

# Vårdtyngdsmätning i basal hemsjukvård

Centrum för allmänmedicin  
Center for Family and  
Community Medicine

**Personalens bedömning**  
**för nivåbestämning av patienter**  
**enligt en befintlig manual**  
**samt erfarenheter av denna**

FÖRFATTARE

**MARIA ENDERIN**  
DISTRIKTSSKÖTERSKA  
VÅRDUTVECKLINGSLEDARE  
HEMSJUKVÅRD

**SONJA MODIN**  
DISTRIKTSLÄKARE, MED DR  
VÅRDUTVECKLINGSLEDARE  
HEMSJUKVÅRD INRIKTNING UNDERNÄRING

**LENA TÖRNKVIST**  
DISTRIKTSSKÖTERSKA, MED DR  
CHEF CeFAM FORTBILDNING

CENTRUM FÖR ALLMÄNMEDICIN

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	3
<b>Introduktion</b> .....	6
<b>Syfte</b> .....	7
<b>Metod</b> .....	8
Studiedesign .....	8
Förutsättningar .....	8
Den basala hemsjukvården i Stockholm .....	8
Distriktssköterskan .....	9
Distriktsläkaren .....	9
Manual för bedömning av vårdtyngd inom basal hemsjukvården .....	10
Urval och datainsamling .....	10
Analysmetod .....	11
Dataanalys .....	11
Etik .....	11
<b>Resultat</b> .....	12
Distriktssköterskors och distriktsläkares bedömning av vårdtyngdsnivåer i basal hemsjukvård .....	12
Kännetecknande för vårdtyngdsnivå 1 .....	12
Kännetecknande för vårdtyngdsnivå 2a .....	17
Kännetecknande för vårdtyngdsnivå 2b .....	21
Uppgifter som återkom på alla nivåer .....	25
Distriktssköterskors och distriktsläkares erfarenheter av vårdtyngdsmanualen .....	25
Positiva och negativa erfarenheter och synpunkter angående manualen .....	25
<b>Diskussion</b> .....	27
<b>Referenser</b> .....	30
<b>Bilaga 1. Manual som hjälp vid bedömning av vårdtyngd inom den basala hemsjukvården i Stockholm</b> .....	32

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Ändrad ålderssammansättning, minskad vårdtid inom slutenvården och minskad andel som bor i särskilt boende i kombination med möjligheter till behandling vid fler åkommor och allt högre upp i åldrarna har lett till ökat behov av basal hemsjukvård. Det finns gränser för hur mycket vård en enskild vårdgivare klarar av att hantera med acceptabel kvalitet och det är viktigt att behov och förändringar i vården kontinuerligt följs upp för att resurser skall vara rätt dimensionerade. En alltför stor vårdtyngd kan leda till att vårdgivare tvingas minska vårdens kvalitet och att sjukhusinläggningar ökar. Det är angeläget att veta vårdtyngden så att resurser kan anpassas, vårdkvalitet i hemsjukvården kan hålla acceptabel kvalitet och onödiga sjukhusinläggningar undvikas. Utifrån en modell för klassificering av vårdtyngd i hemsjukvården som togs fram i början av 1990-talet, utvecklade distriktsläkare Eva Blom en manual som stöd för bedömningen av vårdtyngd inom den basala hemsjukvården i Stockholm. Vårdtyngdsbedömningen var trots manualen svår att göra och resultatet kunde variera beroende på vem som gjorde värderingen. Därför efterlystes en modell för vårdtyngdsmätning framtagen på vetenskaplig basis. Modellen skulle göra det enkelt att göra bedömningen och ge ett likvärdigt resultat oavsett vem som gjorde denna. Inför utvecklingen av en sådan modell för vårdtyngdsmätning upplevdes det angeläget att studera och beskriva det pågående arbetet med nivåbestämning av patienternas vårdtyngd som personalen gjorde med ledning av den befintliga manualen och vilka erfarenheter de hade av detta arbete.

**Syfte:** Syftet med föreliggande studie var att analysera och beskriva distriktssköterskors och distriktsläkares bedömning av vårdtyngdsnivåer i basal hemsjukvård enligt en befintlig vårdtyngdsmanual samt att inhämta deras erfarenheter av att tillämpa denna manual.

**Urval och metod:** Utifrån de 31 vårdcentralerna i Stockholms län som använde den befintliga vårdtyngdsmanualen vid studiens genomförande 2005-2006 lottades 6 ut till att ingå i studien. På dessa vårdcentraler intervjuades sammantaget 6 distriktssköterskor om 35 patientfall och 3 distriktsläkare om 18 av dessa 35. Patientfallen fördelade sig på tre olika vårdtyngdsnivåer. Datamaterialet organiserades och kategoriserades enligt metoden innehållsanalys (content analysis).

**Resultat:** Resultatet av analysen av personalens bedömning enligt den befintliga vårdtyngdsmanualen visade på tre väl avgränsade vårdtyngdsnivåer. Enligt distriktssköterskorna gällde skillnaderna mellan vårdtyngdsnivåerna främst att patienterna hade allt mer komplicerade och omfattande vårdbehov ju högre vårdtyngdsnivå de bedömdes ha. De behövde allt oftare besök och ibland även längre besök. I nivå 2b kunde två distriktssköterskor krävas för att utföra insatserna i hemmet. Behovet av bedömningar, observationer, samordnande insatser och stödinsatserna ökade också med vårdtyngdsnivå. Likaså stöd till anhöriga och personal inom hemtjänst. Enligt distriktssköterskorna hade patienterna i nivå 1 huvudsakligen okomplicerade och stabila medicinska tillstånd, få diagnoser samt gjorde få läkarbesök medan de medicinska tillstånden blev alltmer instabila och komplicerade i de högre nivåerna. Distriktssköterskorna behövde också alltmer konsultera distriktsläkare.

Enligt husläkarna gällde skillnaden mellan vårdtyngdsnivåerna att patienterna i den lägsta nivån oftast själva kontaktade distriktsläkaren vid behov. På nästa nivå (2a) hade

distriktsläkaren både direktkontakt med patienten genom mottagningsbesök men också indirekt via distriktssköterskan. I den högsta vårdtyngdsnivån (2b) hade distriktsläkaren ofta tät kontakt med både patient och distriktssköterska. I de två översta vårdtyngdsnivåerna var inläggning på sjukhus ibland nödvändig.

Beskrivningen av patienterna i de olika vårdtyngdsnivåerna förklarar de ökade vårdbehoven vid stigande vårdtyngdsnivå. Svårighet och komplikationsgrad ökade när det gällde omvårdnadsproblem och behov hos patienten. De medicinska tillstånden blev alltmer komplicerade, allt mer instabila/akuta samtidigt som antal diagnoser/multisjukligheten ökade. Medan man i de lägre vårdtyngdsnivåerna bedömde att det oftast fanns en stabil hemsituation och ett fungerande socialt nätverk bedömde man att patienterna i de högsta nivåerna ofta bodde ensamma, ibland hade en hemsituation som fungerade ganska dåligt eller inte alls, hade ett sviktande socialt nätverk och stort behov av hemtjänst/personliga assistenter.

Resultatet kan ligga till grund för utveckling av en tydligare manual alternativt prövas som manual i sin nuvarande form. Ungefärliga angivelser för direkt och indirekt tid samt frekvens av besök bör då kompletteras varje nivå. Eftersom föreliggande studie hade en kvalitativ ansats och urvalet anpassades efter detta har sådana aspekter enbart analyserats utifrån beskrivningar av erfarenheter. Se nedan sammanfattande beskrivningar av respektive vårdtyngdsnivå. För exempel på problem och åtgärder inom varje nivå se den utförligare resultatbeskrivningen.

### **Distriktssköterskors och distriktsläkares bedömning av vårdtyngdsnivåer i basal hemsjukvård**

#### **Vårdtyngdsnivå 1:**

##### *Distriktssköterskornas beskrivning av patientgruppen och vårdbehoven*

Patienterna hade huvudsakligen okomplicerade och stabila medicinska tillstånd, få diagnoser samt gjorde få läkarbesök. Det sociala nätverket var vanligen bra. Patienterna hade få och mindre komplicerade vårdbehov. De behövde enbart ett fåtal bedömningar samt relativt lite hjälp och stödinsatser från hälso- och sjukvården. Exempel på omvårdnadshandlingar var bedömningar om hur allt fungerade hemma, hur säker läkemedelsanvändningen var, omläggningar, injektioner, kontroller och provtagningar. Vidare samordnade distriktssköterskan insatser och tog olika kontakter t ex med hemtjänst, eventuell läkare på sjukhus och eller på vårdcentral. Tidsåtgången för hembesöken var cirka 10-20 minuter men även upp till 40 minuter. Undantaget var ofta första gången som krävde mer omfattande bedömning och insatser av distriktssköterskan

##### *Distriktsläkarnas beskrivning av patientgruppen och vårdbehoven.*

Patienterna hade huvudsakligen okomplicerade och stabila medicinska tillstånd. De hade vanligen en stabil hemsituation och klarade sig relativt bra i hemmet. Patienterna kontaktade oftast själva distriktsläkaren men kontakt kunde även ske via distriktssköterskan. Exempel på vårdbehov som distriktsläkaren kom i kontakt med gällde begynnande demens, infektioner, svårigheter att äta, inkontinens, vattenkastningsbesvär, högt blodtryck, smärta. Tidsåtgång för eventuella hembesök som gjordes var ca 15 minuter exklusive restid, det kunde t ex röra sig om mindre infektioner eller att distriktssköterskan hade olika frågeställningar och önskade en läkarbedömning

**Vårdtyngdsnivå 2a:***Distriktssköterskornas beskrivning av patientgruppen och vårdbehoven*

Patienterna hade huvudsakligen ganska komplicerade och ibland även instabila medicinska tillstånd samt flera diagnoser. De var i behov av allt fler läkarbesök och oftast träffade de flera olika specialister. Det sociala nätverket var relativt bra men kunde också visa tendens till svikt. Patienterna hade ganska komplicerade vårdbehov och behövde ganska mycket bedömningar och stödinsatser från hälso- och sjukvården i samband med varje kontakt bl a på grund av mycket oro och instabila tillstånd. Både anhöriga och personal inom hemtjänst behövde alltmer stöd. Många patienter behövde insatser med läkemedelsanvändningen, med injektioner, provtagningar, spolning, byten och underhåll av katetrar, pegsond och eller med förskrivning av inkontinenshjälpmedel och decubitusmadrass. Behovet av samordnande insatser av distriktssköterskan ökade alltmer. Distriktssköterskorna hade vanligen regelbunden kontakt med patienterna 1-2 gånger/dag men variation förekom. Tidsåtgång för hembesök var mellan 10-25 minuter exklusive restid men ibland upptill 90 minuter.

*Distriktsläkarnas beskrivning av patientgruppen och vårdbehoven*

Patienterna var ofta psykiskt stabila men medicinskt ganska instabila. De hade vanligen flera diagnoser. Kontakten var både direkt genom t ex att patienten kom till mottagningen och indirekt dvs. via distriktssköterskan. Patienterna var periodvis i behov av sjukhusvård. Exempel på vårdbehov som distriktsläkaren kom i kontakt med gällde balanssvårigheter, instabilt blodsocker, glömska, förlamning, nutritionsproblem, magsår, katetrar som ibland gav stora besvär. Många hade Waranbehandling.

**Vårdtyngdsnivå 2b:***Distriktssköterskornas beskrivning av patientgruppen och vårdbehoven*

Patienterna hade många diagnoser samt huvudsakligen allvarliga och instabila medicinska tillstånd. De hade också mycket kontakt med läkare både direkt och indirekt dvs. via distriktssköterskan. De flesta bodde ensamma, hade ett allt sviktande kontaktnät samt mycket hjälp av hemtjänst eller personlig assistent. Vardagen hemma fungerade ibland ganska dåligt eller inte alls. Patienterna hade komplicerade vårdbehov. Det krävdes ständigt bedömningar av olika situationer och tillstånd samt hjälp och stödinsatser från hälso- och sjukvården i samband med varje kontakt. Därtill krävdes alltmer frekvent observation av patientens hälsotillstånd, mycket samordnande insatser samt alltmer stöd till anhöriga och personal inom hemtjänst. Exempel på omvårdnadshandlingar var samtal och stöd, komplicerade såromläggningar, insatser med läkemedelsanvändningen, med injektioner, insulin, provtagningar, spolning och byten av katetrar, subcutan venport, underhåll och byte av pegsond, brickerstomi och ileostomi samt med förskrivning av inkontinenshjälpmedel och decubitusmadrasser. Distriktssköterskan träffade patienten 1 - 7 gånger per vecka. Tidsåtgången för hembesök var mellan 10-30 minuter exklusive restid, men ibland även upptill 2 timmar. Ibland krävdes två distriktssköterskors insatser på hembesöket.

*Distriktsläkarnas beskrivning av patientgruppen och vårdbehoven*

Patienterna var huvudsakligen multisjuka med svåra och akuta diagnoser. Det medicinska tillståndet var ganska till mycket instabilt. Det kunde snabbt bli förändringar i patientens allmäntillstånd. Inläggning på sjukhus var ibland nödvändigt. Distriktsläkaren hade tät kontakt med både patient och distriktssköterska. Exempel på vårdbehov som distriktsläkarna mötte var förvirringstillstånd, problem från urinvägar, komplicerade sår, infektioner.

**Distriktssköterskors och distriktsläkares erfarenhet av vårdtyngdsmanualen**

Distriktssköterskorna och distriktsläkarna ansåg att användandet av manualen gav dem kunskap om antalet in- och utskrivna patienter i respektive vårdtyngdsnivå, om hur vårdtungt ett område var samt om någon blev sämre. Negativa aspekter gällde bl a att manualen var svår att följa och att den inte bidrog till att fördela personalresurser

## Introduktion

Det finns gränser för hur mycket vård en enskild vårdgivare klarar av att hantera med acceptabel kvalitet och det är viktigt att behov och förändringar i vården kontinuerligt följs upp för att resurser skall vara rätt dimensionerade (Sargent et al 2008). Alltför stor vårdtyngd kan bli leda till att de enskilda vårdgivarna tvingas minska vårdens kvalitet samt till ökade sjukhusinläggning (Sargent et al 2008).

När det gäller vårdformen basal hemsjukvård i primärvård har förutsättningarna för personalen ändrats markant under senare år (Wimo et al 1999, Socialstyrelsen 2004a, Socialstyrelsen 2008). Bidragande faktorer är att allt fler äldre bor kvar i egen bostad, att andelen som bor i särskilt boende minskar (Socialstyrelsen 2004b), att kommunen avvecklat äldreboenden, att vårdtider inom slutenvården minskat samt att allt mer avancerad vård bedrivs i patientens hem (Socialstyrelsen 2004a, Socialstyrelsen 2008). Sammantaget ger detta en ökad belastning på den basala hemsjukvården.

I Stockholms län har samtidigt antalet distriktssköterskor i primärvården minskat och många sjuksköterskor utan specialistutbildning till distriktssköterska har tillsatts på distriktsskötersketjänsterna (Falk et al 2006). Både resurser och kompetens har således minskat inom den yrkesgrupp som ansvarar för större delen av vården i den basala hemsjukvården. Dessutom har antalet undersköterskor i hemsjukvården minskat vilket minskar resurserna ytterligare. Det finns även en brist på distriktsläkare och i vissa områden i Stockholms län upprätthålls en del av distriktsläkartjänsterna av vikarier utan specialistkompetens.

En fråga som väcks mot bakgrund av dessa omständigheter är vilka personalresurser som behövs i hemsjukvården för att upprätthålla tillräckligt god kvalitet och undvika onödiga sjukhusinläggningar. Framför allt med fokus på det basala teamet i hemsjukvården, distriktssköterskan och distriktsläkaren. En annan fråga är hur patientens vårdbehov/vårdtyngd påverkar vilka resurser som behövs. I vissa fall kan en person utan problem vårda 35 patienter i hemsjukvården, i andra fall kan en person ha svårigheter att klara av att vårda 15 patienter med acceptabel vårdkvalitet. För att få svar på dessa frågor behövs en bedömning av hur vårdtyngd/vårdbehov ser ut i förhållande till resursbehov (Sargent et al 2008). För att göra denna typ av bedömningar krävs instrument för datainsamling som är enkla att rutinmässigt hantera i den vardagliga verksamheten. Sådana bedömningar kan möjliggöra planering och fördelning av befintliga resurser i hemsjukvården och att insatser kan optimeras. Det kan också tydliggöra hur vårdbehoven i hemsjukvården ser ut och därigenom visa på vilka resurser som krävs för att kunna erbjuda hemsjukvård av acceptabel kvalitet samt förhindra onödiga sjukhusinläggningar.

Vårdbehov och vårdtyngd kan ses som två sidor av samma sak. Skillnaden är emellertid att vårdtyngden är vårdarens och vårdbehovet är patientens värdering av vilken vård som behövs. Båda är mätbara och innehåller angelägna subjektiva upplevelser, som bara den enskilda vårdaren eller patienten kan avgöra eller skatta. Under de senaste 15-20 åren har det utvecklats en hel del klassificeringsinstrument för bedömning av vårdtyngd alternativt vårdbehov exempelvis Zebra (Levenstam et al 1993, 2002), RAI/RUG Resource Utilization Groups och

hemsjukvård t ex CHIRS Community Health Intensity Rating Scale, HCFA Health Care Financing Administration, VNA-LA/USC home health patient classification system (Churness et al 1988, Churness et al 1991, Wimo et al 1999, Hays et al 1999, Jirovec et al 1996). De är emellertid inte applicerbara i den svenska primärvårdens basala hemsjukvård. Flera instrument är för komplicerade för att kunna användas i det dagliga arbetet. Några är framtagna i andra länder och inte användbara i den basala hemsjukvården eftersom distriktssköterskans och distriktsläkarens funktion och arbetssätt skiljer sig från arbetssätten i dessa länder. Några mäter en persons hela behov av hjälp vilket inkluderar uppgifter om både sjukvård och social omsorg och därför inte användbart för att mäta behovet av hemsjukvården. Ett vårdtyngdsinstrument som skall kunna användas och accepteras av personalen i primärvården och dessutom utgöra grund för resursfördelningen, inklusive ersättning för hemsjukvårdsuppdraget, måste växa fram i den svenska hemsjukvårdens kontext. Vidare är det viktigt att ett sådant vårdtyngdsinstrument tar hänsyn till patientens samlade vårdtyngd i hemsjukvården dvs. både medicinsk, omvårdnadsmässig och rehabiliteringsmässig vårdtyngd. Denna kombination är mycket ovanlig i befintliga klassifikationssystem.

I början av 1990-talet tog Svensk förening för allmänmedicin fram modell för klassificering av vårdtyngd i hemsjukvården. I den delades patienterna in i fyra olika vårdtyngdsklasser varav den översta avsåg patienter med behov av avancerad hemsjukvård (Socialstyrelsen – Sjukvården i Sverige 1998, kapitel Hemsjukvård – s 248-254). Med utgångspunkt i denna modell utvecklade distriktsläkare Eva Blom en manual som hjälp vid bedömning av vårdtyngd för den enskilda patienten inom basala hemsjukvården i Stockholm. Manualen utvecklades utifrån resultatet av gruppdiskussioner kring vårdtyngd i olika konkreta vårdsituationer där 10 distriktssköterskor verksamma i södra Stockholm deltog. Manualen som består av de fyra vårdtyngdsnivåer har använts vid 31 vårdcentraler i Stockholm.

Under en tid utgjorde personalens månatliga vårdtyngdsbedömning av patienterna enligt manualen underlag för vårdcentralernas ersättning för hemsjukvården. Vårdtyngdsbedömningen var trots manualen svår att göra och resultatet kunde variera beroende på vem som gjorde värderingen. Därför efterlystes en modell för vårdtyngdsmätning framtagen på vetenskaplig basis. Modellen skulle göra det enkelt att göra bedömningen och ge ett likvärdigt resultat oavsett vem som gjorde denna. Inför utvecklingen av en sådan modell för vårdtyngdsmätning upplevdes det angeläget att studera och beskriva det pågående arbetet med nivåbestämning av patienternas vårdtyngd som personalen gjorde med ledning av den befintliga manualen samt vilka erfarenheter de hade av detta arbete. Resultatet bedömdes kunna vara ett viktigt underlag för utveckling av en ny modell för vårdtyngdsmätning.

## Syfte

Syftet med föreliggande studie var att analysera och beskriva distriktssköterskors och distriktsläkares bedömning av vårdtyngdsnivåer i basal hemsjukvård enligt en befintlig vårdtyngdsmanual samt att inhämta deras erfarenheter av att tillämpa denna manual.



## **Metod**

### ***Studiedesign***

Data om vårdtyngdsbedömningar av patientfallen samlades in genom semistrukturerade intervjuer med distriktsläkare och distriktssköterskor i Stockholm. Patienterna hade basal hemsjukvård och personalen gjorde vårdtyngdsbedömningar i den löpande verksamheten enligt den befintliga manualen för klassificering av vårdtyngd. Datamaterialet organiserades och kategoriserades enligt metoden innehållsanalys (content analysis).

### ***Förutsättningar***

#### **Den basala hemsjukvården i Stockholm**

Den basala hemsjukvården i Stockholm omfattar hälso- och sjukvård som ges i patientens hem och som inte kräver slutenvård eller avancerad palliativ hemsjukvård. Patienten ska på grund av medicinska skäl eller funktionshinder ha behov av hälso- och sjukvårdsinsatser som är varaktiga vilket innebär minst 14 dagar samt omfattar minst två insatser i hemmet per månad. Enligt den nuvarande uppdragsguiden, Stockholms läns landsting, ska husläkarverksamheten bl a:

- säkerställa att det för samtliga hemsjukvårdspatienter framgår vem som är ansvarig distriktssköterska och läkare och att distriktssköterskan tar ansvar för att, i samverkan med andra yrkeskategorier, samordna insatser för att tillgodose patientens totala vårdbehov.
- aktivt bidra till samverkan för patienter som har behov av vård och omsorg från flera vårdgivare och huvudmän.
- säkerställa att vårdkedjan, ur patient- och närståendes perspektiv, är så sammanhängande som möjligt.
- organisera sin verksamhet så att behov av hälso- och sjukvård hos äldre patienter med stora och sammansatta vårdbehov, kroniskt sjuka samt personer med funktionshinder särskilt kan tillgodoses.

Verksamheten ansvarar för att besök görs till patienter inskrivna i den basala hemsjukvården minst mellan klockan 8-17 alla dagar året om. Hemsjukvårdspatienter ska få information om telefonnummer där en direktkontakt med hälso- och sjukvårdspersonal är möjlig dygnets alla tider. Verksamheten svarar också för att utföra akuta hembesök efter medicinsk bedömning utanför kontorstid. Omvårdnadsinsatserna kvällar och nätter utförs av dem som Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSNf) upphandlar. För dessa insatser gäller som övergripande mål att insatser från distriktssköterska ska möjliggöra att patienter med sjukvårdsbehov som under dagtid tillgodoses av husläkarverksamhet kan vårdas hemma även kvällar och nätter. Verksamheten skall upprätthålla en hög tillgänglighet både för planerat och omedelbart medicinskt omhändertagande. Den ska också präglas av helhetssyn, patientsäkerhet och kontinuitet och anpassas till patientens enskilda förutsättningar.



## **Distriktssköterskan**

Utbildning till specialistsjuksköterska med inriktning mot distriktssköterska är en akademisk yrkesutbildning som leder fram till specialistsjuksköterskeexamen. Programmet omfattar 75 högskolepoäng. Distriktssköterskans specialistkompetens omfattar ett holistiskt förhållningssätt inkluderat den miljö individen lever i, möta och vårda människor i alla åldrar och utvecklingsstadier, skapa relationer som stödjer patientens autonomi, integritet och delaktighet, möta individen och dennes familj med närvaro, lyhördhet, ärlighet och bekräftelse, stödja patientens delaktighet i vården och egenvårdsförmåga, ständigt utvärdera sin egen verksamhet, söka, kritiskt granska och använda relevant kunskap och forskningsresultat, påverka människors närmiljö. Distriktssköterskans kompetens innefattar även ansvar för att leda, planera och utveckla omvårdnadsarbetet samt att samarbeta med andra yrkesgrupper, organisationer och myndigheter. Utifrån fördjupade kunskaper och förståelse har distriktssköterskan förmåga att: arbeta professionellt och i team, leda omvårdnadsarbetet (Svensk sjuksköterskeförening – SSF, 2008).

## **Distriktsläkaren**

Flertalet av de läkare som är fast anställda inom primärvården är specialister i allmänmedicin och minst en läkare på vårdcentralen måste vara specialist i allmänmedicin. Efter legitimation har dessa specialister genomgått en minst fem år lång vidareutbildning i syfte att uppnå specialitetens kompetensdefinition. I den övergripande kompetensdefinitionen beskrivs denna kompetens som:

Allmänmedicin är en medicinsk specialitet som har sin tyngdpunkt i mötet med patienten. Specialiteten innefattar kompetensen att möta människor i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem samt att självständigt bedöma och behandla dessa, också de upplevelser och besvär som inte orsakas av definierbar sjukdom. I det allmänmedicinska specialistarbetet ska man också under lång tid kunna följa en individs olika hälsoproblem och i bedömningen av dessa kunna väga in personens hela livssituation (Svensk förening för allmänmedicin SFAM – 2008)

## Manual för bedömning av vårdtyngd inom basal hemsjukvården

Personalen som intervjuades använde sig av en vårdtyngdsmanual för nivåindelning av patienterna i den basala hemsjukvården (se bilaga 1). Denna är framtagen på utvecklingsbasis och beskriver exempel på olika problem, behov och åtgärder inom varje nivå (1, 2a, 2b, 3) samt en övergripande text i faktarutan nedan..

### Övergripande beskrivning av nivåerna i vårdtyngdsmanualen som användes

**Nivå 1:** ”Vid nivå 1 ansvarar distriktssköterskan för insatser med hjälp av undersköterskan. Stöd av läkare kan behövas. Årliga läkarkontroller oftast på vårdcentralen”.

**Nivå 2a:** ”Vid nivå 2a krävs distriktssköterskeinsatser regelbundet och i större utsträckning. Läkarsatser krävs 1-2 ggr per år. Dessa patienter behöver mer sällan akuta läkarinsatser i hemmet”.

**Nivå 2b:** ”Vid nivå 2b krävs täta och regelbundna distriktssköterskeinsatser. Läkarkontakter och läkarkontroller flera gånger per år. Dessa patienter kräver ofta akuta läkarinsatser i hemmet”.

**Nivå 3:** ”Vid nivå 3 krävs regelbundet både distriktssköterske- och läkarkontakter, ofta flera gånger per dygn. Jourberedskap och omedelbar telefontillgänglighet krävs liksom kunskaper om avancerade behandlingsmetoder i hemmiljö. Förutom denna hemsjukvård skulle patienten behöva sjukhusvård. Primärvårdens och stadens hemsjukvård klarar enligt definition endast enstaka nivå 3 patienter och bara under kort tid. Huvudsakligen vårdas dessa patienter inom SAH (sjukhusansluten hemsjukvård)”.

## Urval och datainsamling

I Stockholms län använde 31 vårdcentraler vid tiden för studien (2005-2006) ovan beskrivna vårdtyngdsmanual. Via lottning valdes sex av dessa ut för att ingå i studien.

Verksamhetschefer informerades skriftligt om studien och om möjligheten att tacka nej till att delta. Därefter informerades samtliga distriktssköterskor och distriktsläkare skriftligt på de sex vårdcentralerna. Distriktssköterskorna på respektive vårdcentral informerades även muntligt och ombads att utse en distriktssköterska som hade minst ett års erfarenhet av basal hemsjukvård och som var villig att ingå i studien och att intervjuas av projektledaren (ME). Sammanlagt intervjuades sex distriktssköterskor om 35 patienter i den basala hemsjukvården. Urvalet av patienter skedde genom att de valde ut 2 patienter vardera inom varje vårdtyngdsnivå (nivå 1, 2a, 2b, 3). I intervjun beskrev de sedan hur de bedömde vårdtyngden hos den enskilda patienten med hjälp av den befintliga manualen. Ingen av dem hade någon patient inom nivå 3 vid studietillfället. För att fånga det medicinska perspektivet intervjuades även patientansvarig distriktsläkare för de patienter som distriktssköterskorna valt att beskriva. Sammanlagt intervjuades 3 distriktsläkare om 18 av de 35 patienterna. Anledningar till bortfall var bl a långtidssjukskrivning, slutat på vårdcentralen, svårt få tid för intervju.

De semistrukturerade öppna intervjuerna genomfördes i enskilt rum på vårdcentralen och varade mellan 45 till 90 minuter. Som stöd för intervjuerna användes en intervjuguide. Intervjuerna bandades och transkriberades ordagrant. Bandningen av en intervju med en distriktssköterska misslyckades på grund av tekniska problem och utgick därför.

## ***Analysmetod***

Intervjuerna analyserades med hjälp av metoden innehållsanalys (Bryder 1985, Polit et al 2000). Det är en vetenskaplig metod som används för att dra slutsatser om innehåll i olika slag av kommunikation, till exempel intervjuer. Vid induktiv innehållsanalys härleder forskaren kategorier ur empirin medan forskaren vid deduktiv innehållsanalys använder redan färdiga forskningsbaserade kategorier eller modeller.

## ***Dataanalys***

### **Distriktssköterskors och distriktsläkares bedömning av vårdtyngdsnivåer i basal hemsjukvård enligt en vårdtyngdsmanual**

Intervjuerna med distriktssköterskorna respektive distriktsläkarna analyserade var för sig. Analysarbetet startade med noggrann genomläsning av de transkriberade intervjuerna för att få en helhetsbild av hur de beskrev patienterna i de olika nivåerna och för att söka efter teman som representerade syftet med studien. Dessa teman utgjorde en första sortering av materialet. Därefter sorterades relevant från irrelevant och systematiskt rad för rad för att identifiera och koda meningsbärande enheter (induktiv innehållsanalys). I denna fas blev det alltmer tydligt att kodningen av personalens beskrivningar i hög grad överensstämde med sökordsmodellen VIPS vilken står för Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet, fyra viktiga grundpelare i vården (Ehnfors et al 2000). Av denna anledning skedde kodningen fortsättningsvis i enlighet med anvisningar för denna modell (deduktiv kodning). Datamaterial som inte passade under något av sökorden sorterades under gruppen övrigt och analyserades separat. Analysarbetet genomfördes separat för varje respektive nivå 1, 2a, 2b därefter gjordes konstanta jämförelser av likheter och skillnader mellan beskrivningarna i varje respektive nivå. Slutligen gjordes en sammanfattande beskrivning under varje sökord samt under varje nivå uppdelat på distriktssköterskor respektive distriktsläkare.

### **Distriktssköterskors och distriktsläkares erfarenheter av vårdtyngdsmanualen**

Texten utifrån de intervjufrågor som gällde vad distriktssköterskorna respektive distriktsläkarna ansåg om den befintliga vårdtyngdsmodellen sorterades i negativa och positiva synpunkter samt sammanfattades.

## ***Etik***

Studien godkändes av Regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm, Karolinska Institutet, Dnr 2005/224-31/2. Konfidentialitet garanterades genom att inga namn eller andra uppgifter som kunde röja identitet fanns med på bandinspelningarna eller i utskriften. Det inspelade materialet kodades – enligt ett bokstavs- och siffersystem. (vårdcentraler, distriktssköterska, patient, nivå och distriktsläkare Exempelvis A:1.1:1:A).

## Resultat

### ***Distriktssköterskors och distriktsläkares bedömning av vårdtyngdsnivåer i basal hemsjukvård***

#### **Kännetecknande för vårdtyngdsnivå 1**

##### *Distriktssköterskornas beskrivning av patientgruppen och vårdbehoven*

Patienterna hade huvudsakligen okomplicerade och stabila medicinska tillstånd, få diagnoser samt gjorde få läkarbesök. Det sociala nätverket var vanligen bra.

Patienterna hade få och mindre komplicerade vårdbehov. De behövde enbart ett fåtal bedömningar samt relativt lite stödinsatser från hälso- och sjukvården. Exempel på omvårdnadshandlingar var bedömningar om hur allt fungerade hemma, hur säker läkemedelsanvändningen var, omläggningar, injektioner, kontroller och provtagningar. Vidare samordnade distriktssköterskan insatser och tog olika kontakter t ex med hemtjänst, eventuell läkare på sjukhus och eller på vårdcentral. Tidsåtgången för hembesöken var cirka 10-20 minuter men även upp till 40 minuter (exklusive restid). Undantaget var ofta första gången som krävde mer omfattande bedömning och insatser av distriktssköterskan.

##### *Distriktsläkarnas beskrivning av patientgruppen och vårdbehoven*

Patienterna hade huvudsakligen okomplicerade och stabila medicinska tillstånd. De hade vanligen en stabil hemsituation och klarade sig relativt bra i hemmet. Patienterna kontaktade oftast själva distriktsläkaren men kontakt kunde även ske via distriktssköterskan.

Exempel på vårdbehov som distriktsläkaren kom i kontakt med gällde begynnande demens, infektioner, svårigheter att äta, inkontinens, vattenkastningsbesvär, högt blodtryck, smärta. Tidsåtgång för eventuella hembesök som gjordes var ca 15 minuter (exklusive restid), det kunde t ex röra sig om mindre infektioner eller att distriktssköterskan hade olika frågeställningar och önskade en läkarbedömning

#### **Nivå 1 - Distriktssköterskornas beskrivning**

##### *Nivå1: Omvårdnadsanamnes*

Distriktssköterskan blev vanligen involverad via grannar, anhöriga eller personal inom kommunen t ex på grund av oro för personen. Det kunde också vara distriktsläkaren som initierat att distriktssköterskan skulle gå hem t ex för att göra bedömningar (MMT) eller ta blodprov. Enligt distriktssköterskorna hade patienterna i nivå 1 ett bra socialt nätverk och eget boende där de klarade ADL med viss formell hjälp av hemtjänst alternativt informell hjälp av anhöriga, vänner m fl. Några patienter med stort behov av omsorg, som därför hade personliga assistenter eller var bosatta i ett gruppboende, ingick också i gruppen. Patienterna hade vanligen få diagnoser och okomplicerade medicinska tillstånd som handlade om hypertoni, utvecklingsstörning, diabetes, reumatism. De behövde inte träffa läkare så ofta.

*Citat:*

"Vi skrev in henne för att hon var tungandad och svullen i ena foten... Hon jobbar ganska mycket med sin man och får ta hand om honom...Hon har svårt att komma iväg också, komma ifrån, lämna honom för att ta sig till vårdcentralen. Och hon har högt blodtryck" A.1:2.1-29

"...då var det läkaren som kontaktade mig och tyckte man kanske skulle kolla demens..., ett MMT-test. Så jag gick dit och hon hade 5 i MMT och det är jättelågt" E:1:2:1-46.

"Det är en kvinna som bor i en gruppboende, som är gravt utvecklingsstörd. Det jag gör är att ge Behepan-injektion regelbundet..." D:1:1:1-6.

*Nivå 1: Omvårdnadsstatus*

Inom ramen för denna nivå så hade patienten huvudsakligen enstaka och mindre komplicerade vårdbehov när det gällde hälsosituation och förhållanden som påverkade distriktssköterskans omvårdnadsarbete. För exempel på vårdbehov se tabell 1.

Tabell 1 Exempel på vårdbehov inom vårdtyngdsnivå 1 sorterat enligt VIPS-modellens undersökord till omvårdnadsstatus.	
Undersökord till omvårdnadsstatus	Exempel på vårdbehov
KOMMUNIKATION	Oförmåga att göra sig förstådd, Afasi, ingen talförmåga
KUNSKAP/UTVECKLING	Kognitiv svikt
ANDNING/CIRKULATION	Hosta och slem, lunginflammation respektive svullna ben/fötter, lågt blodtryck med risk för yrsel och fall
NUTRITION	Problem att klara matlagning, sväljningssvårigheter, sätter i halsen,
ELIMINATION	Inkontinensbesvär, kateter, förstoppning
HUD/VÄVNAD	Psoriasis, skör hud, bensår
AKTIVITET	Orörlig, rullstolsbunden, kan enbart röra händerna, svårt öppna dörren, svårt att ta sig till vårdcentralen, ramlar lätt, har rullator, käpp
SMÄRTA/SINNESINTRYCK	Kärlkrampsbesvär, reumatism
PSYKOSOCIALT	Nedsatt sjukdomsinsikt, ensamhet, oro hos patient och eller anhörig, nedsatt motivation att förändra levnadsvanor bl a då kostförändringar behövdes vid diabetes
VÄLBEFINNANDE	Anhöriga som inte mår bra och behöver stöd

*Citat:*

"Det är ju jättesvårt att kommunicera med henne eftersom hon inte kan tala, så det får ju därför ske via personalen som känner henne väl. Men, jag tycker att vi har bra kontakt med personalen..." D:1:1:1-39

"För jag hade fått anonymt larm från grannar att det inte stod rätt till hemma. Men när jag är hemma hos henne så känner jag att hon upprepar sakerna, så någonting i minnet är inte riktigt rätt... Efter det har vi gjort en demensutredning och hon har en alzheimerdemens. Vi hade henne inskriven... Vi kollade vikten, hon var väldigt mager... Sedan träffade jag väl henne också en gång var tredje-fjärde vecka. Ringde till henne och frågade hur det var och tittade hur hon såg ut, för det kändes som kanske någon gång så inträffar det något. Och det gjorde det ju... så skulle jag dit på mitt vanliga besök och ringde, och då sa hon att snälla kom, jag mår inte bra. Och då låg hon och hade varit liggande i en vecka i en förkylning och pratat med anhöriga på telefon men hade inte sagt som det var... Hon var uttorkad men vi lyckades vända det" B:1:2:1-33.

"Han har personliga assistenter. Det är tillsyn, alltså socialt besök kan man säga, tillsyn en gång i veckan. Och det är väl också så att ibland tillstöter det saker så att man går dit oftare då, men just nu är han stabil...". D:1:2:1-47

"Det beror lite på, dels när hon får kärlekskrampsbesvär så larmar hon så att säga om hon inte har mått bra i några dagar och har fått tagit mycket Nitromex. Och blodtryck det blir att man tar några stycken och så ställer han in medicinen och sedan kanske det är bra ett tag. Jag kan inte säga, men ja i snitt så träffar jag henne 1-2 gånger i månaden. Vi har någon månatlig kontakt just för att höra hur hon mår och så, i och med att hon står utan någon annan tillsyn också, så känns det som att... ja vi har kontakt per telefon eller jag går förbi henne" E:1:1:1-10.

*Nivå 1: Omvårdnadsåtgärder*

Enligt distriktssköterskorna behövde patienter i nivå 1 enbart enstaka omvårdnadsåtgärder. De patienter som hade varit inskrivna i flera år krävde vanligen mindre administration.

Exempel på omvårdnadsåtgärder var olika bedömningar, samtal och stöd till patienter, anhöriga, personal på gruppboende, hemtjänst, personliga assistenter. De gjorde även uppföljning av olika tillstånd, funktioner och problemområden (t ex infektioner, nutrition, blodtryck) samt olika specifika omvårdnadsinsatser såsom omläggningar, injektioner, provtagningar, kontroller av blodsocker, blodtryck och vikt, fötter, bedömning av hur allt fungerade totalt sett hemma, vätskekontroller, kateter- och uribagbyten, bedömningar av läkemedelsanvändning (t ex hur patienten klarade av denna). Läkemedelsanvändning krävde mycket insatser för att den skulle ske på ett säkert sätt (t ex informerade om läkemedlen, initierade apodostilldelning eller medicindelning i dosett eller att anhöriga, hemtjänst, grannar hjälpte till på ett säkert sätt). Vidare samordnade distriktssköterskan insatser och tog olika kontakter t ex med hemtjänst, eventuell läkare på sjukhus och eller på vårdcentral.

*Citat:*

"Det är en man som bor i egen bostad och som är svårt MS-sjuk. Har APO-dos. Jag går dit en gång i veckan för att stötta personalen kan man säga...." D:1:2:1-45.

"Nej, det har funnits perioder när hon har varit sämre, haft någon infektion så att det har krävts mer insatser. Men för tillfället är det bara den här injektionen" D:1:1:1-11.

"Ja, det tog nog 25-30 minuter i och med att jag träffade henne så sällan... dels vilade hon en stund och vi pratade och så där. När man träffar dom så pass sällan så vill man höra lite hur det går och hur dom äter och... " E:1:1:1-28.

"...så det är ju den här grannen då som går in och sätter fram medicinen och kollar att det fungerar. Men hon fungerar och går och handlar själv och så där, så att någon hemtjänst vill hon inte ha" A.1:2.1-41.

"Det jag gör är, dels har hon en latent eller suspekt diabetes, så jag kollar blodsocker. Jag frågar henne lite om urin, för det har visat sig att hon har gått med urinvägsinfektion några gånger utan att själv påkalla hjälp. Då frågar jag henne om det. Skriver ut inkontinenshjälpmedel som hon behöver. Tar blodtryck, för hon ligger förhöjd i blodtryck och har blodtrycksmedicin. Kollar att hon har medicin hemma och om hon tar det och om hon behöver nya recept" B:1:1:1-7.

"Vi lämnar alltså två delade dosetter, som vi låser in i ett skrin och sedan har hemtjänsten nyckel till det här skrinet och dom ger patienten medicin dagligen, från dom dosetter som vi har delat. I princip så... ja, det är demensutvecklingen som gör att hon behöver hjälp med dosettelningen. Vi prövade först att ha bara dosetter liggande framme, men det gick inte så nu är det ett skrin som gäller så att hon inte går plockar själv" C:1:1:1-2.

"... ja meddela personalen vad läkaren hade sagt och dom hämtade ut mediciner och så, så det var väl det jag gjorde, informerade personalen" D:1:1:1-33.

"...hon sade att hon inte hade några pengar och ingen mat och den här gode mannen visste hon inte riktigt hur hon skulle få tag på... ....jag kontaktade biståndshandläggaren och att hon fick ta reda på och säga till den här gode mannen att han försöker ta mer kontakt med henne" B:1:1:1-11.

### *Nivå 1: Övrigt*

Distriktssköterskorna beskrev att de vanligen träffade patienter i vårdtyngdsnivå 1 ganska sällan t ex en gång i veckan upp till en gång var tredje månad. Kontakt med läkare togs vid behov. Tidsåtgången för hembesöken var vanligen cirka 20 minuter (spridning 10 - 40 minuter). Ibland kunde en insats ta längre tid framför allt vid första kontakt då större behov fanns av att åtgärda problem och skapa stabilitet. Exempelvis fann distriktssköterskan en pensionär i hemmet svårt uttorkad. Stora insatser och planering krävdes för att få patienten välnutrierad.

### *Citat:*

"Om man cyklar, som de flesta gör, då tar det väl 10 minuter dit och 10 minuter hem" C:1:1:1-22.

"Om vi säger så här, skulle jag gå härifrån enkom för henne så tar det 20 minuter att gå, enkel väg" E:1:1:1-32.

"Hon bor ju nästan längst bort i mitt distrikt och jag åker ju bil, så det tar väl kanske knapp 10 minuter att åka dit med bil och sedan hem" F:1:1:1-34.



## Nivå 1 - Distriktsläkarnas beskrivning

Patienterna i vårdtyngdsnivå 1 hade enligt distriktsläkarna huvudsakligen okomplicerade och stabila medicinska tillstånd. De träffade dem mestadels på mottagningen eftersom de flesta kunde ta sig dit. Patienterna tog själva kontakt med distriktsläkaren men kontakt kunde även ske via distriktsköterskan t ex om infektioner, inflammationer, ordination av läkemedel eller blodprover. Distriktsläkarna upplevde att patienterna i denna nivå oftast hade en stabil hemsituation samt att de klarade sig bra i hemmet även om det fanns de som var mycket ensamma.

Exempel på vårdbehov bland patienter i nivå 1 som distriktsläkarna kom i kontakt med gällde begynnande demens, infektioner, svårigheter att äta, inkontinens, vattenkastningsbesvär, högt blodtryck, smärta. Tidsåtgång för eventuella hembesök som gjordes var ca 15 minuter exklusive restid, det kunde t ex röra sig om mindre infektioner eller att distriktsköterskan hade olika frågeställningar och önskade en läkarbedömning.

### *Citat:*

"Hon ville komma på en allmän kontroll. Det är oftast så. Hon kanske känner lite oro i bröstet och då vill hon komma på en kontroll och vill att jag ska lyssna på hjärta och lungor". "Hon har lite hjärtbesvär, men... Jag måste titta. Lite kärkramp har hon ju, hon är ju ändå 94 år. Och sedan har hon sökt för knäartros. Men sedan har det varit allmän kontroll och legat inne på SÖS för bröstsmärtor, man hittade lite kärkramp.... senast var i september. Så hon har ingen svår grunddiagnos egentligen". F:1:1:1:A.

"Då var det dels angående ryggen. Hon går hos en ortoped. Det är svårigheter att gå. Och så var det om hennes vattenkastningsbesvär och blodtryck som vi också diskuterade.... Så det var ett planerat besök. ...Hon är inte ostabil, det är hon inte..." F:1:2:1:A

"Problemet då var väl att han hade extra mycket slem och var hostig och det var frågeställning då om det var lunginflammation". D:1:2:1:A-25

"Ganska stabil i sin grundsjukdom, men han får ju lätt infektioner då som gör att det kan bli akuta saker". D:1:2:1:A-31

"Det är en kvinna som bor ensam. Hon är väldigt ensam också, upplever sin situation som ensam. Hon har en begynnande demensutveckling, kan man säga, hon är väldigt glömsk. Hon har en besvärlig psoriasis och nu har hon dosettindelning. Det är det vi erbjuder så att säga. I övrigt vet jag faktiskt inte om hon har några... Nu måste jag titta. Tillsyn ja, och dosettindelning. Nej, det var ingenting annat". C:A:1:1-4

## Kännetecknande för vårdtyngdsnivå 2a

### *Distriktssköterskornas beskrivning av patientgruppen och vårdbehoven*

Patienterna hade huvudsakligen ganska komplicerade och ibland även instabila medicinska tillstånd samt flera diagnoser. De var i behov av allt fler läkarbesök och oftast träffade de flera olika specialister. Det sociala nätverket var relativt bra men kunde också visa tendens till svikt.

Patienter hade ganska komplicerade vårdbehov och behövde bedömningar, hjälp och stödinsatser från hälso- och sjukvården i samband med varje kontakt bl a på grund av mycket oro och instabila tillstånd. Både anhöriga och personal inom hemtjänst behövde alltmer stöd. Många patienter behövde insatser med sin läkemedelsanvändning, med injektioner, provtagningar, spolning, byten och underhåll av katetrar, pegsond och eller med förskrivning av inkontinenshjälpmedel och decubitusmadrass. Behovet av samordnande insatser av distriktssköterskan ökade alltmer.

Distriktssköterskorna hade vanligen regelbunden kontakt med patienterna 1-2 gånger/dag men variation förekom. Tidsåtgång för hembesök var cirka 10-25 minuter men ibland upptill 90 minuter, exklusive restid.

### *Distriktsläkarnas beskrivning av patientgruppen och vårdbehoven*

Patienterna var ofta psykiskt stabila men medicinskt ganska instabila. De hade vanligen flera diagnoser.

Kontakten var både direkt genom t ex att patienten kom till mottagningen och indirekt dvs. via distriktssköterskan. Patienterna var periodvis i behov av sjukhusvård.

Exempel på vårdbehov som distriktsläkaren kom i kontakt med gällde balanssvårigheter, instabilt blodsocker, glömska, förlamning, nutritionsproblem, magsår, katetrar som ibland gav stora besvär. Många hade Waranbehandling.

## Nivå 2a - Distriktssköterskornas beskrivning

### *Nivå 2a: Omvårdnadsanamnes*

En vanlig orsak till att distriktssköterskan blev involverad var att sjukhuset tagit kontakt och rapporterat behov av hjälp i hemsjukvården. En annan orsak kunde vara att patienter i vårdtyngdsnivå 1 försämrats. Enligt distriktssköterskorna var många patienter i nivå 2a ensamboende med ett allt minskande socialt kontaktnät. Om patienten inte bodde i gruppboende eller hade personlig assistent så var det också allt vanligare med behov av insatser från hemtjänst och ibland även god man. De hade vanligen fler än två diagnoser ofta relaterat till hjärt- kärlsjukdom samt ganska komplicerade och ibland även instabila medicinska tillstånd, t ex diabetes. Patienterna hade måttlig kontakt med läkare och ofta var andra läkare än distriktsläkaren inblandad såsom specialistläkare på sjukhus. Ibland behövdes akutbesök på vårdcentralen.

*Citat:*

"Ja, just nu är hon stabil. Men den här patienten växlar väldigt mycket, så för bara en månad sedan så knäckte hon till ryggen när hon skulle gå ur badkaret själv och då fick hon sådana smärtor. Då försökte vi sätta in henne på analgetika.... Hon sjönk i Hb... det här är en dam som rätt var det är så blir det någonting, och då tar hon rätt mycket tid.." (B:1:1:2a-85).

"Han har personliga assistenter och han kan inte röra sig och inte prata. Han har Peg-slang insatt i magen och han får sondmat 3 gånger om dagen. I och med att han sköts på den här gruppboenden, så har vi ju lärt dom hur man sköter honom, med vändningar och trycksårsprofylax och hur sondmatning går till och dom ger honom läkemedel i pegen"...(C:1:2:2a-71).

"Hon är inskriven pga Waran...hon är lite granna också lite glömsk, lite ja.. ja, lite vimsig så att hon får hjälp med dosettdelning, lite vinglig. (C:A:1:2a-18).

*Nivå 2a: Omvårdnadsstatus*

Inom ramen för denna nivå så hade patienten ganska många och komplicerade problem och behov när det gällde hälsosituation och förhållanden som påverkade distriktssköterskans omvårdnadsarbete. Det handlade t ex om tal och hörsel, att förstå, komma ihåg eller tillgodogöra sig information, andning, ödem, nutrition, inkontinens, finmotorik, ångest, kateter, stomi, blodsocker och sår. Det förekom även växlande allmäntillstånd med ibland snabb försämring.

*Citat:*

"...han har kärlekskramp och har fått en pacemaker, så han åker in och ut rätt mycket till sjukhus. Den här kärlekskrampen kan han larma om. ...han har mått jättedåligt och så har han inte tagit Nitromex och då... "Ska vi inte ta det", så får man ge honom. Det är lite det stödet också som behöver finnas där. .. men hygienmässigt så känner vi att vi vill ha koll på bandaget och att det sitter kvar och... Med tanke på hur långt tid det tog innan vi fick veta om att sårskadan hade uppstått". E:1:1:2A - 82

"Man får skriva och hon förstår ändå inte riktigt. Och hon har någon sorts ångestattack som hon har haft hela sitt liv. Så att ibland när man går dit är det lite speciellt". A:1:2:2a-91

*Nivå 2a: Omvårdnadsåtgärder*

I huvudsak behövde patienter i vårdtyngdsnivå 2a ganska många omvårdnadsåtgärder av distriktssköterskan i samband med varje kontakt. Många patienter hade varit inskrivna i flera år och krävde därför mindre administration.

Exempel på omvårdnadsåtgärder var olika bedömningar samt samtal och stöd pga oro och instabila hälsotillstånd. Anhöriga och personal behövde också olika former av stöd. Många patienter behövde exempelvis insatser för sin läkemedelsanvändning eller med injektioner, insulin, provtagningar, spolning, byten och underhåll av katetrar, pegsond och eller med förskrivning av inkontinenshjälpmedel och decubitusmadrasser. Distriktssköterskan samordnade också insatser och hade kontakt med t ex hemtjänst, eventuell läkare på sjukhus och vårdcentral. Kommunikation och samordning blev allt mer omfattande åtgärder i nivå 2a jämfört med vårdtyngdsnivå 1.

*Citat:*

"Vi byter Peg var 3:e månad, om den inte har åkt ut, för då får vi byta oftare. Och så kuffar vi om Pegen så att den håller... Omkuffning varannan vecka. APOdos och dosett lämnar vi varannan vecka. Så ringer personalen med ganska jämna mellanrum och frågar diverse frågor, som man får gå in och stötta och hjälpa till. Med allt från enkla saker till svårare saker. ...Han gick upp i vikt här, och då fick vi koppla in dietist för att se om vi kunde banta honom. Och då var det en viss dialog fram och tillbaka, innan det bestämdes hur mycket vi skulle minska sondnäringen med och... Nu är inte madrassen bra, så nu har vi kopplat in en madrasspecialist, nu har vi vart där och gjort extrabesök med madrasspecialisten och se om vi kan ändra på ev. madrassen, som kanske skall nybeställas igen och... Nu skall det beställas hem nya sondmats... ... Ibland så blir det infekterat runt pegen, då får man vara där och visa dom hur dom skall sköta det och..." C:1:2:2a-73

"Ja, man får plocka i ordning lite material, om man t.ex. skall kuffa om pegen och... Nu vill dom ha in en ny läkemedelslista, som jag skall lämna, för nu skall han till tandläkaren och... Ja, sedan vill dom ha lite nya nutritionssaker beställda, så det får man ju ordna här under eftermiddagen och... Ja, det är lite tid för att plocka ihop det som behövs. Och lite jobb efteråt, att beställa och ringa dom samtal man behöver, som är aktuellt för stunden". C:1:2:2a-88

"För där är det ju uppföljning av Waranordinationen sedan. Först ska den ordinerars, och sedan så är det jag som ska ha kortet och jag ska ringa eller meddela patienten, så det är ett efterarbete. Och det händer ibland att patienten inte svarar och då får man problem. Men det är undantagsfall...". A:1:2:2a-116

*Nivå 2a: Övrigt*

Distriktssköterskorna arbetade i nära samråd med läkare. De hade vanligen regelbunden kontakt med patienterna 1-2 gånger/dag men variationer fanns. Tidsåtgång för hembesök var cirka 10-25 minuter upptill 90 minuter, exklusive restid.

*Citat:*

"Jag har liksom två, det är 5 minuter och så längst bort så är det 10 minuter, det brukar vara en kvart ibland, det beror på hur fort jag går. Det glömmes man faktiskt det här med restider, men det tar ju tid också liksom från patienterna från min sida, att jag ska behöva gå, för jag har ingen buss jag kan ta heller, jag måste gå alltså". A:1:1:2a-87

## **Nivå 2a - Distriktsläkarnas beskrivning**

Patienter som bedömdes tillhöra nivå 2a var enligt distriktsläkarna vanligen psykiskt stabila men medicinskt ganska instabila. Kontakten var både direkt genom t ex att patienten kom till mottagningen och indirekt via distriktssköterskan. Jämfört med vårdtyngdsnivå 1 så var distriktsläkaren mer inkopplad via distriktssköterskan. Vissa distriktsläkare gjorde så kallade tillsynsbesök i hemmet årligen. Patienterna var periodvis i behov av sjukhusvård. Vanligen hade de en ganska stabil hemsituation.

Patienterna hade flera medicinska diagnoser så som förmaksflimmer, stroke, diabetes. Exempel på vårdbehov som distriktsläkarna mötte var balanssvårigheter, instabilt blodsocker, glömska, förlamning, nutritionproblem, magsår, katetrar som ibland gav stora besvär. Många hade Waranbehandling. Distriktsläkarna förskrev bl. a. läkemedel, ordinerade Waran samt skrev remisser för att initiera konsultationer i den specialiserade vården t.ex. hos urolog på

sjukhuset. De gav också cortisoninjektioner och gjorde uppföljningar av t ex diabetes.

*Citat:*

"Då kom han för prostatan och han har besvär med katetern. Han är väldigt irriterad över den och den krånglar. Så det var diskussion om man kan byta till en sådan här suprapubis kateter, så jag skickade remiss till urologen. Ja, det var prostatan, prostatacancern hur den var osv....." F:1:1:2a:A-46

"Psykiskt är han ju stabil, på det sättet att han vet vad han vill. Medicinskt är det lite mer ostabilt, med tanke på prostatacancer och kateter osv". F:1:1:2a:A-56

"Den är mer ostabil, framför allt är det diabetesen. Nu har det varit lugnare. Men också att katetern har krånglat en del. Det blir lite mer ostabilt så att säga". F:1:2:2a:A-66

"Han har en fru som ställer upp väldigt mycket för honom, sköter väldigt mycket. Så inte något som jag känner som några stora bekymmer" F:1:2:2a:A-68

"Jag är mer inkopplad, jag kanske inte träffar dom mer, men jag är mer inkopplad via distriktssköterskan. Hon kommer ofta och frågar nu är det så här och så här... förutom Waranet naturligtvis, men hon har också annat, hur ska vi göra med blodsockret nu och... så det blir mer kontakter som går via henne". F:1:2:2a:A-74

"Vi har speciella... Vi har rond en gång i veckan plus att vi har vid-behovskontakt också hela tiden" (dvs med distriktssköterskan)  
D:1:1:2a:A-69

"Ja, jag var där senast i mitten på oktober. Då var det dels för att ge influensavaccin och sedan för att följa upp hans diabetes". D:1:1:2a:A-43

"...per telefon och via distriktssköterskan plus att jag var där då på hembesök också". D:1:1:2a:A-67

## Kännetecknande för vårdtyngdsnivå 2b

### *Distriktssköterskornas beskrivning av patientgruppen och vårdbehoven*

Patienterna hade många diagnoser samt huvudsakligen allvarliga och instabila medicinska tillstånd. De hade också mycket kontakt med läkare både direkt och indirekt dvs. via distriktssköterskan. De flesta bodde ensamma, hade ett allt sviktande kontaktnät samt mycket hjälp av hemtjänst eller personlig assistent. Vardagen hemma fungerade ibland ganska dåligt eller inte alls.

Patienterna hade komplicerade vårdbehov. Det krävdes ständigt bedömningar av olika situationer och tillstånd samt hjälp och stödinsatser från hälso- och sjukvården i samband med varje kontakt. Därtill krävdes alltmer frekvent observation av patientens hälsotillstånd, mycket samordnande insatser samt alltmer stöd till anhöriga och personal inom hemtjänst. Exempel på omvårdnadshandlingar var samtal och stöd, komplicerade såromläggningar, insatser för läkemedelsanvändningen eller med injektioner, insulin, provtagningar, spolning och byten av katetrar, subcutan venport, underhåll och byte av pegsönd, brickerstomi och ileostomi samt med förskrivning av inkontinenshjälpmedel och decubitusmadrasser.

Distriktssköterskan träffade patienten 1 - 7 gånger per vecka. Tidsåtgången för hembesök var cirka 10-30 minuter, men ibland även upptill 2 timmar exklusive restid. Ibland krävdes att två distriktssköterskors insatser vid hembesöket.

### *Distriktsläkarnas beskrivning av patientgruppen och vårdbehoven*

Patienterna var huvudsakligen multisjuka med svåra och akuta diagnoser. Det medicinska tillståndet var ganska till mycket instabilt. Det kunde snabbt bli förändringar i patientens allmäntillstånd.

Inläggning på sjukhus var ibland nödvändigt. Distriktsläkaren hade tät kontakt med både patient och distriktssköterska. Exempel på vårdbehov som distriktsläkarna mötte var förvirringstillstånd, problem från urinvägar, komplicerade sår, infektioner.

## Nivå 2b - Distriktssköterskornas beskrivning

### *Nivå 2b: Omvårdnadsanamnes*

Distriktssköterskan blev involverad på olika sätt när det gällde patienter som bedömts tillhöra 2b: via anhöriga eller personal inom kommunen t ex på grund av oro för personen alternativt via sjukhuset. En annan orsak kunde vara att patienter i nivå 2a försämrats. De flesta patienter bodde ensamma, hade ett allt mer sviktande kontaktnät samt mycket insatser av hemtjänst eller personlig assistent. Vardagen hemma fungerade ganska dåligt eller inte alls. Patienterna hade enligt distriktssköterskorna många diagnoser samt huvudsakligen allvarliga och instabila medicinska tillstånd. Patienterna hade mycket kontakt med läkare både direkt och indirekt dvs. via distriktssköterskan. Inom denna nivå var det också mycket vanligt att patienterna hade kontakt med läkare på sjukhuset.

*Citat:*

"Det är en kvinna som är född 31 och som har varit inskriven i hemsjukvården kanske i två månader. Och det här var så att... Att jag fick kontakt med henne var faktiskt, jag var uppe på mottagningen och träffade en patient som jag har haft tidigare på mottagningen, jag hade lagt om ett sår. Hon vinkade till mig och sade "Oh, vi är så oroliga" – det är mitt område – "vi har inte sett henne på flera dagar och hon svarar inte på telefon, hon öppnar inte dörren." B:1:2:2b-123

"En kvinna som är född 19 och som har också en demenssjukdom Hon är ensamboende. Hon har haft sin demenssjukdom i strax över 10 år i varje fall. Har en son och en dotter som bor i Stockholmstrakten, som är engagerade. Har hemtjänst flera gånger per dag". B:1:1:2b-104

"Då hade hon legat i fem dygn och ramlat, som tur var nedanför kylskåpet, så hon hade lyckats få i sig lite vätska i varje fall ut från kylskåpet. Hon hade en höftfraktur och en underarmsfraktur och en del inre blödningar då, eftersom hon stod på Waran. Sedan var ju hon inlagd på sjukhuset ett tag. När hon kom hem förstås, hade hon trycksår i rumpan och sedan skulle vi fortsätta att kolla Waranet eftersom hon inte kunde ta sig hit, .... Det vart ju väldigt mycket där, det var dagliga omläggningar för det vätskade genom förbandet och vi fick det inte att fästa. Det var en urinvägsinfektion precis när hon kom hem, som vi inte först upptäckte att det var det. Hon hade lite frossa och hade haft det redan på sjukhuset, men man hade tolkat det som från såren. Det var en urinvägsinfektion. Täta blodprovstagningar, vi fick inte ordning på blodförtunningen. Hon sköter och tar medicinerna själv och hon delar dom själv i dosett, men vi hjälper henne nu att hämta ut från apoteket, eftersom hon inte kan ta sig ut. Sedan var det att ordna tryckavlastning för rumpan hemma. Vi går ju fortfarande dit, just nu har vi väl glesat så nu går vi varannan dag och lägger om, så det börjar bli bättre, det börjar läka. Fortfarande lite problem då med värdet då, så vi får göra rätt täta blodprovskontroller" B:1:2:2b-123

Det här är en kvinna som har suprapubiskateter som vi byter tre gånger i veckan, bandaget..... Men den här kvinnan hon upplever att hon är i väldigt stort behov av sjukvård och hon är väldigt sjuk säger hon. Och hon har ont och hon har problem och hon har blivit skadad i vården och... Ja, hon har kontakt med olika läkare på stan och sjukhus och dyker upp på urologmottagningar... ja. Ringer ambulans rätt ofta. Ringer hit till oss på vår telefon, kan ringa flera gånger om dagen och vara jätteledsen för att hon inte har fått hjälp av hemtjänst som hon ska. Så till oss talar hon om att hemtjänsten inte fungerar och till hemtjänsten talar hon om att hemsjukvården inte fungerar. Så det är väldigt mycket stöd där, och samtal. E:1:1:2b -130

*Nivå 2b: Omvårdnadsstatus*

Inom ramen för denna nivå så hade patienten många och komplicerade problem när det gällde hälsosituation och förhållanden som påverkade distriktssköterskans omvårdnadsarbete. Det handlade t ex om kroniska tillstånd, problem med kommunikation, nutrition, inkontinens, sår, ångest, oro, kateter, stomi och blodsocker. Det fanns patienter med uttalad demens som inte hade det ordnat omkring sig samt patienter med akuta diarréer, skärsår, mjukdelsnekroser, trycksår, grava funktionsnedsättningar, varierande sinnesstämningar, ensamhet och missbruk. Många hade också ett stort kontaktbehov och ett allt sämre välbefinnande. Det förekom även växlande allmäntillstånd med ibland snabb försämring. Därtill sviktade också många anhöriga.



*Citat:*

"...Så har hon skärsår och hon har ju tappat handen på plattan, och kan ju liksom inte, kan inte klä på sig, men vägrar hemtjänst, slänger ut hemtjänst, slänger ut sjukgymnaster, slänger ut arbetsterapeuter, så att det är väldigt, väldigt svårt". A:1:1:2b-116

"hon har ont inne i tarmarna för det har blivit skadat och det såret läker inte säger hon och dom kan inte göra någonting åt det. Sedan har hon opererat en höft så hon har en protes och den gör ont. Hon säger att den hoppar ur led fastän hon ändå kan röra och stödja lite på benet. Hon sitter i rullstol, men hon klarar förflyttning från säng till rullstol själv. Jag har stått bredvid henne så många gånger och hon säger varje gång att hon klarar inte förflyttningen själv, men jag gör ingenting. Hon kör fram sin rullstol till sängen och låser den och gör förflyttningen själv från rullstol till säng". E:1:1:2b -134

*2b: Omvårdnadsåtgärder*

I huvudsak krävde patienternas hälsotillstånd alltmer frekvent observation samt flera bedömningar och åtgärder av distriktssköterskan vid varje kontakt.

Exempel på omvårdnadsåtgärder var olika bedömningar, samtal och stöd, komplicerade såromläggningar, hjälp med läkemedel eller med injektioner, insulin, provtagningar, spolning och byten av katetrar, SVP, underhåll och byte av pegsond, brickerstomi och ileostomi samt med förskrivning av inkontinenshjälpmedel och decubitusmadrasser. Därtill behövde framför allt anhöriga mer stöd men också personal såsom hemtjänst. Patienternas hälsotillstånd krävde alltmer frekvent observation. Det fanns också ett stort behov av samordnande insatser.

Kommunikation och samordning blev allt mer omfattande åtgärder i nivå 2b jämfört med nivå 1 och 2a. Ofta kunde inget material eller läkemedel lämnas hos patienten utan förvarades på vårdcentralen/arbetsplatsen t ex pga demenssjukdom.

*Citat:*

"Jag spolade katetern och jag lämnade ut dom här Dolcontin-doserna och pratade lite med personalen. Det är alltid en sköterska som går till henne, för man gör alltid en bedömning av hennes tillstånd varje dag också, så..."  
D:1:1:2b-177

"Ja. Senast jag var där, då var det nog så att jag gav henne morgonmedicinen, som jag alltid gör, och sedan fick henne att dricka. Då sitter jag ju ner där en stund medan hon dricker. Just den gången hade hon huvudvärk – hon har det emellanåt – så då fick hon en huvudvärkstablett också. Och så ville hon inte gå på dagvården för hon orkade inte, och då brukar jag inte diskutera det så mycket för att det kan hon ju ha glömt sedan när de kommer och hämtar henne. Hon sitter mest och lyssnar då. Läser anteckningarna för anhöriga. Vi har ett kollegieblock, där alla skall skriva och så då brukar jag läsa om dom har skrivit något nytt och sedan skriver jag själv att jag har varit där, huvudvärken. Och så tittar jag igenom förstås vätskelistorna och ser hur det ser ut, om det verkar fungera". B:1:1:2b-112

"..hon var uttorkad helt enkelt och undernär. Vi ordnade... Dels gick vi dit flera gånger per dag med dricka och satte in vätskelista och sedan så... första dygnet skulle hon ha i sig 2 l vätska och sedan utökade hemtjänsten. Sedan gick dom här värdena faktiskt ner, hon blev bättre. .... Nu går vi dit igen då varje dag

och ger morgonmedicin och kollar blodvärdet regelbundet och blodtryck förstås och vikt. Ja, lite sånt där också. Ibland slår hon i benen och får små sår som vi då ibland får lägga om. Kollar hennes fötter med och påtala för anhöriga att nu är det dags för fotvård". B:1:1:2b-108

"Ja, jag måste ju liksom alltid ordna, stämpla blodtagningsremissen, planera in den ..... Sedan efteråt så är det ju lite att få den här Waranordinationen bevakad, så att den verkligen kommer in i tid". B:1:2:2b-129

### *Nivå 2b: Övrigt*

Distriktssköterskorna arbetade i mycket nära samarbete med läkare och andra vårdgivare exempelvis arbetsterapeut för att införskaffa sjukhussäng eller med SAH i samband med att en patient fick dropp. Distriktssköterskorna hade vanligen veckovisa genomgångar av situationen men hade förutom det ofta kontakt med läkare dessemellan när behov uppstod. De träffade patienten 1 - 7 gånger per vecka. Tidsåtgången för hembesök var mellan 10-30 minuter, men ibland även upp till 2 timmar exempelvis pga stora komplicerade sårömläggningar. Ibland krävdes två distriktssköterskors insatser vid hembesöket.

## **Nivå 2b - Distriktsläkarnas beskrivning**

Patienter i nivå 2b hade enligt distriktsläkarna ofta läkarkontakter både på vårdcentralen och på sjukhuset. De var multisjuka med svåra och akuta diagnoser. Det medicinska tillståndet var ganska till mycket instabilt. Det kunde snabbt bli förändringar i patientens allmäntillstånd. Inläggning på sjukhus var ibland nödvändigt. Distriktsläkarna hade tät kontakt med både patient och distriktssköterska. De menade att distriktssköterskan gjorde långa hembesök och att de flesta inte kunde ta sig till VC själv. Vanlig uppgift var att förskriva läkemedel eller sondmat eller att ordinera prover. Exempel på vårdbehov som distriktsläkarna mötte var förvirringstillstånd, problem från urinvägar, komplicerade sår, infektioner.

### *Citat:*

"Hon är i högsta grad ostabil". F:1:2:2B:A

"Det är också en man med MS. Dessutom har han epilepsi och han har regelbundet kontakt med neurolog. Har ganska nyligen varit inlagd på sjukhus och har sin läkarkontakt på sjukhuset i första hand. Sedan har han också återkommande uretriter, svåra infektioner". D:1:2:2b:A-101

"Det är att han behöver dagliga insatser, distriktssköterskan har... ja det är ostabilt läge överhuvudtaget. D:1:2:2b:A-113 Läkarkontakten här det är ju receptförskrivning och provtagning ibland, kontroll av hans medicinering och så kan vara aktuellt. Men det mesta sköts ju via neurologspecialisten". D:1:2:2b:A-115

"Hon har ju en väldigt svår reumatoid artrit och som hon inte vill behandla. Hon förnekar mycket av sin sjukdom och... har inte velat göra någonting av det vi har föreslagit. Hon har skrivit ut sig så fort man har skickat in henne på sjukhuset. Sorgligt är det med henne. Hon vill inte höra talas om... vill inte gå med på någon medicinering överhuvudtaget..... Men långa hembesök av distriktssköterskan och i alla fall den sista här, kan ju inte heller ta sig hit själv. Då går ju jag dit .. det är väl kanske tre gånger om året eller någonting sånt där". F:1:1:2b:A

”Men jag har haft kontakt i samband med akuta urinvägsinfektioner och så”.  
D:1:1:2b:A-87

### ***Uppgifter som återkom på alla nivåer***

Åtgärder som återkom i distriktssköterskornas beskrivning på alla nivåer rör förarbete inför besök, efterarbete efter besök, att journalföra besöket samt tidsbokning av nästa hembesök. Dessutom var restid en återkommande faktor. De här faktorerna tog tid och måste genomföras i samband med alla besök.

Omfattningen av för och efterarbete påverkades av hur mycket och vad som skulle göras under besöket. Exempel på förarbete inför hembesök var att plocka i ordning material som behövdes samt att eventuellt ta fram provtagningsremisser. Exempel på efterarbete var att iordningställa material inför nästa besök, ta fram ny läkemedelslista, kommunicera med distriktsläkare, övriga distriktssköterskor och eller hemtjänst t ex om förändringar i tillstånd, ändringar av läkemedel, waranordinationer samt om provsvar.

Journalföringen och tidsbokning påverkades mer av hur många besök som gjordes. Hur mycket tid som gick åt till resor å andra sidan påverkades av geografin i området där vårdcentralen var belägen, hur långt från vårdcentralen patienten bodde och hur många besök/resor som krävdes. Tiden för förflyttning påverkade således tidsåtgången för ett hembesök. Kunde man göra flera besök i samma område samtidigt minskade tidsåtgången men vid enstaka besök som krävde lång tid för förflyttning, kunde tidsåtgången för detta bli betydande.

### ***Distriktssköterskors och distriktsläkares erfarenheter av vårdtyngdsmanualen***

#### **Positiva och negativa erfarenheter och synpunkter angående manualen**

Som positivt uppgav de intervjuade framför allt att man fick kunskap om antalet in- och utskrivna patienter i respektive vårdtyngdsnivå samt hur vårdtungt ett område var. Det blev också tydligt om någon blev sämre.

Som negativt uppgav de att det var svårt att göra bedömningar med hjälp av/trots manualen, att de trots manualen bedömde olika, att manualen inte var till hjälp i arbetet att organisera personalens dag.

Ett annat problem gällde att distriktssköterskorna själva inte alltid ändrade vårdtyngdsnivå trots att patientens tillstånd ändrades. En del beskrev att patienter i nivå 1 kunde bli kvar i denna nivå trots att de borde uppgraderas till 2. En patient som hade behov av delning av läkemedel i dosett placerades i nivå 1 trots att det sällan bara var dosettindelning utan ofta tillkom andra faktorer. Andra ansåg att det gärna blev så att man valde en högre nivå när en patient befanns sig på gränsen mellan två.

#### Positivt (samtliga kommentarer)

- ”Man vet hur många in- och utskrivna man har samt vilken vårdnivå”.
- ”Man kan tydligt se att patienterna blivit medicinskt sämre”
- ”Nytta jag har av den här manualen är det enda att bedöma vårdnivåer”.
- ”Jag ser hur många patienter jag har i de olika vårdnivåerna och vilka som är in- och utskrivna under månaden”.
- ”Man ser rätt tydligt hur många man har i varje nivå och hur pass tungt det är i området”.

#### Negativt (samtliga kommentarer)

- ”Det är ett lite ensidigt system”.
- ”Jag har ingen nytta utav manualen”.
- ”Vi bedömer nog inte alls lika. När man tycker att det är lite gränsfall vart patienten hamnar i och med att man vet det blir olika inkomster också beroende på var dom ligger”.
- ”Jag tror att nivå 1:or får nog mer än vad dom kanske skulle... än vad vi får betalt för”.
- ”Med tanke på det arbete man lägger ner på varje så kanske man måste uppgradera många från nivå 1 till 2A.....”.
- ”DL uppger att de inte är inblandade i manualen. tycker manualen lämnar lite övrigt att önska, Jag är inte så himla förtrogen med den, men jag vet att det har varit diskussion omkring den”.
- ”Det har inte varit möjligt att organisera personalens dag med hjälp av den här manualen”.
- ”Doseddelning och det är en 1:a, men det är ju nästan aldrig så enkelt, att det bara är en dosettdelning. Oftast tillkommer det ju andra saker”.
- ”Jag tycker manualen är svår”.
- ”Vissa patienter är ju svåra att få att passa in i det här. Det är lite diffust lite godtyckligt så där, jag kan inte säga att jag har något förslag på någon förbättring”.
- ”Jag har faktiskt frågat mina kollegor här och vi är väl ingen som är riktigt nöjd med den här manualen, vi tycker att den är svår, att den inte är fullständigt s.a.s., det är glapp i den svårt att veta vilken nivå man skall sätta dom på, och vi gör väldigt olika bedömningar. Vi som jobbar i samma team, vi pratar ju. Men en kollega i ett annat team så blir inte jag hjälpt av att man säger -du skall gå till en patient idag som är i nivå 2A-, det säger mig ingenting, för man gör bedömningarna så pass olika. Den talar inte om tid, och jag menar en patient i nivå 1 kan jag ha jättemycket tid hos. Vi har ju rätt många som har Waran, som man tar INR-prov och det är ju få som är 4-6 veckors intervall, och då räknas dom som instabila och då är dom i nivå 2B. men det går inte åt mycket tid. Jämför man med en som man kanske lindar ben tre gånger i veckan hos, som man kan sätta i nivå ett. Så det talar inte någonting om våra insatser hur mycket tid vi lägger. Vissa är det mycket samtal, ringa hit och dit och mycket anhörigkontakt – syns inte”.
- ”Nej, den här manualen är till ingen nytta”.

#### Förslag på förbättringar

- ”Det skulle vara mer rättvist att bedöma nivån efter varje besök och för det arbete man i praktiken har utfört”.
- ”Datajournal skulle underlätta”.

## Diskussion

Inför utvecklingen av en säker och lättanvänd manual för bedömning av vårdtyngd inom den basala hemsjukvården så var det värdefullt att undersöka hur bedömning görs idag med hjälp av en befintlig manual med fyra vårdtyngdsnivåer (1., 2a., 2b., 3.). Genom semistrukturerade intervjuer med distriktssköterskor och distriktsläkare samlades data in om hur vårdtyngdsbedömningen gjordes angående 35 hemsjukvårdspatienter som sedan tidigare bedömts ligga på vårdtyngdsnivåerna 1., 2a. och 2b. Inga patienter på nivå 3. identifierades.

Enligt distriktssköterskorna gällde skillnaderna mellan vårdtyngdsnivåerna främst att patienterna hade allt mer komplicerade och omfattande vårdbehov ju högre vårdtyngdsnivå de bedömdes ha. De behövde allt oftare besök och ibland även längre besök. I nivå 2b kunde två distriktssköterskor krävas för att klara uppgiften i hemmet. Behovet av bedömningar, observationer, samordnande insatser samt hjälp och stödinsatserna ökade också med vårdtyngdsnivå. Likaså stöd till anhöriga och personal inom hemtjänst. Enligt distriktssköterskorna hade patienterna i nivå 1 huvudsakligen okomplicerade och stabila medicinska tillstånd, få diagnoser samt gjorde få läkarbesök medan de medicinska tillstånden blev alltmer instabila och komplicerade i de högre nivåerna. Distriktssköterskorna behövde i de högre nivåerna alltmer konsultera distriktsläkare. Det sociala nätverket sviktade vanligen i de högre nivåerna.

Enligt husläkarna gällde skillnaden mellan vårdtyngdsnivåerna att patienterna i den lägsta nivån oftast själva kontaktade distriktsläkaren vid behov, på nästa nivå hade distriktsläkaren både direktkontakt med patienten genom mottagningsbesök men också indirekt via distriktssköterskan. I den högsta vårdtyngdsnivån (2b) hade distriktsläkaren tät kontakt med både patient och distriktssköterska. I de två översta vårdtyngdsnivåerna var inläggning på sjukhus ibland nödvändig.

Beskrivningen av patienterna i de olika vårdtyngdsnivåerna ger en förklaring till de ökade vårdbehoven vid stigande vårdtyngdsnivå. Svårighet och komplikationsgrad ökade när det gällde omvårdnadsproblem och behov hos patienten. De medicinska tillstånden blev alltmer komplicerade, allt mer instabila/akuta. Dessutom ökade antal diagnoser/multisjuklighet. Medan man i de lägre vårdtyngdsnivåerna bedömde att det oftast fanns en stabil hemsituation och ett fungerande socialt nätverk bedömde man att patienterna i de högsta nivåerna ofta bodde ensamma, ibland hade en hemsituation som fungerade ganska dåligt eller inte alls, hade ett sviktande socialt nätverk och stort behov av hemtjänst/personliga assistenter.

Restiden till och från patienterna var konstant cirka 5-20 minuter oavsett nivå vilket hänger samman med vårdcentralernas geografiska upptagningsområde. Hur mycket tid som gick åt till reser hängde därmed ihop med hur frekventa hembesök som behövdes.

Då föreliggande studie hade en kvalitativ ansats och grundade sig på personalens beskrivningar av patientfallen och bedömningar av vårdtyngdsnivåer krävs även studier som kvantitativt testar förhållandet mellan patienttid och vårdbehov. Resultatet från en kvantitativ studie bekräftar emellertid att tid och ökade behov hänger samman (Byrne et al 2007). Studien syftade till att undersöka förhållandet mellan äldre personers behovsnivå och omfattningen av

sjuksköterskors vård (Byrne et al 2007). Då patienternas behovsnivå ökade så ökade också den genomsnittliga faktiska vårdtiden hos patienten vilket gällde samtliga fem kategorier som uppmättes.

Både restiden och den administrativa tiden föreföll enligt personalens beskrivningar vara tämligen lika oavsett vårdtyngdsnivå vilket indikerar att dessa parametrar inte behöver registreras fortlöpande vid vårdtyngdsmätningar. Förhållandet behöver emellertid utforskas vidare i kvantitativa studier, speciellt då resultatet i en studie om ersättningar till "District Nursing Services" visade att tillräcklig ekonomisk hänsyn inte togs till sjuksköterskornas långa resavstånd inom landsort jämfört med stadsort (Alford et al 2001). Ersättningen var densamma. Med hänsyn till den ersättningsmodell som användes ansåg man att det vid högre arbetsbelastning kunde finnas en risk att patienter som sjuksköterskorna hade längre resväg till prioriterades bort eller fick färre besök än de som bodde närmre om inte ersättningen blev mera rättvis. Resultaten i en ytterligare studie pekar också på vikten av att instrument som mäter vårdtyngd tar hänsyn till både direkt och indirekt patienttid (Brady et al 2008). Författarna testade och utvärderade ett vårdtyngdsinstrument (CCNCS – Community Client Need Classification System) som syftade till att fånga både direkta och indirekta aspekter av distriktssköterskearbete. De drog slutsatsen att instrumentet erbjöd objektiv evidens för faktiskt vårdtyngd och att det underlättade planering av personalresurser. Instrumentet kunde dock enbart användas till att mäta sjuksköterskornas arbete och inte distriktsläkarnas.

I distriktssköterskornas beskrivningar lyftes inte bara stödinsatser till patienter och anhöriga fram som viktiga med hänsyn till vårdtyngdsnivåer utan också hur omfattande och frekventa bedömningar, observationer, och eller samordnande insatser som behövdes. Många gånger ses inte dessa aspekter av vården som tidskrävande (Brady et al 2007). De krävs emellertid erfarenhet och adekvat specialistkompetens för att hantera dessa aspekter. I föreliggande studie beskrevs den här typen av insatser som allt mer omfattande ju högre vårdtyngdsnivån bedömdes vara. Det finns studier som uppmärksammat vikten av att vårdtyngdsinstrument mäter bedömningar samt också beslutsfattande och handhavande av incidenter (Brady et al 2007). Författarna hade gjort en granskning av vilka ansatser olika vårdtyngdsinstrument hade. Man fann att det saknades instrument som kunde mäta det unika i distriktssköterskans roll och man ämnade utveckla ett sådant. I en ytterligare studie utforskades den bedömningskunskap som distriktssköterskan använde sig av vid ett första hembesök. Det visade sig vara en omfattande process som sannolikt påverkade patientens fortsatta vård och pekar därför på behovet och vikten av distriktssköterskans specialistkompetens i hemsjukvården (Kennedy 2002) liksom på behovet av god kommunikation med distriktsläkare som har det medicinska ansvaret (Rapport et al 1997, Goodman et al 2003).

Distriktsläkare beskrev att kommunikation med patienten och eller distriktssköterskan blev allt mer frekvent och omfattande ju högre nivå patienten bedömdes befinna sig i. Det betyder att denna kommunikation behöver fungera optimalt. Studier pekar också på att adekvat kommunikation och samverkan mellan personalen är en förutsättning för att bemöta och klara av förändringarna i primärvården (Rapport et al 1997, Goodman et al 2003). I en avhandling som bl a syftade till att få kunskap om distriktsläkarens erfarenhet av att ge medicinsk behandling till patienter med basal hemsjukvård poängterades vikten av att distriktsläkaren kunde förlita sig på distriktssköterskans bedömningar av och information om patientens tillstånd och att de kunde bistå patienten i den medicinska utredningen och behandlingen



(Modin 2010). I föreliggande studie framkommer också ett ökande behov av samverkan mellan distriktsläkare och distriktssköterska med stigande vårdtyngdsnivå. Det kan förklaras av att de medicinska tillstånden blev mer instabila och kunde ha akuta inslag i de övre vårdtyngdsnivåerna, något som kräver mer frekventa bedömningar och mer frekventa samråd.

För att ha ansvar för den medicinska behandlingen av patienter i hemsjukvården behöver det finnas en förtroendefull relation mellan distriktsläkare och distriktssköterska. Likaså behöver det finnas förutsättningar för distriktsläkaren att ta rollen som medicinsk ledare när så krävs. Problem uppstår när tid och rutiner t.ex. för samråd saknas (Modin 2010). Problem kan även uppstå då sjuksköterskan inte har den speciella specialistkompetens som distriktssköterskeutbildningen ger dvs. på grund av bristande kompetens och erfarenhet. Att istället för distriktssköterskor anställa vikarier och nyutbildade sjuksköterskor i hemsjukvården kan sannolikt påverka patientsäkerheten i vården av de svårt sjuka patienterna som idag får basal hemsjukvård (Falk et al 2006).

Den enskilda patientens vårdtyngdsnivå förändrades ibland radikalt beroende på förändringar av patientens vårdbehov t ex då tillståndet blev mera instabilt, fler och eller längre besök krävdes eller patientens sociala situation förändrades. Orsak till hembesök uppgavs bl a vara att sjukhuset tagit kontakt och rapporterat behov av hjälp i hemsjukvården, oroliga grannar, anhöriga eller personal inom kommunen eller distriktsläkaren som initierat att distriktssköterskan skulle gå hem t ex för att göra bedömningar och eller för provtagning. Dessa stämmer väl överens med vad som framkom i en tidigare kvalitativ studie där distriktssköterskor intervjuades om grunder för hembesök (Törnkvist et al 2005). I denna framkom fyra avgränsade kategorier: 1. patienten *var i behov av* en bedömning och eller vård i hemmet (pga. att det fanns sannolika eller redan fastställda vårdbehov alternativt så var distriktssköterskan orolig att något skulle hända), 2. patienten *kunde inte ta sig till* vårdcentralen (pga. individuella hinder och svårigheter alternativt hinder inom eller utanför bostaden. 3. patienten kunde *mest ändamålsenligt* få sitt vårdbehov bedömt och eller tillgodosett i hemmet (pga. att det utfördes i samverkan med andra aktörer alternativt effektivast och eller lämpligast i hemmet). 4. patienten kunde *säkrast* få sitt vårdbehov bedömt och eller tillgodosett i hemmet (pga att det var förenat med risker för patienten att komma till vårdcentralen eller att patienten hade en olämplig eller tveksamt lämplig vårdform och eller boendeform alternativt ett risktillstånd). Dessa beskrivningskategorier kan prövas kvantitativt i vidare studier och de kan då ge en uppfattning om antalet inskrivna patienter inom varje kategori. Detta kan också ge en uppfattning om vårdtyngd.

När det gäller användandet av den befintliga manualen så ansåg distriktssköterskorna och distriktsläkarna sammanfattningsvis att den gav dem kunskap om antalet in- och utskrivna patienter i respektive vårdtyngdsnivå, om hur vårdtungt ett område var samt om någon blev sämre. Negativa aspekter gällde bl a att manualen var svår att följa, att resultaten av bedömningarna kunde skilja sig mellan olika användare och att resultatet inte bidrog till att organisera eller fördela personalresurser.



## Referenser

Alford K, Meara A. (2001). Stretching district nursing services to meet rural needs. *Australian Journal of Rural Health*, 9, 286-292.

Brady AM, Byrne G, Horan P, Griffiths C, Macgregor C, Begley C. (2007). Measuring the workload of community nurses in Ireland: a review of workload measurement systems. *Journal of Nursing Management*, 15, pp 481-489.

Brady AM, Byrne G, Horan P, Macgregor C, Begley C. (2008). Reliability and validity of the CCNCS: a dependency workload measurement system. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1351-1360.

Bryder T. Innehållsanalys som idé och metod. (1985). Åbo akademis kopieringscentral. Stiftelsen för Åbo Akademi forskningsinstitut.

Byrne G, Brady AM, Horan P, Macgregor C, Begley C. (2007). Assessment of dependency levels of older people in the community and measurement of nursing workload. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 1, 39-49.

Churness VH, Onodera M. (1988). Reliability and validity testing of home health patient classification system. *Public health nursing*, 5, 3, 135-139.

Churness VH, Kleiffel D, Onodera M. (1991) Home health patient classification system. *Home Healthcare Nurse*, 9, 2, 14-22.

Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell Ekstrand I. (2000, 2005). VIPS-boken, FOU 48. En forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm SHSTF.

Falk U, Törnkvist L (2006). Kompetens behov och möjligheter. Kartläggning bland distriktsköterskor och sjuksköterskor i primärvården i Stockholms län. Del 1, vårdutvecklingsavdelningen. Augusti 2006.

Goodman C, Ross F, Mackenzie A, Vernon S. (2003). A portrait of district nursing: its contribution to primary health care. *Journal of Interprofessional care*, 17, 1, 97-108.

Hays BJ, Sather L, Peters DA. (1999). Quantifying client need for care in the community: a strategy for managed care. *Public health nursing*, 16, 4, 246-253.

Jirovec MM, Dornbrook B. (1996). The usefulness of the HCFA form 485 in predicting home healthcare costs. *Home healthcare nurse*, 14, 6, 471-477.

Kennedy CM. (2002). The work of district nurses: first assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 6, 710-720.

Landstingsförbundet (2000). Patientklassificering inom omvårdnadsområdet. Metodbeskrivning och användning för KPP och andra syften. Delrapport 2 från Landstingsförbundets KPP-projekt, 2000.

Levenstam A-K, Bergbom Engberg I. (1993). The Zebra system - a new patient classification system. *Journal of Nursing Management*, 1, 229-237.

Levenstam A-K, Bergbom I. (2002) Changes in patients' need of nursing care reflected in the Zebra system. *Journal of Nursing Management*, 10, 191-199.

Modin S. (2010). The medical treatment of patients with home care by district nurses from the family physician's perspective. Avhandling. Karolinska Institutet. Universitetsservice US-AB.

Polit DF, Hungler BP. (2000). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. Lippincott.

Rapport F, Maggs C (1997). Measuring care: the case of district nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 673-680.

Sargent P, Boaden R, Roland M. (2008). How many patients can community matrons successfully case manage? *Journal of nursing management*, 16, sid. 38-46.

Socialstyrelsen. Lägesrapport 2004a. Vård och omsorg om äldre. ISBN: 91-7201-933-6. Ekonomi-Print, Stockholm, februari 2005a.

Socialstyrelsen. Nytt från socialstyrelsen. Nr 4 (5 februari 2004b) Allt färre särskilda boenden, 2004b. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2008). Rapport: Hemsjukvård i förändring, en kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. November 2008.

Sveriges Kommuner och Landsting. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2008.

Svensk sjuksköterskeförening – SSF. (2008). Kompetensbeskrivning, legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. Tryck Danagårds 2008.

Törnkvist L. (2005). Grunder för hembesök, en undersökning av distriktssköterskors uppfattningar. Centrum för allmänmedicin. Stockholms läns landsting, Karolinska Institutet.

Wimo A, Rönnbäck E, Nyberg A, Granholm O, Thorslund M. (1999). Nursing load in different care alternatives in Sweden during 18 years. *Archives of gerontology and geriatrics* 1999, vol 28, pp 205-216.

## **Bilaga 1. Manual som hjälp vid bedömning av vårdtyngd inom den basala hemsjukvården i Stockholm**