till exempel om någon faller och får ett sår som sys och som blöder så kunde vi bra fara och byta det förbandet. Inte behöver de fara och visa det åt en läkare i första hand och ta upp platser på akuten på förmiddagarna.” (personal kommun-/socialvården)

Inom de kommunala boendena i Sverige efterfrågas en tydligare struktur där det är uppdelat vem som gör vad varje dag. Både vilka patienter respektive personal ansvarar för men kanske mest vem som ansvarar för övriga sysslor som till exempel tvättstuga.

”

”När man börjar på morgonen så vet jag att jag ska gå till den och den och den. Det är jag som är ansvarig för tvätten och det är jag som är ansvarig för det. Så att det liksom blir lite mer fördelat. För att som det är nu så kan det bli lite ... De som är driftiga och tar på sig och gör det, medan andra sitter och liksom sitter av sin tid mer. Så att på det viset kan vi jobba med förbättringar.” (personal kommun-/socialvården)

För att kunna fördela resurserna rätt önskar de intervjuade i Sverige att det fanns ett sätt att mäta vårdtyngden. De menar att det inte alltid är antalet upptagna sängplatser som visar hur hårt belastad personalen är.

”

”Vårdtyngdsmätningssystem. Alltså det är ju så horribelt så det är fruktansvärt. Det här har det ju resonats om i flera, flera år, om vårdtyngdsmätning som genererar i en sanning som vi ska gå utefter. Vi har ju ingenting att mäta med. Så det är ju verkligen en brist.” (personal kommun-/socialvården)

På Vasa centralsjukhus (VCS) används systemet Rafaela för att utföra vårdtyngdsmätningar inom slutenvården. Rafaela består av tre delar: en klassificering av patienterna vårdbehov (OPC), vårdarnas bedömning av vårdtyngd (PAONCIL) och personaldata. Inledningsvis görs en mätning på avdelningarna för att ta fram en optimal nivå för avdelningen. Sedan gör vårdarna på avdelningarna en kort bedömning av varje patient en gång per dygn, och så sätts detta i relation till hur mycket personal som varit på jobb i dygnets

olika skiften. Utfallet som analyseras är relationen mellan patienternas vårdtyngd och personal i arbete och systemet ger info om vårdintensiteten på avdelningarna och även om avdelningen legat under eller över sin optimala nivå. Om det uppdagas avvikelser funderar ansvariga sedan vidare på om det behöver göras förändringar i personalresurserna. Det finns nyare instrument som även fungerar inom öppenvården (samt inom psykiatri) som planeras att tas i bruk på VCS inom en snar framtid.

För att fördela resurserna inom vården rätt anser några av de intervjuade i Sverige att det skulle göras en översyn så att även resurserna flyttar när verksamhet flyttar.

”

”Och att det finns någon sorts röd tråd mellan Umeå och Lycksele och de här småkommunerna. Men om man går på NUS, jag har varit mycket på NUS på slutet, det finns hur mycket folk som helst. Det finns hur mycket doktorer som helst, det finns hur mycket underläkare som helst, det finns hur mycket folk som helst. Men konstigt nog finns det inga doktorer som jobbar här, inom småstugorna. Och det, alltså, det är ett fel någonstans, och det måste gå att göra någonting åt. Det tror jag.” (personal kommun-/socialvården)

”Det finns rövarhistorier som jag knappt vågar berätta alltså. Men hur många patienter på en geriatrik mottagning har du på en förmiddag? Det är samma patienter som vi har. Om jag rondar 35 såna på en dag. Det är samma patienter. Då har många varit och vänt där. Då blir man ju mörkrädd alltså, när man ser hur ... Alltså, verksamhetsöverföring, som det heter, vi tar över uppgifter från en slutenvård, innebär sällan någon reduktion i slutenvård någonting. Vi får mer jobb, vi får inga mer pengar heller, och de har kvar sina pengar.” (personal primärvården)

”Det är bekymmersamt att pengarna för vården inte läggs där kostnaderna finns. Det borde fördelas utifrån andra premisser än som det fungerar idag.” (personal primärvården)

Det framkommer även tankar kring fördelningen av resurser nationellt sett och ett exempel kommer från en av de intervjuade som lyfter frågan om hur sjukvården bör finansieras i framtiden.

”

”Jo, jag tror att man ska bestämma sig för att avsätta en viss summa av BNP till skola och till vård om man ska förvänta sig att få lika vård över Sverige. Om man inte har råd till jättedyra försäkringar själv. Man måste bestämma sig vad pengarna ska gå till för någonting. Pengarna finns till stor del.” (personal specialistsjukvården)

”Och så finns det ju väldigt bra förslag om att lägga ner landstingen och istället portionera ut pengarna istället till enheter för att gå själv. Den där tunga skutan drar för mycket energi så jag hoppas att någon stor person kommer med det bra förslaget, för det måste till något radikalt eftersom vården håller på att haverera. Det är för många människor som mår dåligt som jobbar inom vården och det spelar ingen roll om dom skulle få mycket mer i lön utan det är snarare bemanningen tror jag som kanske är viktigare där än lön.” (personal specialistsjukvården)

Minska resandet

Personalen har på flera sätt berättat att de tror det är bättre för patienterna att inte behöva resa och förflyttas i vårdkedjan, men att det idag förekommer en hel del onödiga resor. Här lyfter personalen även att vården bör sträva efter mera samordning och därmed ett minskat resande för att det också är bättre för miljön.

”

”Patienterna vill hemskt gärna komma direkt hit, hem (till sitt boende). Så litet flyttningar som möjligt. Jag tycker det är bättre för dem att komma direkt hit.” (personal kommun-/socialvården)

”Det kan ju även vara kontroller. Vi säger att nån har fått ny hörapparat och ska ner till hörcentralen bara för att höra att den funkar bra ungefär. Jag menar...det går åt en hel dag, en ledsagare och dessutom jobbet för den enskilda. Och så kanske de bara ska fråga hur det går. Det kan ju vara så att de vill ställa om den lite bara. Ibland kör de ju ut i kommunerna och gör hembesök. Att man kan göra det vid något sådant tillfälle. Så mycket tycker man ju att det skulle kunna göras på plats. För nu är det mycket onödiga resor.” (personal kommun-/socialvården)

”Det vore bra om specialistläkare reste ut till sjukstugorna med jämna mellanrum och träffar patienter med det behovet. Man kunde samla kanske 30 patienter på en dag som fick träffa specialist. Det finns utrustning ståendes på våra sjukstugor som ingen använder eftersom kompetensen inte finns. Det skulle även vara bra för miljön att en läkare reser istället för att 30 patienter ska resa till specialistsjukhuset.” (personal primärvården)

”Eller att röntgen kan tas på hälsocentralen och skickas hit då. Inte behöver patienten resa tvåhundra kilometer tur och retur hit.” (personal specialistsjukvården)

”Men ibland händer det ju att sjuksköterskan, till exempel, kan komma in och säga: ’Men dit ska jag fara nu, ni behöver inte fara dit, jag kan ge en medicin.’ Nej, det är någonting att ta tag i igen. Det är ju onödigt att köra flera stycken till samma.” (personal kommun-/socialvården)

Som ett exempel på hur resandet idag görs smidigare nämner en av intervjupersonerna i Finland serviceradgivarna på centralsjukhuset. Serviceradgivarna kan bokas på förhand och kan ta emot långväga patienter och lotsa dem till rätt poliklinik/avdelning, och sedan tillbaka till sin hemtransport.

”

”Verkligen, en eloge åt dem som jobbar som serviceradgivare på sjukhuset. Det får du nog föra fram, dom är nog såna pärlor. Vi skulle inte klara oss utan dem. Superbra är de! Vi är nog så tacksamma över dem”. (personal kommun-/socialvården)

Satsa på förebyggande arbete och rehabilitering

Nästan alla av de intervjuade i Finland och Sverige pratar om vikten av det förebyggande arbetet, och önskemål framförs kring att kunna jobba mer förebyggande med ortopediska patienter, både i grupp och individuellt. Personalen önskar att fler fallolyckor skulle kunna förhindras, genom satsningar på rätt sorts preventiva åtgärder och intervjupersonerna lyfter fram faktorer som till exempel vikten av att kontrollera patienternas näringsstatus (undernäring ökar yrsel och därmed fallrisk). Även förhoppningar om ökade möjligheter för hemservicen att jobba med förebyggande träning i hemmet nämns, och även att kunna arbeta ännu mer förebyggande och rehabiliterande inom boendeverksamheten.

”

”Det vad jag nu ser och tänker, att de här tanterna och farbröderna som blir sämre på benen där hemma. Där skulle jag gärna se mera rehabilitering, att de skulle få litet mera gympa. Nu har de ju det här med tv och det är många som använder det men det är ju inte alla. Man märker att de blir sämre på benen så skulle det kanske vara bra med balansträning och benmuskelt träning. För det behöver inte vara så mycket. Så hjälper det.” (personal kommun-/socialvården)

”Vi har nu en närvårdare som specialiserat sig inom rehabilitering, så tisdagar, onsdagar och torsdagar jobbar hon enbart med rehabilitering.” (personal kommun-/socialvården)

I Finland har kirurgiska polikliniken uttryckt ett önskemål om att alla elektiva patienter som remitteras till specialistsjukvården för bedömning av ortoped även ska få en fysioterapi-remiss till egen hälsovårdscentral.



”Tanken är att de ska vara i så gott skick som möjligt inför operationen. Ortopederna vill att de tränat ungefär tre månader innan de kommer för bedömning, för att se vilken effekt träningen ger.” (personal primärvården)



Ett annat konkret förslag kopplat till förebyggande arbete och rehabilitering som väldigt många i Sverige har gett är: *anställ fler fysioterapeuter!*



”Om jag skulle bestämma, då skulle man ju anställt fler sjukgymnaster. Det ska man försöka göra på alla de här sjukstugorna i Västerbottens inland, säkert i Norrbotten också, jag har ingen aning. Men man får ju inte tag i några doktorer, det finns ju inga doktorer. Och de doktorer som finns är ju jättedyra. Då skulle man ju kunna kolla på, hur stor andel är rörelsestödjelaterade bekymmer? Och hur skulle man kunna frigöra resurser från doktorn? Jo, man anställer fler sjukgymnaster, låter dem träffa alla de här personerna först, låt sjukgymnasterna skriva röntgenremiss. Lär sjukgymnaster att ge injektioner, knä, axlar. Få bort det.” (personal kommun-/socialvården)

En av de intervjuade föreslår att operationskriterierna kunde ses över och kanske ge fler aktiva människor möjligheten att redan i yngre ålder få hjälp med rätt träning och även att få en operation snabbare, eftersom:



”allt som under många år slits ner tar tid att bygga upp igen efter operationen.” (personal primärvården)

”Dom här som har väntat allt för länge på en operation, är det då liksom vänster knä så har ju högra höften också börjat krångla, och så kanske litet i ryggen och så. Så att det blir bara fler problem.” (personal primärvården)

Flera intervjupersoner påpekar att det skulle behövas mer resurser för både pre- och post-operativ gruppverksamhet, och att det då också är viktigt att ledaren har rätt kompetens för just gruppverksamhet. I Närpes stad pågår ett nära samarbete med tredje sektorn som ordnar denna typ av verksamhet för seniorer. Som höft- och knäopererad i Närpes finns det möjlighet att delta i både vattengymnastik och balansträning som ordnas av Närpes vuxeninstitut eller Folkhälsan. Personalen upplever även att gruppverksamheten är viktig som en inkörsport till egen träning, i en åldersgrupp som varken är vana att träna i grupp eller på egen hand. Att många äldre upplever sig vara ensamma och skulle må bra av någon regelbunden dagverksamhet är också ett förslag som några av de intervjuade nämner, vilket då samtidigt skulle kunna utgöra en plats för träning och fysisk aktivitet efter en ortopedisk operation och även annars. Även inom boendeverksamheten i Närpes finns ett samarbete med till exempel Folkhälsan, Marthaföreningen, Lions eller privatpersoner som kan komma ut till boendena och hålla olika aktiviteter eller program.

Även i Sverige lyfts liknande tankar kring rehabilitering och att vinsterna med gruppverksamhet är många. Här tror personalen också att de korttidsplatser som kommunen har skulle fungera bättre om det fanns mer resurser för att ge patienterna rehabilitering medan de vistas på korttidsplats. I Sverige lyfter de intervjuade även att de ser ett behov av mer information till medborgarna om vilken typ av hjälp som finns att få från vårdgivare och också information om sådant som bra kost och fallrisk.

Ge en personcentrerad vård

I intervjuerna framkommer att personalen skulle vilja ge en mer personcentrerad vård, även om de också berättat om att mycket redan görs för att se hela människan och ha personen i centrum. Under intervjuerna har inte några konkreta förbättringsförslag kommit fram i detta ämne utan det handlar mer om en medvetenhet om att den personcentrerade vården behöver förbättras och att detta kan innebära att flytta fokus från personalen till patienterna/klienterna.



”Det är de här bitarna mycket kring äldre och multisjuka som har flera behov och ett omsorgsbehov. Där finns det alltid en viss förbättringspotential dels vad gäller att hitta rätt vårdnivå så fort som möjligt men även kanske överrapportering och så också och kunna förstå vad som är viktigt för just den personen.”
(personal specialistsjukvården)

”Jag tror att man skulle tjäna både pengar och tid och livskvalitet, för det första. För människan. Om man skulle kunna få göra det. Många sitter ju i sina lägenheter och är ensam och många har ju kanske inte ens hemtjänsten som kommer någon gång nu och då. Det är ingen som kommer. Om man kunde samla ihop dem eller ta en promenad. Förstå, de skulle sova mycket bättre. Och de skulle kanske få ta bort någon medicin eller, ja.” (personal kommun-/socialvården)

”Men just det där att få bort fokus från personalen och sätta det på klienterna. Att de måste börja tänka så. Att kan vi ändra någonting. Att kan vi ändra på vårt arbetssätt så att klienten ska få som han vill. Om det ska vara bättre för dem så måste vi göra på det här viset.” (personal kommun-/socialvården)

En av hälsningarna till beslutsfattarna rör rätt vård på rätt nivå och hur intervjupersonen tycker att det kan förbättras.

”Återinför provinsialläkare. Med det menar jag att sitter man utanför sjukhus och jobbar som doktor som tidigare när vi hade provinsialläkarna som hade en koll på befolkningen på familjens tillstånd, barnens tillstånd. Vi kommer ju aldrig kanske att återinföra det. Men det ligger väldigt mycket i den sanningen. Att om det finns kännedom om patienten. Om patienten har en kontakt med en doktor som känner patienten och dess omgivning och levnadssituation, så är det mycket lättare att förstå vilka behoven är. Och det är lättare att kunna ge en god vård. Och överföringen sedan, jag menar i slutenvården. Men rätt vård på rätt nivå. Det är faktiskt det viktigaste för svensk sjukvård om vi ska kunna klara av vår framtid om man nu tänker ur ekonomisk synvinkel. Så det är oerhört viktigt.”
(personal specialistsjukvården)

Många i Sverige tycker att sjukstugorna fyller en viktig funktion i hälso- och sjukvårdssystemet och att de vill att dessa enheter ska finnas kvar och gärna utökas.

”Jag tar hellre att de är sjuka när de kommer hit. Det breddar min kunskap, min trygghet. Det som då kan vara är att jag skulle önska att vi kanske, som det var förut här, då skulle ha tillgång till doktor jämt. 24 timmar om dygnet. För så var det förut, för nu blir det mycket äldre vård, och de blir lite längre liggande, än att man skulle kunna ha det här flödet. Ja, men skulle vi bli bredare här och det skulle finnas mer personal så skulle vi kunna ha mer vårdplatser och vi ska avlasta lasarett. För det är min inställning överlag. Vi säger att det kommer en äldre dam in med en urinvägsinfektion, hon har ingenting på lasarettet att göra, utan hon är ämnad för vår avdelning. Och för patientens skull så har vi bättre samarbete med kommunen, så att då får man det bättre för dem.” (personal primärvården)

”Att noggrant läsa Göran Stiernstedts utredning och leva upp till den. Att vi balanserar upp den här sjukhustunga, svenska sjukvården som saknar motstycke egentligen i västvärlden. Och lägger resurserna där de bäst behövs. Alltså i primärvård då. Och därmed får vi chansen att utveckla mer också, mycket mer. Det saknas ju inte idéer inte, sannerligen inte. Men man jobbar i stålgruvan, kan jag säga.” (personal specialistsjukvården)

För att vården ska kunna bli ännu mer personcentrerad kan det också krävas en större flexibilitet i systemen.

”*”Jag menar, kan det inte få finnas fler möjligheter? Man kunde få bo hemma i sin stuga på sommaren, och här på vintern. Men allting är ju så jäkla låst. Om man ska tänka på klienten och att hen ska få ut det bästa av sin ålderdom så då skulle jag vilja det. Men det är ju mina drömmar, det skulle vara så underbart!”*
(personal kommun-/socialvården)

Under intervjuerna har det kommit fram en hel del konkreta förbättringsförslag till verksamheterna. Dessa förbättringsförslag finns samlade i form av en lista med citat och framgår av en separat bilaga till rapporten; *”Verksamhetsnära förbättringsförslag”*.



Avslutande diskussion

Syftet med denna rapport var att återge och sammanfatta vad 47 intervjupersoner hade för tankar och åsikter kring den ortopediska vårdkedjan i Västerbotten och Kust-Österbotten. Rapporten ger förhoppningsvis läsaren en fördjupad bild av denna vårdkedja och hur patienter färdas i den. Den insamlade informationen utgör även en viktig del i färdigställandet av simuleringsmodellerna i projektet. Målet med rapporten var att synliggöra de upplevda styrkorna och svagheter i vårdkedjan, samt att identifiera flaskhalsar inom och mellan de olika vårdnivåerna för att på så vis kunna bidra till att utveckla och förbättra processerna i båda länderna. Att kunna lära av varandra men också stimulera till ett gemensamt lärande.

Att överblicka en hel vårdkedja är en utmaning, både för vårdpersonal men också för verksamhetsansvariga och beslutsfattare. De hälso- och sjukvårdssystem vi har idag är så komplexa att det blir svårt att titta på dem ur ett helhetsperspektiv. Ändå måste vi med tanke på framtiden på något sätt hitta fler verktyg att greppa allt mer komplexa vårdprocesser, både med tanke på själva vårdarbetet, patientnöjdheten, resurser och ekonomin. Helhetstänket blir allt viktigare och det är mycket betydelsefullt att kunna förstå hur olika delar av en vårdkedja påverkar helheten. På finska sidan arbetar man som bäst på att skapa Österbottens välfärdsområde och blir detta verklighet så är det en helhet man i framtiden ska arbeta med och styra i regionen. En och samma huvudman kommer att ansvara för vårdprocesserna inom special-, primär- och socialvården från början till slut och det blir väldigt viktigt att kunna följa patienternas väg genom hela vårdprocessen, med beaktande av många olika aspekter. I Sverige pågår arbetet med omställningen till god och nära vård - en reform med syfte att bidra till ett hälso- och sjukvårdssystem som är hållbart både socialt, miljömässigt och ekonomiskt. Reformen bygger på en stark och korrekt resurssatt primärvård som bas och därtill bland annat ett antal förslag för att stärka samverkan mellan huvudmännen som ska ge en personcentrerad vård med en långsiktig planering för patienter och personal.

Avslutningsvis vill vi som författare här summera några huvudpoänger och belysa några för oss viktiga aspekter som syftar till att förbättra patienternas resa genom vårdkedjan men som också kan göra personalens arbetsvardag effektivare och smidigare.

Övergripande informationssystem

Det blir allt viktigare att kunna planera och överblicka vårdkedjorna och för att man ska kunna förverkliga detta behövs fungerande informationssystem som kommunicerar med varandra och som innehåller rätt sorts information. I både Västerbotten och Kust-Österbotten pågår som bäst arbetet med att introducera nya patientdatasystem, som förhoppningsvis kommer att åtgärda många av de brister som framkommit i denna rapport.

Framför allt behövs tillgång till aktuell bakgrundsinformation och vårdinformation om patienten, vilket kan underlätta och snabba upp vårdprocessen. Till denna bakgrundsinformation hör både information om patientens sociala situation och allmäntillstånd men även en uppdaterad och korrekt medicinlista/läkemedelslista.

Dessutom behöver de olika vårdnivåerna ha tillgång till information om vilka resurser respektive vårdgivare kan erbjuda och även ha tillgång till ett system där vårdnivåerna lätt kan kontakta varandra och kommunicera så att inte onödig tid av vårdpersonalens arbetsdag går åt till att söka information och försöka få tag på varandra.

För att få ett effektivt flöde i vårdkedjan krävs att planeringen för patientens hemgång påbörjas redan vid inskrivningen. Våra resultat visar att denna planering försvåras av att det fattas information och att den är svåråtkomlig. Resultatet från intervjuerna visar även att patienter många gånger gör onödiga mellanlandningar i slutenvården och att en bättre tillgång till information om vilka vårdenheter som finns på patientens hemort skulle kunna bidra till att minska dessa inskrivningar i slutenvården. Patienten skulle ibland kunna skrivas ut till sitt boende eller till sjukstuga men eftersom personal idag saknar information och ibland kunskap om resurser och kapacitet hos dessa enheter vårdas patienter ibland onödigt länge inom specialistvården. Detta skulle sannolikt även kunna gälla andra vårdkedjor och länder.

Gränsen mellan effektiv vård och bra vårdkvalitet

Resultaten i rapporten visar att personalen upplever att det är ett snabbt flöde av patienter i vårdkedjan och att de många gånger upplever sig stressade. För korta vårdtider och snabba flöden kan leda till ökade återinskrivningar med mer lidande för patienterna och större kostnader som följd. Arbetsmiljön för personalen blir såklart också sämre av ett alltför pressat flöde. Det kan också leda till avvikelser och sämre planering som blir till flaskhalsar i vårdkedjan. I diskussionen kring vad som är ett optimalt flöde bör därför stor vikt läggas vid att identifiera gränsen där en högre effektivitet ger en sämre vårdkvalitet och att med god marginal hålla sig under den.

Hur mycket man än planerar och förbereder en människa för en resa genom vårdparaten så kommer faktum alltid att kvarstå: människan är och förblir människa och komplikationer och oförutsedda händelser kan inträffa. Även den personal som vårdar är människor med individuella förutsättningar och skillnader. Därför behöver vårdsystemet vara mer flexibelt än andra system. Fokus ska alltid vara människan. Det är människan som vården finns till för och patientens bästa är målet. Det är personalen, människan som vårdar, som är hälso- och sjukvårdens största resurs. Resultatet visar att personalen är stolta över sitt jobb och tycker att det är roligt. Samarbetet fungerar bra i mycket och detta är oerhört viktigt att bevara och skapa förutsättningar för.

Det förebyggande arbetet

Nästan alla intervjupersoner nämner det viktiga förebyggande arbetet, på olika sätt och ur olika perspektiv beroende på var i vårdkedjan man jobbar. Både i primär- och i kommunal-/socialvården vill man kunna jobba mer förebyggande, både individuellt och i grupp. Man önskar också kunna bli bättre på att förhindra fallolyckor genom satsningar på rätt sorts preventiva åtgärder i hela vårdkedjan och man hoppas på tillräckligt med resurser för att öka medvetenheten i vårdkedjan kring hur man på bästa sätt kan förebygga ortopediska problem och därmed främja speciellt den äldre befolkningens hälsa och livskvalitet. På svenska sidan har personal på alla enheter i vårdkedjan fört fram önskemål om tillgång till fler fysioterapeuter, från specialistsjukvård till hemmet.

Att satsa på förebyggande arbete ligger även helt i linje med de pågående vårdreformerna både i Finland och Sverige. Målsättningen med den finländska social- och hälsovårdsreformen är att stärka servicen på basnivå och överföra tyngdpunkten till det förebyggande arbetet och även på svenska sidan betonar man det hälsofrämjande och förebyggande uppdraget i hälso- och sjukvården i sin pågående vårdreform god och nära vård.

Diskussioner kring patienternas livskvalitet har också dykt upp under olika skeden av projektets gång. Är det så att alla planerade ortopediska operationer verkligen ska genomföras? Kommer patientens livskvalitet att förbättras efter en operation, eller borde man ge patienten mer information om detta och utvärdera helheten, innan ett operationsbeslut tas? Vilka är våra urvalskriterier för att genomföra ortopediska operationer och hur kan vi beakta den livsomställning som en akut operation kan ge upphov till? Har vi den förståelse som krävs för att hjälpa våra äldre att återfå sin funktionsförmåga och sin livskvalitet? Borde vi dessutom ge yngre människor ortopediska operationer tidigare än vad vi gör idag, för att öka deras möjligheter att leva fullt ut? Att gå med knä- eller höftproblem under lång tid påverkar absolut möjligheten att leva sitt liv till fullo.

Vård på rätt nivå?

Intervjuerna visar också att förväntningarna på vården skiljer sig åt hos personalen på de olika enheterna och även mellan länderna. Förväntningen av vilken vård som ska ske på vilken nivå är för oss extra intressant att lyfta eftersom vi tror att detta påverkar flödet i hela vårdkedjan. I vilket skick ska patienterna som skrivs ut från specialistsjukhuset till bäddavdelning/sjukstuga vara? Vad ska hanteras inom specialistsjukvården och inte? Att se hela människan och inte bara åtgärda det "kirurgiska" ses som en styrka inom specialistsjukvården i Lycksele och i Finland finns erfarenheter av att endast det kirurgiska åtgärdas inom specialistvården. Vissa menar att det är bra medan andra menar att det är mindre bra.

Det är viktigt att fundera på var i helheten patienten kan ges den bästa vården, både sett ut kvalitetsperspektiv men även ur ett ekonomiskt perspektiv. Vilken vård är vård på rätt nivå? Att se, uppmärksamma och notera hela människans behov bör vara en uppgift för alla vårdnivåer men var behovet av en viss vård sedan åtgärdas kanske ur ett flödeseffektivt perspektiv kan diskuteras. Om detta kan göras inom specialistvården, som personalen i Lycksele berättar om, genom teamarbetet och mindre skarpa gränser mellan olika specialiteter och ett nära samarbete, kan det göras på ett effektivt sätt. Men om resurser och kunskap finns på en lägre vårdnivå kan man tänka sig att behandling och fortsatt uppföljning med fördel kan göras på en lägre vårdnivå såsom inom primärvården.

Gränserna för slutenvård och öppenvård kommer sannolikt att bli mindre skarpa när mer och mer avancerad vård kan ges i hemmet. Vi ser dock att möjligheten att lägga in patienter på sjukstugor och bäddavdelningar tjänar ett stort syfte och kommer att fortsätta göra det även i framtiden. Inte minst med att avlasta sjukhusen som då även när patienter kräver dygnet runt-vård kan skriva ut dem till en lägre vårdnivå tidigare. Vad som är viktigt är ändå att på alla nivåer i vården ge en personcentrerad vård för hela människan. På vilken nivå som åtgärder görs kanske bör ses över för att få ett mer effektivt flöde.

Vård nära hemmet

Mjukare värden så som trygghet och motivation är och förblir nyckelfaktorer i en vård- och rehabiliteringsprocess och dessa faktorer får inte glömmas bort eller komma i skymundan. Kan vi inte erbjuda patienterna/klienterna trygghet kommer det att visa sig i ett ökat vårdbehov, förr eller senare i processen. Om vi inte kan motivera de ortopediska klienterna till att själva jobba för sin rehabilitering så kommer de också att kräva mer vård. Det är därför viktigt att förstå att det kommer att krävas resurser i form av tid som ger möjlighet till flexibilitet i systemet för att kunna ge individer den trygghet och motivation som just den personen behöver för att kunna bedriva en bra vård nära hemmet.

Personalen ställer sig i det mesta positiva till att digitalisering kan vara en hjälp när det gäller att kunna erbjuda samma vård till alla och en vård nära hemmet. Utifrån resultatet går det att reflektera kring att även om erbjudandet om vård är lika till alla behöver det långt ifrån vara en jämlik vård eftersom erbjudandet även måste innefatta lika förutsättningar att tillgodogöra sig vården. Där menar många att värden i dagsläget inte är jämlik. Det är svårare att tacka ja till behandling om resan för att få den är för påfrestande att klara av.

När vi nu organiserar vården till att finnas närmare hemmet är det återigen viktigt att komma ihåg att vården ska vara för alla. Vi behöver en större palett med lösningar så att både den som kan och vill sitta vid köksbordet och koppla upp sig i ett videomöte och den som vill få ett fysiskt möte på sjukhuset ska kunna få sina behov tillgodosedda. Alla vill inte vara hemma och därför ska vi inte heller bygga vården utifrån det. Alla vill inte använda sig av digitala hjälpmedel och därför ska vi inte heller bygga vården utifrån det.

Styrkorna som lyfts fram i resultatet kan inte bara visa på mångfalden av färger som behövs på vårdorganisationernas palett, utan även lära oss att små enheter har större lokal- och personkännedom vilket kan bidra till att vården i större utsträckning ser och vårdar hela människan utifrån individuella önskemål. Med den teknik som finns tillgänglig idag kan vi hitta nya sätt att jobba, slippa onödiga resor, effektivisera administration och skapa tid för fysiska möten där det verkligen behövs.

Lärdomar av projektet

I detta projekt har vi genom att jobba tvärvetenskapligt verkligen kunnat dyka in i den ortopediska vårdkedjans olika frågeställningar från en mängd olika perspektiv, vilket onekligen varit både en styrka och en utmaning i processen. Styrkan består i att kunna få så många olika professionellas syn på vårdkedjan; en sjukskötare och en läkare kan ha en helt annan infallsvinkel än en ekonom, en processingenjör eller en statistiker. Den största utmaningen är kanske att arbetet tar längre tid och behöver genomgå fler faser. Dessutom är detta ett samarbetsprojekt mellan Sverige och Finland och både i intervjumaterialet men även i själva projektarbetet uppdagas emellanåt kulturella skillnader länderna emellan, såväl i vilka förväntningar man har på sitt dagliga arbete, som i skillnader i kommunikation och arbetssätt. Dessa skillnader kan förhoppningsvis även föra utvecklingsarbetet framåt, genom att man skapar en förståelse för skillnaderna och även på det området kan lära av varandra länderna emellan. Förhoppningsvis kan denna rapport ge nya idéer till hur man kan utveckla verksamheterna i båda regionerna, både i det dagliga arbetet och rutinerna, men även i sättet att se på en vårdkedja och förfinas den.



Bilagor

Bilaga 1: Frågeguider

Frågeguide – Personal, Sverige (Läkare Lycksele)

Vad gör du som läkare när en patient kommer in genom dörrarna på kirurgavdelningen? Jag skulle vilja att du lotsade mig genom hela flödet från att en patient skrivs in tills att denne skrivs ut till hemmet eller annan vårdinrättning.

- specifika styrkor och svagheter? (tänk resurser, organisation mm)
- viktigaste beslutspunkterna? Färdigbehandlad eller inte
- effektiviteten i flödet?
- Flaskhalsar? (tänk internt och externt)
- Ser ni några specifika för- och nackdelar med er avdelning jämfört med liknande vårdenheter i eller nära tätorterna?

Tror du att arbetet på er avdelning skulle kunna förändras på något sätt till det bättre?

- Effektivitetsvinster externt och internt?
- Externa faktorer som påverkar effektiviteten?
- Kan ökad effektivitet och kvalitet gå hand i hand?

Hur resonerar du runt besluten att en patient ska skrivas ut eller stanna kvar på avdelningen?

- formell beslutsgång?
- Vad avgör?
- Tror du att du resonerat annorlunda kring ex. utskrivning om du jobbat på en liknande avdelning i tätort?
- Vad gör ni när ni inte kan skriva ut patienter för att mottagande enheter inte kan ta emot?
- Beskriv en typisk patient som skrivs ut till annan klinik, kommunal vårdplats eller hemmet?

Hur mycket påverkar personens sociala situation beslutet kring utskrivning?

- För vilka?
- Kännedom om patientens sociala situation?
- Kommuneras eller ej?
- Dokumenteras hur?

Vad gör ni när antalet patienter överskrider era resurser/antal sängplatser?

- Hur klarar ni det med reducerade antal platser under helgen?

Anser du att vården som erbjuds här är jämlik?

- Genus? ålder? etnicitet? Sexualitet?
- Om inte, vad beror detta på?
- Åtgärder?

Sammanfatta frågorna

Är det något ytterligare som du tycker inte har kommit fram?

- Avslutande fråga: Vad skulle du/ni ge beslutsfattarna för råd om du fick chans att påverka framtidens hälso- och sjukvård?
- Tack!

Frågeguide – Personal, Sverige (Sjuksköterska Storuman, Lycksele)

Vad händer när en patient kommer in genom era dörrar? Jag skulle vilja att du lotsade mig genom hela flödet från att en patient skrivs in tills att denne skrivs ut till hemmet eller annan vårdinrättning.

- specifika styrkor och svagheter? (tänk resurser, organisation mm)
- viktigaste beslutspunkterna? Färdigbehandlad eller inte
- effektiviteten i flödet?
- Flaskhalsar? (tänk internt och externt)

Hur resonerar du runt besluten att en patient ska skrivas ut eller stanna kvar på avdelningen?

- formell beslutsgång?
- Vad avgör?
- Vad gör ni när ni inte kan skriva ut patienter för att mottagande enheter inte kan ta emot?
- Beskriv en typisk patient som skrivs ut till kommunal vårdplats eller hemmet?

Hur mycket påverkar personens sociala situation beslutet kring utskrivning?

- För vilka?
- Kännedom om patientens sociala situation?
- Kommuniceras eller ej?
- Dokumenteras hur?

Vad gör ni när antalet patienter överskrider era resurser/antal sängplatser?

- Hur klarar ni det med reducerade antal platser under helgen?

Ser ni några specifika för- och nackdelar med er avdelning jämfört med liknande vårdenheter i eller nära tätorterna?

- (Tror du att du resonerat annorlunda kring ex. utskrivning om du jobbat på en liknande avdelning i tätort?)

Ser ni några specifika för- och nackdelar med ert boende jämfört med liknande vårdenheter i eller nära tätorterna?

- (Tror du att du resonerat annorlunda kring ex. utskrivning om du jobbat på en liknande avdelning i tätort?)

Vi återgår till frågan om flödet. Tror du att arbetet på er avdelning skulle kunna förändras på något sätt till det bättre?

- Effektivitetsvinster externt och internt?
- Externa faktorer som påverkar effektiviteten?
- Kan ökad effektivitet och kvalitet gå hand i hand?

Anser du att vården som erbjuds här är jämlik?

- Genus? ålder? etnicitet? Sexualitet?
- Om inte, vad beror detta på?
- åtgärder?

Sammanfatta frågorna

Är det något ytterligare som du tycker inte har kommit fram?

- Avslutande fråga: Vad skulle du/ni ge beslutsfattarna för råd om du fick chans att påverka framtidens hälso- och sjukvård?
- Tack!

Frågeguide – Kommunal personal, Sverige (Fysioterapeut/Arbetsterapeut Storman)

Flödet:

Vad är dina arbetsuppgifter när en ny patient blir inskriven i HSV? Jag skulle vilja att du lotsade mig genom hela flödet från att en patient skrivs in och fortsatt.

- Vad fungerar bra, vad fungerar mindre bra?
- Effektiviteten i flödet till och från HSV?
- Flaskhalsar? (tänk internt och externt)
- specifika styrkor och svagheter som HSV har? (tänk resurser, organisation mm)
- På vilket sätt är du som FTP/ATP inblandad när brukaren ska skickas från HSV till en annan vårdenhets?
- Hur fungerar det när en brukare varit inlagd på sjukstuga eller lasarett och sedan kommer hem igen till HSV?
- Hur upplever du att patienten hanteras när hen flyttas mellan olika vårdnivåer/vårdgivare?
- Vad fungerar bra, mindre bra i gränsytan mellan vårdnivåerna?
- Vilka viktiga beslut kring patientens vård är du delaktig i? Vad väger tungt vid beslutsfattandet?

Tror du att arbetet på hemsjukvården skulle kunna förändras på något sätt till det bättre?

- Effektivitetsvinster externt och internt?

Personalens upplevelse av vården och vårdkvalité:

Hur känner du inför det arbete du utför idag?

- Vad innebär god vård och vårdkvalitet för just dig?
- Är vården på din enhet av god kvalitet? Varför? Varför inte?
- Välj 3 ord som sammanfattar vad vårdkvalité är för dig?

Kopplat till vårdkedjan:

- Hur påverkar olika vårdgivare varandra ur ett kvalitetsperspektiv?
- Hur påverkar det som händer innan patienten kommer hit till er vårdkvalitén här?
- På vilket sätt kan den vård som ges här påverka vårdkvalitén tidigare i flödet?
- Och senare i flödet?
- Vad fungerar bra, mindre bra i gränsytan mellan vårdnivåerna?

Patienten:

Beskriv en typisk patient som skrivs in i HSV i Storuman kommun?

- Påverkar personens sociala nätverk och stöd vården i HSV?
- Vad tror du god vård innebär för patienterna som finns inskrivna hos er?
- Hur upplever du att patienten hanteras när hen flyttas mellan olika vårdnivåer/vårdgivare?
- Kan vården som ges här påverka flödet av patienter in till och ut från sjukstugor och sjukhus tror du? På vilket sätt?

Om tidigare hemgång:

Hur skulle vårdkvaliteten i hela vårdkedjan påverkas av att man kan skriva ut patienterna tidigare till hemmet?

- Vad tror du behövs för att kommunen ska kunna ta hem patienter tidigare efter t.ex. en operation? (Resurser, utrustning, uppmuntra till konkreta förslag)
- Har du uppfattat om det finns någon önskan hos patienten att komma tillbaka tidigare till boendet/hemmet?
- Uppfattar du att den önskan finns hos er på kommunen?
- Hur tror du att vårdkvaliteten skulle påverkas om patienter i högre grad vårdades närmare hemmet, på sjukstugor, kommunala boenden eller hemma med hemsjukvård?

Anser du att vården som erbjuds här är jämlik?

- Genus? ålder? etnicitet? Sexualitet?
- Om inte, vad beror detta på?
- åtgärder?

Ser ni några specifika för- och nackdelar med ert boende jämfört med liknande vårdenheter i eller nära tätorterna?

Sammanfatta frågorna

Är det något ytterligare som du tycker inte har kommit fram?

- Avslutande fråga: Vad skulle du/ni ge beslutsfattarna för råd om du fick chans att påverka framtidens hälso- och sjukvård?
- Tack!

Frågeguide – Specialistsjukvården, Finland

Namn?

Ålder?

Utbildning & arbetserfarenhet?

Hur ser din kontakt med en ortopedisk patient ut? Jag skulle vilja att du lotsade mig genom hela flödet när du följer en ortopedisk patient, från att patienten kommer till er avdelning före/efter operation tills att denne flyttas vidare till nästa vårdnivå/till annan avdelning eller hem.

- Vad händer hos er? Beskriv
- Skillnaden mellan akuta och elektiva patienter från ditt perspektiv?
- viktigaste beslutspunkterna i ditt arbete? (färdigbehandlad eller inte, utskrivning vart)
- effektiviteten i flödet? Är det ett fungerande flöde?
- Flaskhalsar? (tänk internt och externt)
- specifika styrkor? (tänk resurser, organisation mm)

Hur ser inskrivningsrutinerna ut? När och var skrivs patienterna in? Akuta? Elektiva?
(För att fånga mönstret, speciellt tidpunkten intressant för simuleringsmodellen)

Hur ser beslutsgången kring utskrivning ut? Hur resonerar du runt processen då en patient ska skrivas ut eller stanna kvar på avdelningen?

- Vilken är den formella beslutsgången?
- Har du kunskap om utskrivningskoderna?
- Hur ser du på utskrivningsprocessen?
- Vad gör ni när ni inte kan skriva ut patienter för att mottagande enheter inte kan ta emot?
- Beskriv en typisk patient som skrivs ut till bäddavdelning/kommunal vårdplats eller direkt till hemmet?

Hur mycket påverkar personens sociala situation beslutet kring utskrivning?

- För vilka?
- Kännedom om patientens sociala situation?
- Kommuneras eller ej?
- Dokumenteras hur?

Händer det att antalet patienter överskrider era resurser/antal sängplatser? Hur gör ni då?

Om vi återgår till flödet, tror du att arbetet inom VCS skulle kunna förändras på något sätt till det bättre?

- Effektivitetsvinster externt och internt?
- Externa faktorer som påverkar effektiviteten?
- Kan ökad effektivitet och kvalitet gå hand i hand?

Anser du att vården som erbjuds här är jämlik?

- Genus? ålder? etnicitet? Sexualitet?
- Om inte, vad beror detta på?
- åtgärder?

Om vård och vårdkvalitet?

- Vad innebär god vård och vårdkvalitet för dig?
- Vad tror du att patienterna upplever som god vård?
- Hur upplever du att patienterna hanteras när de flyttas mellan vårdnivåer/vårdgivare?
- Hur tror du att vård på olika instanser (sjukhus/bäddavdelning/boende/i hemmet) påverkar patientens upplevelse kring vårdkvaliteten? Föredrar de att vårdas på ett speciellt ställe?

Sammanfatta frågorna

Är det något ytterligare som du tycker inte har kommit fram?

- Avslutande fråga: Vad skulle du/ni ge beslutsfattarna för råd om du fick chans att påverka framtidens hälso- och sjukvård?
- Tack!

Frågeguide – Primärvård/Socialvård, Finland

Namn:

Ålder:

Arbetsfarenhet:

Beskriv dina arbetsuppgifter och ansvarsområden:

Vad händer när en patient kommer från ortopedisk operation vid VCS (elektiv eller akut) till er? Du får gärna lotsa mig genom hela flödet från att en patient skrivs in tills att denne skrivs ut till hemmet eller annan vårdinrättning.

- Beskrivning av flödet; akut patient/elektiv patient; hur ser det typiskt ut om man kommer från planerad operation/akut operation?
- Vad händer hos er? Beskriv
- Hur upplever du effektiviteten i flödet?
- Flaskhalsar? (tänk internt och externt), finns det faktorer utanför er avdelning som påverkar ert arbete
- Vilka specifika styrkor och svagheter finns på er avdelning? (tänk resurser, organisation mm)

Hur ser inskrivningsrutinerna ut? När och var skrivs patienterna in?

(För att fånga mönstret, speciellt tidpunkten intressant för simuleringsmodellen)

Hur resonerar du runt besluten att en patient ska skrivas ut eller stanna kvar på avdelningen?

- Hur ser den formella beslutsgången ut?
- Vad avgör vid utskrivning? Vilka faktorer väger mest?
- Vad gör ni när ni inte kan skriva ut patienter för att mottagande enheter inte kan ta emot?
- Beskriv en typisk patient som skrivs ut till (annan klinik), kommunal vårdplats eller hemmet?

Hur mycket påverkar personens sociala situation beslutet kring utskrivning?

- För vilka målgrupper är detta mest kritiskt?
- På vilket sätt får ni kännedom om patientens sociala situation?
- Kommuneras den kunskapen mellan nivåer?
- Dokumenteras denna kunskap någonstans?

Vad gör ni när antalet patienter överskrider era resurser/antal sängplatser?

Återinskrivningar?

- Händer det att patienter skickas tillbaka till VCS från er?
- Vad beror det på i så fall?

Om vi återgår till flödet; Tror du att arbetet på er avdelning ELLER i den ortopediska vårdkedjan skulle kunna förändras på något sätt till det bättre?

- Effektivitetsvinster externt och internt?
- Externa faktorer som påverkar effektiviteten?
- Kan ökad effektivitet och kvalitet gå hand i hand?

Anser du att vården som erbjuds här är jämlik?

- Genus? ålder? etnicitet? Sexualitet?
- Om inte, vad beror detta på?
- Åtgärder/tankar/rekommendationer kring detta?

Om vård och vårdkvalitet?

- Vad innebär god vård och vårdkvalitet för dig?
- Vad tror du att patienterna upplever som god vård?
- Hur tror du att vård på olika instanser (sjukhus/bäddavdelning/boende/i hemmet) påverkar patientens upplevelse kring vårdkvalitén? Föredrar de att vårdas på ett speciellt ställe?

Sammanfatta frågorna

Är det något ytterligare som du tycker inte har kommit fram?

- Avslutande fråga: Vad skulle du/ni ge beslutsfattarna för råd om du fick chans att påverka framtidens hälso- och sjukvård?
- Tack!

Bilaga 2: Verksamhetsnära förbättringsförslag

Vårdkedjan i Finland

1. *“Man skulle bara vilja få bra, relevanta remisser för det tar tid att läsa remisser... där skulle man spara tid att man inte skulle behöva läsa 1000 remisser, att man skulle klara sig med 7-800.”*
2. *“Om man skulle kunna ge direkt operationstid till alla...det är säkert inte omöjligt att förverkliga men det är ju en ganska stor förändring från nuvarande system och har sina krav på hela kedjan.”*
3. *“Så borde man kanske lite mer lyssna på patienten i vissa situationer. Jag vet inte, en sån tanke kanske. För det är ändå så otroligt individuellt, men nu ser man ju på röntgenbilden gradus 4 förslitning och, men att just sen, hur aktiv är människan.”*
4. *“Så då är det ju den här allra tidigaste i den här begynnande artros, att i det skedet kunna få in sådär artrosskola eller artorosinformation, så att de vågar fortsätta träna, belasta, använda. Och kanske att man lär ut ett rätt belastningsmönster...”*
5. *“Man skulle kunna förbereda eftervården litet bättre före operationen. Ibland är det så att man konstaterar att det finns behov, men man lämnar det ändå till efter operationen.”*
6. *“Ja kanske det kunde vara nån sorts automation hos vissa patientgrupper att såna som kommer akut in att det skulle genast vara förvarning till hemkommun att nu kom in en människa över 75 år ensamboende och höftfraktur så det kommer inte att bli hemresa härifrån, så de skulle kunna börja planera att okej att inom två tre dagar så borde vi ha plats för hen på en bäddvdelning”*
7. *“Kanske Vasa centralsjukhus inte känner till oss (hemrehabiliteringen i Närpes stad), dom kanske inte vet hur vi jobbar?”*
8. *“Jag tycker att de här patienterna får alldeles för sent morgonmål (på bäddavdelningen) och att det är för mycket fokus på morgontvätten till exempel en liten sak men också viktig...Jag tycker att man måste tänka att det finns många av de här patienterna som har vaknat kanske redan fem och får en frukost i värsta fall nästan närmare halv nio, det är alldeles för sent...”*
9. *“Men vi har diskuterat många gånger att det skulle vara jättebra att man får resurser för att få lite oftare, som det vi pratade om, att många av dem är ensamma, och de har inte så jättemycket att göra på dagarna. Att det finns något som alla seniorer kan komma och umgås till exempel, på dagarna, som dagis för seniorer. Så att de kan träffas och umgås och ha olika aktiviteter på dagarna. Det skulle underlätta mycket och hjälpa till att de bor i hemmet lite längre...de har ju hemhjälp på morgonen som hjälper med morgonsysslor, och sen far de iväg till exempel på en dagsaktivitet, så är dagen räddad. Kommer de hem till natten så sover de bra på nätterna, så det spelar absolut ingen roll om de bor hemma eller på ett annat ställe, tycker jag. Ofta är det ju det där sociala som de söker, de vill inte vara ensamma och sådär.”*
10. *“Ja jag tycker ju också att det känns obehagligt för vår del (på ett boende) när vi skickar någon till Vasa och så plötsligt kan anhöriga komma in att jag måste hämta nå glasögon, hon är ju på bädden, hon kom ju till bädden igår. Det är ju vår klient och hur har det gått nu riktigt. Samtidigt har vi väl inte ens rätt att kräva det. Men där skulle jag vilja på något vis veta, ha koll. Ibland så kan jag också tycka att varför för de till bädden då...och så ligger de där en dag eller två.”*

11. *"Vi skulle kanske vilja ha bättre nog koll på att de faktiskt, de som ska, har en planerad operation, sådär som kanske överraskas över är att då de kommer efter operation är att de inte har haft fysioterapi överhuvudtaget. Jo, jag tänker att om de kommer till oss efter en planerad operation, så tänker man att den här borde jag ju kanske ha hört om före. Att det finns ingen fysjournal. Och tänker man att det är lite märkligt, om man har haft problem med sitt knä i 10 år, och att inte det finns en fysjournal."*
12. *"Ja, nå det som jag vet att är lite på gång på sjukhuset är väl att förnya informationspaketet. Och det tänker jag att det skulle kanske vara viktigt att vi skulle ha, för jag har inte, jag tror i alla fall inte att jag har samma informationspaket som patienten får. Så att jag skulle veta precis vilken information har de fått på sjukhuset Så ett helt paket. Det skulle vara bra. Så att då vet man är det i det här paketet så vet jag också att jag har fått allt, för frågat jag av patienten har dom sagt nånting om det här och det här så kan jag inte vara säker. Skulle allting vara inom samma pärmar så vet jag att det var det här. Ingenting är nån annanstans."*

Vårdkedjan i Sverige

Specialistvården i Sverige

1. *"Men det är klart de här veckovårdsavdelningen som vi hade 12 platser på för några år sedan. Det var ju en oerhörd fantastisk lösning därför att de patienterna gick ju alla hem innan veckan var slut. Och det gjorde ju då att det fanns ju ett bredare dragspel för oss att hantera."*
2. *"Men dom måste ju skrivas in i prator på en gång (från lasarettet?) Mm, för det kan ju inte jag göra, jag kan leta reda på dom och skicka ett extrameddelande men jag är inte helt hundra på vart det hamnar för jag vet ju inte vilken avdelning om det är så att dom har åkt in så är det inte alltid säkert att jag vet vars dom hamnar då måste jag söka reda på det först innan jag kan lägga in dom för jag ska ju skicka de till nån så att det bästa är ju att det funkar att dom lägger in dom ganska snabbt på en gång"*
3. *"så att många som sagt blir ju inskrivna dagen innan, ehm, och det har vi väl dividerat och jag tycker att det är ganska mycket dubbelarbete som blir gjort som skulle kunna göras annorlunda helt enkelt"*
4. *"men proteserna skulle kunna göra likadant, att dom träffar narkos, gör allting färdigt, varför ska dom då träffa narkosen igen när dom kommer på inskrivningen. Varför kan dom inte ta prover på distriktet innan, varför kan inte dom ta pro.. ekg på distriktet och lämna ett urinprov. För det är ju ändå distriktet som har remitterat dom.. eller patienten själv har sökt sig till oss för att, åter igen, dom kan ju inte få den vården på sin hemort, då måste dom söka sig till specialistverksamhet. Men det som kan göras och förberedas på hemorten där patienten bor skulle ju underlätta otroligt mycket. Det skulle ta mindre resurser av oss, mindre resande för patienterna, eh, sedan kanske man måste bygga upp ett system, ja, men där finns det mycket att förbättra. Men där har vi kämpat i lite motvind gentemot.. ja. Så det är lite synd, men där skulle man kunna förbättra, liksom, och spara resurser och tid, så"*
5. *Tidpunkt för transport hem: "det blir ju väldigt stressigt när dom skickar dom sent för dom kommer ju hit alltså det är ju inte alltid vi ens är kvar i tjänst, jag skulle ju önska att bestämmer man på rondan att den här ska åka hem att den får åka tidigt nästa morgon jag förstår att det blir en extra natt men för oss skulle vara enormt mycket värt att få dom hem dom på förmiddagen istället för sent på eftermiddagen och det gäller oavsett om det är boende eller i hemmet eller för att då har man så mycket större möjligheter att ta emot dom på ett bra sätt."*

6. *"I dom bästa av världar hade vi till exempel ett hospis i inlandet som vi kunde nyttja, där våra palliativa patienter, för vi har ganska mycket svårt sjuka som är både i tidiga palliativt skede men även i sent palliativt skede, som man skulle önska fick vara liksom närmare nära och kära men slippa vara på sjukhus."*

Primärvården i Sverige

1. *"Det vore bra om specialistläkare reste ut till sjukstugorna med jämna mellanrum och träffar patienter med det behovet. Man kunde samla kanske 30 patienter på en dag som fick träffa specialist. Det finns utrustning ståendes på våra sjukstugor som ingen använder eftersom kompetensen inte finns. Det skulle även vara bra för miljön att en läkare reser istället för att 30 patienter ska resa till specialistsjukshuset."*
2. *"Röntgen skulle jag vilja att vi oftare kunde använda röntgenmaskinerna. Den står ju här då ska vi väl ha personal som kan använda den också va, istället för att behöva skicka folk"*
3. *"Jag tror det här med upplägget, det kanske man kan tänka på flödet. Att man har en sköterska som både har akuta och kommun. Ibland tänker jag det vore bättre om man hade en sköterska för bara kommun och en sköterska för bara akuta, som då har koll på alla kommunpatienter för att ibland, jag personligen, känner att jag glömmer bort dem lite grann. Eller jag har inte möjlighet att ha koll på åtta patienter. Alltså det är allt från medicindelning till fixa recept, omläggningar, det är så mycket på kommunpatienterna. Jag tror det glöms bort att de också är svårt sjuka och ibland är på gränsen till att egentligen vara akutpatient. Och jag tänker ibland på flödet vore det bättre om man hade en sköterska som har alla kommunpatienter och en som bara har akuta."*
4. *"Och egentligen är det så att jag har två rum som jag är ansvarig för, men jag upplever ... Alltså undersköterskorna jobbar mer efter det, men som sjuksköterska, då upplever jag inte alls att jag bara ska ha koll på mina, utan det är som alla. Finns det då sätt att dela, då delar man för alla. Men det kanske vore någonting att ta upp, att vi håller oss mer till våra."*
5. *"Jag tror, vi har nyss pratat om det där uppe också, att jag tror det skulle hjälpa mycket om de skulle möblera om här nere lite grann. Att kanske mottagningssköterskorna tar någon kväll. Om en skulle jobba 12 till 20 till exempel," " Men att de möblerar om, att kanske någon sköterska börjar 12 till 8, då kan de boka in hela mottagningen och jobba bort det. Det kan jag tycka, det vore jättebra för patientflödet också. Det tycker jag. Det ses inte riktigt som helhet, alltså avdelningen och mottagningen. Det är lite svårt tycker jag."*
6. *Eftermiddagsrond: " Vi har länge önskat att ha en, i alla fall en halvtimme eller någonting på eftermiddagen också kanske, kanske klockan tre eller någonting va. För då har det kommit. (då har dom kommit dom som skulle skrivas in?). Ja precis. Så dom har kommit och sedan har man kanske fattat ett beslut, "men vi ska prova att göra det här och det här nu", och det är klart att när det är gjort så vill väl sköterskan få rapportera... Så jag skulle väl efterlysa en eftermiddagsrond på trettio till sextio minuter och det har vi ju vart..."*
7. *"att doktorn får förberedelse tid för rondan varje morgon, och framför allt när man har varit borta i två veckor och ska ta över en avdelning med åtta okända patienter."*
8. *Sattelitpatienter på sjukstugorna: " Och jag kan också tänka mig att specialistklinikerna skulle kunna ha satellitpatienter inlagda på vår vårdavdelning som dom själva så att säga rondar på distans gentemot vårdpersonal, eh, vi har ju inga problem med.. eller det skulle inte vara något större tekniskt problem att göra det, eh, och det skulle nog bidra till att, eh, men det är samtidigt så det bygger ju ändå på att vi är på något sätt involverade i det*

Kommunal vård och omsorg/hälso- och sjukvård i Sverige

1. *"Eh, det är det, men det får jag ju säga, alltså jag saknar ju det här gamla sättet att jobba på innan det blev den här hemsjukvårdssvängen, när man.. för då kunde man jobba.. alltså det var idealet alltså. Man jobbade med patienten på AVA, man förberedde hemgången, man gjorde uppföljande hembesök hemma, eh, alltså, och träffade patienten hela vägen alltså, det tycker jag är lite... snäppet bättre"*
2. *"Patienten kanske skulle få tryggare boende i hemmet. Jag vet inte, de kanske skulle kunna utföra träning bättre. Större förståelse för patienten. Vi hade, alltså, när vi hade ... kommun och landsting hade samverkan, när vi var team som jobbade runt patienterna. När det fungerade så var det väldigt bra. Och då hade de en ... hemtjänsten hade de det så att de som tyckte det var roligt och intressant och var intresserade av träning, de gjorde träningen. Och de som tyckte att det var jobbigt och hellre städade, då gjorde de städningen. Så delade man upp det där. Och då blev då de som var intresserade ... är man intresserad av någonting, då gör man, utför man det bättre också. Då fick de som kunde träna. Och de som inte kunde ..."*
3. *Kommunpatienterna på sjukstugan har inte ronder, inte alls ronder. Det tas bara upp löpande allt eftersom och ja, och det är illa för att då sitter en doktor som.. då har man rondat klart och "du, jag har en kommunpatient på avdelningen", "jaha vad då", ja så får du ett namn och ett personnummer...och det hade ju varit lite trevligt tycker jag om man hade en veckorond, att ja men nu har vi veckans kommunrond och så att jag har en lista. Att jag får en lista, inte att jag ska behöva "ursäkta kan jag få en lista på kommunpatienterna också?". Utan jag får listan "Dom här finns", så kan man snabbt tvärkika om det är något innan. Jag tror att det skulle öka lite patientsäkerheten i alla fall.*

Kontaktuppgifter

Susanna Hemming

Projektplanerare

Kust-Österbottens samkommun för social-
och primärvård (K5)

susanna.hemming@kfem.fi
(fr.o.m 1.1.2021 info@kfem.fi)

Tel. +358405672072

Lina Ärlebrant

Forskningssjuksköterska

Glesbygdsmedicinskt centrum,
Region Västerbotten

lina.arlebrant@regionvasterbotten.se

Tel. +4676-367 01 65