



Nr B 2371
Januari 2020

Arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbetet

hinder och möjligheter för att arbeta
integrerat

Sanny Shamoun, Lisa Schmidt, Ann-Beth Antonsson, Fanny Isaksson Lantto och Helena Strehlenert

Författare: Sanny Shamoun, Lisa Schmidt, Ann-Beth Antonsson, Fanny Isaksson Lantto och Helena Strehlenert

Medel från: AFA Försäkring

Rapportnummer B 2371

ISBN 978-91-7883-138-8

Upplaga Finns endast som PDF-fil för egen utskrift

© IVL Svenska Miljöinstitutet 2019

IVL Svenska Miljöinstitutet AB, Box 210 60, 100 31 Stockholm

Tel 010-788 65 00 // www.ivl.se

Rapporten har granskats och godkänts i enlighet med IVL:s ledningssystem

Förord

Denna rapport redovisar ett forskningsprojekt om hur arbetsmiljöarbete kan integreras med patientsäkerhetsarbete i kommunal hemsjukvård. Utgående från likheter i systematiken för arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbete syftar detta projekt till att beskriva och analysera hur ledningssystem för arbetsmiljö och patientsäkerhet skulle kunna integreras och bidra till en ökad effektivitet och god verksamhetsstyrning. Vidare är projektets syfte att identifiera och beskriva vilka möjligheter men också vilka hinder som försvårar för att skapa ett integrerat och effektivt arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbete i kommunal hemsjukvård.

Vi vill rikta ett stort tack till de kommunala verksamheter som har deltagit i projektet. Ert engagemang och intresse för att förmedla erfarenheter och kunskap har varit ovärderligt för projektet. Utan ert deltagande hade vi inte fått ta del av hemsjukvårdens speciella förutsättningar och vilka faktorer som är av vikt i arbetet med att integrera arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbete.

Projektet har följts av en referensgrupp som har bidragit till arbetet med erfarenheter och kunskap. Ett stort tack till Agneta Andersson, SKR; Ann Georgsson, Kommunal; Alicia Lycke, Vårdförbundet; Axana Hagggar, Socialstyrelsen; Barbro Marklund, MAR (Medicinskt ansvar för rehabilitering) vid Stockholms Stad och Katarina Madehall, Hygijensjuksköterska i region Kronoberg, Svensk Förening för Vårdhygien.

Ett stort tack till John Sjöström som bidrog med projektidén och till Gunnar Sundqvist, SKR som följt projektet med intresse och bidragit med synpunkter.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	6
Summary	8
1 Inledning	10
2 Projektets syfte	10
3 Om hemsjukvård.....	11
3.1 Professioner och lagkrav inom hemsjukvård	12
4 Levande ledningssystem.....	14
4.1 Patientsäkerhetsarbete inom hemsjukvården	15
4.1.1 Det systematiska patientsäkerhetsarbetet.....	15
4.1.2 Patientsäkerhetsberättelse.....	16
4.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	17
4.3 Arbetsmiljö inom hemsjukvården	17
4.3.1 Risker i arbetsmiljön	17
4.3.2 Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM)	18
4.4 Integrering av patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiven?	19
4.5 Tidigare forskning.....	20
5 Metod	21
5.1 Metoddiskussion - urval av de deltagande organisationerna	21
5.2 Organisationerna som studerats i projektet	22
5.2.1 Tre kommuner	22
5.2.2 Två kliniker på ett sjukhus.....	23
5.3 Datainsamling och analys	24
6 Resultat och diskussion.....	24
6.1 Arbetsmiljö och arbetsmiljöarbete	25
6.2 Likartade arbetsmiljöfrågor i kommunerna	28
6.3 Patientsäkerhetsarbete inom kommunernas hemsjukvårdsorganisationer	29
6.4 Integrering av ledningssystem?.....	30
6.5 Ledningssystem i kommunerna – ansvar och roller	31
6.6 Möjligheter och hinder.....	33
6.6.1 Drivkrafter	33
6.6.2 Resurser	33
6.6.3 Kompetens och uppdrag.....	34
6.6.4 Innehållsmässigt samband mellan områdena	34
6.6.5 Organisation.....	35
6.6.6 En komplex lagstiftning.....	36
6.7 Exempel på integrering av arbetsmiljö och patientsäkerhet	37
6.7.1 Helhetssyn genom samarbete	37
6.7.2 Gröna Korset	38

7	Sammanfattande diskussion.....	39
8	Slutsatser	40
	Referenser.....	42
	Bilaga 1. Hemsjukvårdens utveckling	45
	Från regiondriven hemsjukvård till kommunaliserad hemsjukvård	45
	Hemsjukvårdens utveckling	46
	Bilaga 2. Intervjuguide	47

Sammanfattning

Under de senaste decennierna har en stor del av vården successivt flyttats ut från sjukhus till hemmet. Detta har inneburit nya förhållanden och utmaningar när det gäller vårdpersonalens arbetsmiljö, men också när det gäller patientsäkerhet. Patientsäkerhet och arbetsmiljö styrs av olika regelverk, men för båda områdena finns krav på ett systematiskt arbete med bl.a. mål, rutiner för riskbedömning och avvikelsehantering samt uppföljning, dvs. ledningssystem. IVL har i ett tidigare projekt undersökt hur arbetsmiljöarbetet kan effektiviseras genom att integrera det systematiska arbetsmiljöarbetet med andra ledningssystem. Arbetsplatser som utgick från en helhetssyn på verksamheten och där de olika aspekterna av verksamheten (arbetsmiljö, miljö, och kvalitet) beaktades och integrerades lyckades utveckla *levande ledningssystem* till skillnad mot de ofta förekommande "papperssystemen" som kan fungera bra i teorin men inte lika bra i praktiken.

Denna rapport beskriver och analyserar hur ledningssystem för arbetsmiljö och patientsäkerhet skulle kunna integreras och bidra till en ökad effektivitet och god verksamhetsstyrning. Projektets syfte är att identifiera och beskriva möjligheter och hinder för att skapa ett integrerat och effektivt arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbete i kommunal hemsjukvård.

Vi har genomfört besök och intervjuer i tre kommunala hemsjukvårdsverksamheter för att undersöka hur man kan arbeta med integrering av arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbete i verksamhetsledningssystem. Intervjuerna visar att den kommunala verksamheten, inklusive vård i hemmet, har speciella förutsättningar som att arbetsgivaren inte råder över arbetsplatsen i patientens hem, och att det finns olika lagstiftningar på området. Detta har stor betydelse för viljan och möjligheten att integrera arbetet med arbetsmiljö och patientsäkerhet. Vi kan också konstatera att de tre besökta kommunerna inte har lyckats med en sådan integrering. I de delar där man lyckats med en integrering har man utgått från ett verksamhetsperspektiv och bygger på samverkan mellan olika kompetenser eller på ett förebyggande arbete för att förebygga både patientsäkerhets- och arbetsmiljörisker.

Några av de hinder och svårigheter som finns för integrering är:

- De personer som ansvarar för de olika frågorna såsom arbetsmiljö, biståndsbedömning och patientsäkerhet, är ofta specialiserade på ett område och formuleringen av deras uppdrag (arbetsuppgifter) upplevs begränsa möjligheterna att "gå utanför ramarna".
- Verksamheten organiseras i vad som brukar kallas stuprör, dvs. funktion för funktion eller område för område, vilket försvårar integrering av olika perspektiv.
- En vanlig föreställning är att arbetsmiljölagen är underordnad andra lagar såsom exempelvis hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Detta innebär att annan lagstiftning prioriteras framför arbetsmiljölagen.
- De ledningssystem som används har visserligen likartad struktur, men de har inte utformats för att de ska integreras, även om den likartade strukturen är tänkt att underlätta integrering. Eftersom varje ledningssystem har fokus på ett område, kan det i praktiken vara svårt att se hur, samt även varför, olika ledningssystem ska integreras.

Möjligheter för att åstadkomma förbättrad integrering är:

- Många säger att de känner igen sig i uttrycket att "det är olika sidor av samma mynt". Detta är en bra förutsättning för att lyfta diskussionen om integrering.
- Om man istället för olika ledningssystem tänker i termer av ett verksamhetsledningssystem, kommer verksamheten i fokus och då kan det vara mer



naturligt att inkludera de områden som är relevanta för respektive del av verksamheten, t.ex. arbetsmiljö, patientsäkerhet, kvalitet eller miljö.

- Det finns redan många forum och mötesformer som det går att bygga vidare på och där olika kompetenser samarbetar. Att formulera ett tydligt uppdrag att arbeta med ett helhetsperspektiv och tydliggörande av att arbetsmiljö ingår i detta, kan vara en bra grund för att utveckla arbetet med integrering.
- Gröna korset är ett inspirerande exempel för att integrera arbetet med arbetsmiljö och patientsäkerhet. Gröna korset används främst inom sjukhus, men borde kunna utvecklas och användas också för sjukvård i hemmet.
- Fler kommuner använder IA-systemet (KIA) där avvikelser i både arbetsmiljö och patientsäkerhet kan rapporteras samtidigt, detta är en del av integreringen.

Summary

During the last decades, a large part of the healthcare has been gradually moved out of hospitals to the home. This has created new conditions and challenges in terms of healthcare work environment, but also in terms of patient safety. Patient safety and working environment are governed by different regulations in Sweden, but for both areas there is a requirement for systematic work with, among other things, goals, procedures for risk assessment, and variance management and monitoring (i.e. management systems). In an earlier project, IVL has investigated how work environment management can be streamlined by integrating systematic work environment management with other management systems. The project showed that workplaces that were based on a holistic view of the business, where the various aspects of the business (work environment, environment, and quality) were considered and integrated, succeeded in developing well-functioning management systems in contrast to frequently occurring "paper systems" that may work well in theory but not in practice.

This report describes and analyzes how management systems for work environment and patient safety can be integrated and how they can contribute to increased efficiency and good business management. The purpose of the project is to identify and describe opportunities and obstacles for creating an integrated and effective work environment and patient safety management in municipal home healthcare.

We have visited three municipal organizations and used interviews to explore how to work with integration of work environment management and patient safety in home healthcare. The interviews show that the municipal health services, including healthcare in the home, have special conditions such as being governed by several different laws, and that the employer has limited opportunities to control the work environment in peoples' homes. These conditions have great importance for staff motivation and for creating opportunities to integrate work environment management and patient safety. There are few examples of successful integration among the respondent municipal health services. The successful cases have used an operational perspective and builds on collaboration between different competences, or preventive work to reduce both patient safety and work environment risks.

Some of the obstacles and difficulties that exist for integration are:

- The people responsible for the different issues, such as work environment and patient safety, are often specialized in one area and the formulation of their assignments (tasks) is perceived to limit the opportunities to "think outside the box".
- The business is organized function-by-function or area-by-area, which makes integration of different perspectives difficult.
- A common notion is that the Work Environment Act is subordinate to other laws, such as the Health and Medical Act and the Social Services Act. This means that other legislation is prioritized over the Work Environment Act.
- The management systems to be integrated have a similar structure, but they have not been designed for integration (although the similar structure is intended to facilitate integration). Since each management system focuses on one area, it can in practice be difficult to see how and why different management systems should be integrated.

However, there are opportunities for succeeding:



- Many people recognize the expression that "there are two sides of the same coin". This is a good starting point for raising discussion on integration.
- Instead of thinking about different management system for different areas, thinking in terms of one business management system puts the business into focus and then it may be more natural to include the areas that are relevant to each part of the business, e.g. work environment, patient safety, quality, and environment.
- There are already many different forms of collaborations, that can be built upon where different competencies work together. Formulating a clear mission to work with a holistic perspective and clarifying that the working environment is part of this can be a good basis for developing integration.
- The "Green Cross"-method, is an inspiring example of integrating work environment management and patient safety. The Green Cross is mainly used in hospitals but should also be developed and used in home healthcare.
- Several municipalities use the IA system (KIA) where deviations in both work environment and patient safety can be reported simultaneously, and this is part of a successful integration.

1 Inledning

Hemsjukvård har många fördelar, för patienten (brukaren, vårdtagare, den enskilde) som kan vara kvar i den trygga och bekanta hemmiljön. Det finns även samhällsekonomiska fördelar om man jämför med kostnaden för en vårdplats på ett sjukhus. En problematik är dock att arbetsgivaren inte helt råder över arbetsstället – patientens hem – vilket kan göra det svårare att skapa en god och säker arbetsmiljö för personalen (Arbetsmiljöverket, 2009). Hemsjukvård är därmed en arbetsplats med speciella förutsättningar för arbetsmiljöstyrning. Dessutom kan det finnas konflikter mellan arbetsmiljön och patientens behov och önskemål. Detta ställer ökade krav på ett proaktivt systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) som förmår att effektivt förebygga risker och skapa en stabil och god arbetsmiljö.

Samtidigt ska den som vårdas i hemmet få en patientsäker vård, dvs risken att drabbas av en vårdskada ska undanröjs eller begränsas. För att uppnå det ska den som utför vården bedriva ett patientsäkerhetsarbete enligt Patientsäkerhetslagen (SFS2010:659, 2010). En jämförelse av systematiken för arbetsmiljö- respektive patientsäkerhetsarbete visar många likheter. Både struktur och arbetsätt är likartade, där riskanalys ska göras (riskidentifiering/riskbedömning), åtgärds- och handlingsplaner ska upprättas och inträffade händelser/olycksfall, tillbud och avvikelser ska utredas (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013). Utgående från dessa likheter syftar projektet till att beskriva och analysera goda exempel på verksamheter som förmår integrera och effektivisera de båda systemen med stöd av ledningssystem.

Basal sjukvård i hemmet drivs främst av kommuner, till skillnad från avancerad vård i hemmet (ASiH) som drivs i regioners regi. Dessutom ansvarar kommunerna för hemtjänst, som har många liknande arbetsmiljöförhållanden som hemsjukvård. Hemtjänst behandlas inte i denna rapport.

Fokus i projektet har varit kommunala verksamheter som bedriver basal hemsjukvård. Efter avsnittet nedan om projektets syfte följer först en beskrivning om hemsjukvård och de regelverk som den styrs av (i bilaga 1 ges en förklaring av hur hemsjukvården har utvecklats och förändras över tid). Därefter följer ett avsnitt om hemsjukvårdens professioner och gällande lagkrav vid hemsjukvård. Rapporten avslutas med en beskrivning av de besökta verksamheternas arbete vad gäller patientsäkerhet, arbetsmiljö och ledningssystem. Sist följer en diskussion om vilka faktorer som underlättar respektive försvårar arbetet med att integrera arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbete i ett ledningssystem.

Från den 1 januari 2019 blev samtliga kvarvarande landsting i Sverige regioner. I rapporten har vi använt det aktuella begreppet "region" istället för landsting utom i ett sammanhang som handlar om tiden innan förändringen. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL har i linje med detta nyligen bytt namn till Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. I denna rapport har vi använt namnet SKL, eftersom det namnet gällde då projektet genomfördes.

2 Projektets syfte

Detta projekt syftar till att beskriva och analysera hur ledningssystem för arbetsmiljö och patientsäkerhet skulle kunna integreras och bidra till en ökad effektivitet och god verksamhetsstyrning. Vidare är projektets syfte att identifiera och beskriva vilka möjligheter men

också vilka hinder som försvårar för att skapa ett integrerat och effektivt arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbete i kommunal hemsjukvård.

3 Om hemsjukvård

Nedan ges en översiktlig beskrivning av hemsjukvård och det regelverk som styr hemsjukvårdens innehåll och organisation.

Hälso- och sjukvården är uppdelad i primärvård, specialiserad vård, tandvård samt övrig hälso- och sjukvård. Primärvården och den specialiserade vården är i sin tur uppdelade i slutna vård, öppen vård samt hemsjukvård (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018). Hemsjukvård brukar delas upp i basal hemsjukvård, dvs. primärvårdens hemsjukvård, respektive ASiH, som är kopplad till den specialiserade slutna vården. Medan basal hemsjukvård främst drivs i kommunal regi, drivs ASiH av regionerna. I Bilaga 1 beskrivs hemsjukvårdens utveckling.

Lagstiftningens definition av hemsjukvård är "hälso- och sjukvård i hemmet", men detta innefattar inte all hälso- och sjukvård som är möjlig att bedriva i ett hem. Lagens förarbeten (Prop. 1990/91:14) begränsar hemsjukvård till ordinärt boende, dvs. i patientens bostad. I propositionen beskrivs hemsjukvård som "den del av primärvården som utför hälso- och sjukvård i enskilda hem i det vanliga bostadsbeståndet" så som medicinska insatser, rehabilitering, habilitering och omvårdnad. Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2017) har en annan definition och definierar hemsjukvård som hälso- och sjukvård när den ges i såväl ordinärt boende och särskilt boende, som i daglig verksamhet och dagverksamhet.

Alla hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i patientens hem ska ha föregåtts av en vård- och omsorgsplanering (vårdplan/SIP samordnad individuell plan). All hemsjukvård genomförs i enlighet med den s.k. "tröskelprincipen" (SOU 2011:55), som säger att patienter som av hälsoskäl inte kan ta sig till regionens sjukvård ska ges möjlighet att få hemsjukvård. Hemsjukvård kan ges oavsett ålder till den som har varaktigt eller vid enstaka tillfällen återkommande behov. Därmed kan vårdbehoven variera mellan åldrarna men majoriteten av dem som får hemsjukvård är äldre personer med flera olika sjukdomar, med nedsatt autonomi och med stort beroende av insatser från både hemtjänst och hemsjukvård (Socialstyrelsen, 2008; Thomé, Dykes, & Rahm Hallberg, 2003).

Generellt står hela sjukvården inför utmaningar med kompetensförsörjning och ökande kostnader som följd av demografiska förändringar. Den demografiska utvecklingen innebär att befolkningen ökar snabbt i de för kommuner och regioner mest kostnadskrävande åldrarna, samtidigt som befolkningen i yrkesverksam ålder bara ökar svagt. Sammantaget innebär detta en växande rekryteringsutmaning för kommuner och regioner. En utveckling och förändring kommer att krävas eftersom förväntningar på välfärden kommer fortsätta vara höga. Mot bakgrund av detta är behovet av att effektivisera verksamheten genom att integrera patientsäkerhet- och arbetsmiljöarbetet alltmer aktuellt.

3.1 Professioner och lagkrav inom hemsjukvård

Inom hemsjukvården arbetar flera professioner med samma patient. Hemsjukvård ges av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (exklusive läkare) och av annan vårdpersonal t.ex. undersköterskor (usk). För vissa reglerade arbetsuppgifter kan arbetet utföras av icke-legitimerad personal, förutsatt att det finns delegering enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14). Den legitimerade personal som utför hälso- och sjukvårdsinsatser inom hemsjukvård är sjuksköterskor (ssk), distriktssjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster (fysioterapeuter). Enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) som ersatte lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) avser hälso- och sjukvårdspersonal även den som biträder en legitimerad yrkesutövare, dvs. undersköterskor och vårdbiträden (hemtjänstpersonal).

I samband med Ädelreformen lagfästes att kommunerna skulle ha en sjuksköterska ansvarig för att den kommunala hälso- och sjukvården utövas på ett säkert sätt med god kvalitet och patientsäkerhet, en s.k. medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS). Sjukgymnaster eller arbetsterapeuter kunde ha dessa uppgifter rörande rehabilitering i rollen som medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) (Sveriges Kommuner och Landsting, 2017). MAS:ens och MAR:ens ansvar regleras och beskrivs i hälso- och sjukvårdsförordningen, 4 kap. 6§) (SFS, 2017:80).

I uppdraget som MAS ingår att tillsammans med verksamhetschefen ansvara för att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och patientsäkerheten inom ramen för det ledningssystem som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. MAS planerar, leder, kontrollerar, dokumenterar och redovisar arbetet med verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Det är även MAS som är ansvarig för att händelser som medfört eller riskerat medföra en vårdskada anmäls enligt Lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I ansvarsområdet ingår också att se till att författningsbestämmelser och andra regler är kända i verksamheten. Inom ramen för ledningssystemet ska MAS ta fram, fastställa och dokumentera rutiner med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten. Verksamhetschefen ansvarar för att personalen inom kommunens hälso- och sjukvård har den kompetens som behövs.

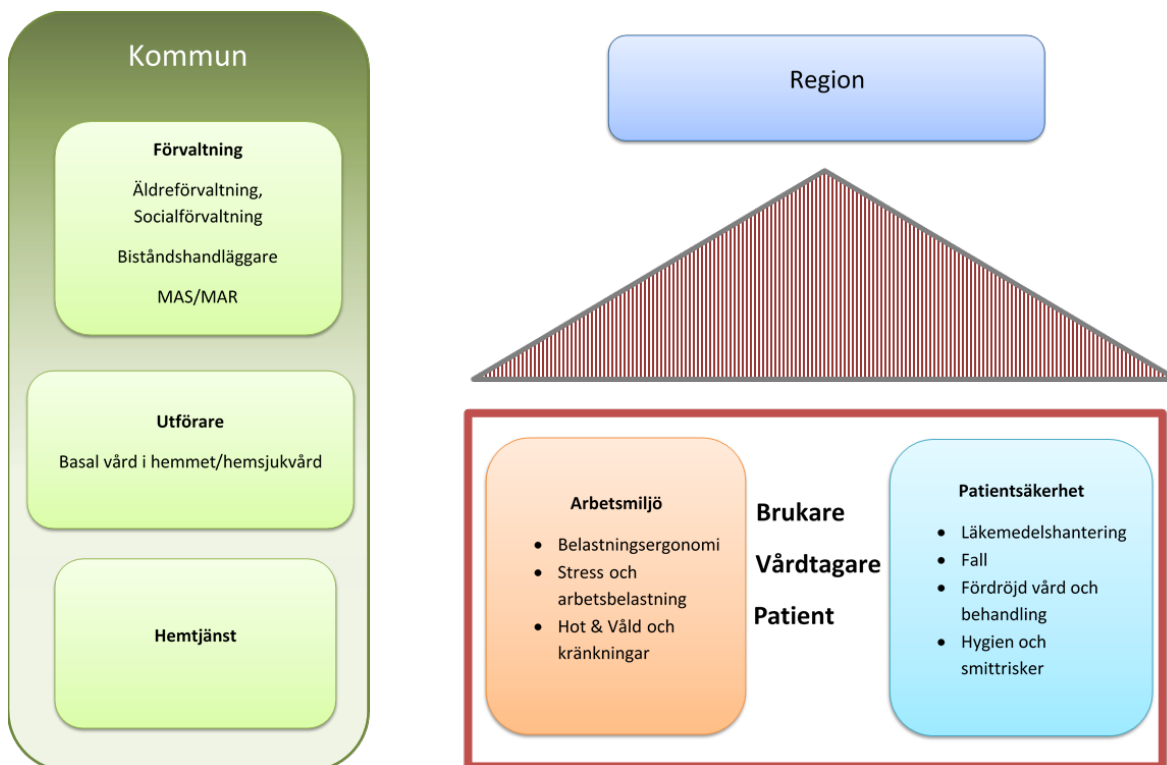
Dessutom ska kommunerna ha tillgång till en vårdhygienisk expertfunktion som kan ge stöd i att upprätthålla en god hygienisk standard som hälso- och sjukvårdslagen föreskriver. Den vårdhygieniska expertisen kan hjälpa till med uppföljning av vissa indikatorer och avvikelserapporter. Det kan gälla både patientsäkerhet och arbetsmiljö inom det vårdhygieniska området. De som arbetar i verksamheten kan behöva stöd för att bedöma smittrisker med mera. Vårdhygienisk expertis kan tillsammans med personalen ta fram säkra rutiner för både patienter och personal, till exempel hur personalen med orena händer inte ska ta i rent material och riskera smittspridning.

Hemsjukvård som vårdform och sjuksköterskors roll inom hemsjukvården har under senare år uppmärksamats allt mer inom vårdforskningen både i Sverige (Carlander, Ternstedt, Sahlberg-Blom, Hellström, & Sandberg, 2011; Karlsson & Berggren, 2011; Lindahl, Lidén, & Lindblad, 2011; Munck, Fridlund, & Mårtensson, 2011; Öresland, 2011) och internationellt t.ex. (Roe, 2011; Stajduhar et al., 2011; Stajduhar et al., 2010). Av studierna framgår t.ex. att sjuksköterskans roll förändrats och att sjuksköterskor verksamma inom hemsjukvård har fått ett större ansvar bland annat genom att de ofta själva måste ta svåra beslut som rör den dagliga vården (Pooler, McCrory,

Steadman, Westwell, & Peers, 2003) De har små möjligheter att få kollegialt stöd i en komplicerad eller känslomässigt laddad vårdssituation, då de ofta arbetar ensamma.

Valiee m fl. fann att misstag i vården skedde till följd av brist på motivation och att en överdriven press på sjuksköterskor ledde till bristande motivation och vilja (Valiee, Peyrovi, & Nikbakht Nasrabadi, 2014). Detta är ett exempel där forskningen har kunnat påvisa ett samband mellan vårdkvalité och god arbetsmiljö.

Andra professioner som är centrala i den kommunala hemsjukvården är biståndshandläggare, verksamhetschef, socialförvaltningschef, enhetschef och kvalitetsutvecklare. Biståndshandläggare ansvarar för att vård- och omsorgsplaner görs vilket innebär att patientens behov utreds och följs av ett beslut enligt SoL (SFS2001:453, 2001) eller LSS (SFS1993:387) om vilken typ av vårdstöd patienten ska få och vilka professioner som behövs för att hen ska klara sig i sitt hem exempelvis efter en sjukhusvistelse. Verksamhetschefen ansvarar enligt HSL 29 § för den löpande verksamheten och ska bland annat säkerställa att hälso- och sjukvården är patientsäker samt tillgodose patientens behov av samordning och kontinuitet i vården. Även god kvalitet och kostnadseffektivitet ingår i verksamhetschefens ansvar inom sitt verksamhetsområde. Huvudansvaret för arbetsmiljön i kommunal hemsjukvård, enligt Arbetsmiljölagen (SFS1977:1160) ligger på arbetsgivaren som har det yttersta arbetsmiljöansvaret vilket vanligtvis är socialförvaltningschefen. Arbetsmiljöuppgifter ska fördelas ut i organisationen vilket görs skriftligen till chefer exempelvis verksamhetschef.



Figur 1. Överskådlig illustration över verksamheter, professioner och exempel på arbetsmiljö- och patientsäkerhetsrisker som förekommer och berörs vid utförande av kommunal hemsjukvård.

4 Levande ledningssystem

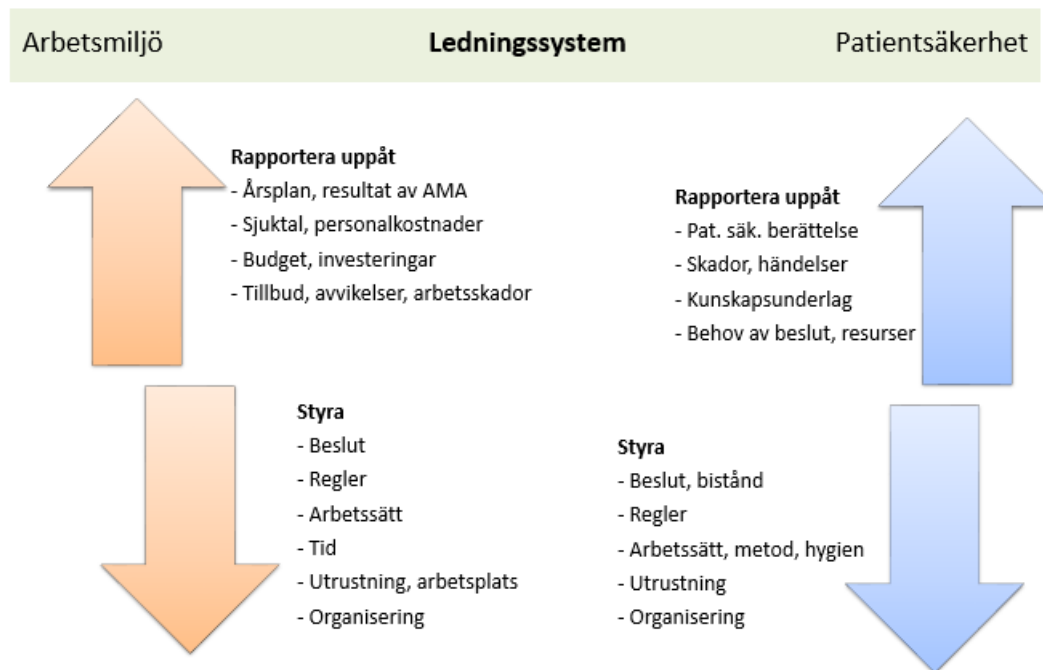
Många verksamheter har under de senaste decennierna infört ledningssystem. De första ledningssystemen fokuserade på kvalitet. Därefter kom miljöledningssystem och internkontroll av arbetsmiljön (vilket idag är SAM). Ledningssystem är verktyg för en organisation att säkerställa att verksamheten bedrivs enligt fastställda riktlinjer. Ett verktyg som används för att hålla ordning på alla aktiviteter som pågår i verksamheten och som fungerar genom att planera, leda, kontrollera, följa upp och utvärdera organisationens arbete. De fungerar även som stöd för medarbetare i det dagliga arbetet.

Ledningssystem utgår ofta från standarder och lagkrav, exempelvis OHSAS 18001, ISO 45001, Arbetsmiljölagen och AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete för arbetsmiljöledningssystem och ISO 9000-serien, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (Socialstyrelsen, 2011), Patientsäkerhetslagen, PSL SFS 2010:659, och HSL för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

En lägesrapport från Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2016a) har visat att själva begreppet ledningssystem tolkas på olika sätt och att uppfattningen om vad som ingår i ett ledningssystem varierar, vilket kan påverka hur man utvecklar och implementerar rutiner. Steget från "systemnivå" – med styrande och redovisande dokument, fastställda rutiner mm. – till "verksamhetsnivå", dvs. arbetssätt och arbetsmetoder som förverkligar systemens intentioner, kan därför ofta vara problematiskt. Om ledningssystem ska användas på ett effektivt sätt bör de integreras i det dagliga arbetet där de ska användas (Sjöström, 2013). Trots att många ledningssystem har likheter ligger en stor utmaning i att få administrativa system att bli "levande" i verksamheten, att bli en naturlig och levande del av det dagliga arbetet (Antonsson, Sjöström, & Östlund, 2011). Att integrera och levandegöra ledningssystem kan bidra till en mer resurseffektiv styrning genom att skapa och använda samma rutiner för exempelvis förbättringsacykler och möten. En sådan integrering kan ge en helhetssyn på verksamheten och dess mål. Dessutom kan ett integrerat ledningssystem för flera verksamhetsområden så som patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete, ge bättre beslutsunderlag i frågor som berör båda områdena. Ledningssystem uppfattas dock ofta av de anställda som formalia som inte ger den vägledning som de behöver (Antonsson et al., 2011). En avgörande faktor för alla ledningssystem är hur användbara, begripliga och nyttiga de uppfattas av de som utför arbetet i verksamheten. Ett vanligt problem är att ledningssystem införs "top-down" och då mer uppfattas som hinder och onödig byråkrati än som hjälpmedel i arbetet. Det är därför av stor vikt att system och arbetssätt är väl integrerade. Ledningssystemen kan då ge god möjlighet att fånga upp och förmedla erfarenheter, uppfattningar och kunskaper från anställda och använda dessa i styrning och förbättring av verksamheten (Sjöström, 2013). Anställdas uppfattningar och föreställningar om ledningssystemen och hur de relaterar till det arbete som ska utföras är viktiga komponenter för såväl utveckling som analys av systemen och deras effektivitet.

Internationellt förekommer satsningar på att integrera arbetsmiljöstyrning med patientsäkerhet t.ex. genom att inkludera arbetsmiljö i ledningssystem för patientsäkerhet (Galindo, 2015).

Figur 2 nedan visar hur kommunikationsvägar i ett levande ledningssystem kan fungera för verksamhetens målstyrning vad gäller arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbetet och dess likheter; både uppåt till organisationens beslutande nivåer och nedåt för styrning av verksamhetens praktik.



Figur 2. Kommunikationsvägar för ledningssystem för arbetsmiljö och patientsäkerhet. Rapportering uppåt mot beslutsnivåer samt styrning nedåt av verksamheten (AMA står för arbetsmiljöarbete).

4.1 Patientsäkerhetsarbete inom hemsjukvården

4.1.1 Det systematiska patientsäkerhetsarbetet

Patientsäkerhet är ett prioriterat område i Sverige och internationellt. Det nationella patientsäkerhetsarbetet har haft fokus på sjukhusvård och kunskapen om patientsäkerhetsriskerna i hemsjukvård är därmed inte lika kända (Socialstyrelsen, 2016c). Till de mest riskfyllda områdena inom den kommunala hälso- och sjukvården räknar man läkemedelshantering, fall och fördröjd vård och behandling. Andra riskområden som har identifierats är nutrition, delegering, omvårdnad, bemötande, kommunikation, information, infektioner och smittspridning samt medicintekniska produkter (Sveriges Kommuner och Landsting, 2017).

Om arbetsmiljön inte är bra, t.ex. underbemanning, dåligt anpassade arbetsscheman eller bristfällig kompetens hos personalen, ökar risken för att t.ex. hygienrutiner inte följs. Detta kan i sin tur öka förekomsten av vårdrelaterade infektioner och även bidra till en ökning av antibiotikaanvändning. Med andra ord påverkar dåligt anpassade förutsättningar i arbetsmiljön även frågor om vårdhygien, följsamhet till hygienrutiner och därmed patientsäkerhet.

Syftet med det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att genom ett förebyggande arbete fånga upp risker och vidta åtgärder. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet ska fördela ansvaret i

organisationen, genomföra egenkontroll och riskanalyser, vidta åtgärder och upprätta handlingsplan. Vidare ska arbetet utreda händelser, avvikelser och anmäla olyckor och misstag så att de synliggörs. Syftet är att möjliggöra ett lärande i verksamheten och ge möjligheter till att liknande situationer i framtiden kan undvikas. I patientsäkerhetsarbetet måste man arbeta utifrån två perspektiv. Det gäller både att undvika att det blir fel och att säkerställa att det blir rätt. Det första perspektivet brukar på engelska benämnas Safety-I och det andra Safety-II (Frédéric, 2015).

Inspektionen för vård och omsorg har identifierat brist på samverkan (kontinuitet i vårdkedjan) som ett särskilt riskområde (Inspektionen för vård och omsorg, 2016). Detta kan bidra till att vården eller omsorgen blir felaktigt utförd eller att patienten helt enkelt inte får den insats som hen har behov av och rätt till. Den enskilde kan "hamna mellan stolarna" dvs att ansvaret för ärendet ligger på olika områden och det blir otydligt vem som ska göra vad. Ju fler verksamheter som är inkopplade desto större risk är det att ansvaret blir otydligt. Detta kan bero på flera faktorer så som brister i samordnad vårdplanering, otydlig kommunikation och bristande information mellan de olika verksamheterna (Socialstyrelsen, 2016a). Oftast finns risker inbyggda i ett system eller i en organisation genom exempelvis bristfälliga rutiner, bristande kompetens och felaktig teknik. Men risker kan också uppkomma i samband med förändring eller införande av nya organisationsformer, tekniker och rutiner (Sveriges Kommuner och Landsting, 2017). Alla kan göra misstag, till exempel på grund av missförstånd och förbiseenden. Med anpassade rutiner, en god arbetsmiljö, anpassad bemanning och kompetens, engagerat ledarskap och tydlig organisation kan eventuella misstag fångas upp i tid, innan en patient skadas. Utifrån ovanstående kan det framstå som en självklarhet att arbetsmiljöarbetet inkluderas och integreras med patientsäkerhetsarbetet.

4.1.2 Patientsäkerhetsberättelse

Vårdgivaren/verksamhetschefen ansvarar för att en patientsäkerhetsberättelse upprättas, sammanställs och följs upp årligen.

I varje kommun har MAS/MAR som huvudarbetsuppgift att minimera ovanstående brister och risker och att tillsammans med vårdgivaren/verksamhetschefen ansvara för att hälso- och sjukvården utövas på ett säkert sätt med god kvalitet och patientsäkerhet. Enligt Patientsäkerhetslagen, 3 kap. 10§ (SFS2010:659, 2010) ska vårdgivaren arbeta för att identifiera, analysera och minska riskerna i vården och årligen upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Patientsäkerhetsberättelsen är en sammanställd rapport och ska innehålla strategier, mål och resultat av vårdgivarens arbete med att förbättra patientsäkerheten. Resultat så som exempelvis minskning av vårdrelaterade infektioner, införande av tekniska system, eller effektivare rutiner som uppnåtts under föregående år ska beskrivas. Sammanfattningsvis ska patientsäkerhetsberättelsen redogöra för hur kommunen som vårdgivare arbetar med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses, 7 kap. 3§ (Socialstyrelsen, 2011). Patientsäkerhetsberättelsen bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet. Den ska även innehålla en beskrivning av hur vårdpersonal, patienter och närståendes synpunkter på patientsäkerheten har hanterats.

4.2 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Ledningssystem är ett system för att fastställa principer för ledning av verksamheten och behövs för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna. Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (Socialstyrelsen, 2011) ska ge stöd vid upprättandet av ett ledningssystem och stöd i det systematiska förbättringsarbetet av en verksamhets kvalitet.

Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och ska ge verksamheter stöd att

- planera
- leda
- kontrollera
- följa upp
- utvärdera
- förbättra verksamheten.

Dessa punkter ingår i de flesta ledningssystem, dvs. även för ledningssystem för miljö, arbetsmiljö, patientsäkerhet mm och beskrivs ofta som ett systematiskt förbättringsarbete.

Genom ledningssystemet möjliggörs för ledningen att styra verksamheten så att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Ledningssystemet ger även förutsättningar för att skapa ordning och reda i verksamheten och att arbeta förebyggande så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser enligt de krav som finns i lagar och föreskrifter för verksamheter inom hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS kan förebyggas.

Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer.

De som bedriver verksamhet måste skapa förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet. Medarbetarnas erfarenheter avseende verksamhetens kvalitet kan ge värdefull information i arbetet med att säkra kvaliteten och vidareutveckla vården och omsorgen. På så sätt blir verksamheten en lärande organisation.

4.3 Arbetsmiljö inom hemsjukvården

4.3.1 Risker i arbetsmiljön

När man arbetar med vård i annans hem innebär det att patientens hemmiljö blir en arbetsplats för den sjukvårdspersonal som vistas där, vilket kan bli problematiskt eftersom arbetsgivaren då inte råder över arbetsplatsen. Detta kan göra det svårare att skapa en tillfredsställande arbetsmiljö för personalen och ställer då andra krav på arbetsgivare att bl.a. riskbedöma vid ensamarbete, den ergonomiska belastningen, risken för hot och våld, smittrisker och hygien i bostaden. Även om arbetsgivaren lyckas göra en bra riskbedömning kan konflikter uppstå med brukare som kanske

inte vill förändra sitt hem (t ex byta ut en säng, ta bort en matta eller sätta in belysning) vilket försvårar arbetsgivarens möjligheter att vidta nödvändiga åtgärder för att säkerställa en god arbetsmiljö för personalen. Trots detta har arbetsgivaren enligt Arbetsmiljölagen (1977:1160 SFS) huvudansvaret för att medarbetarnas arbetsmiljö är god och säker.

Fysisk belastning och psykiska påfrestningar på grund av tidsbrist och stress är särskilt vanligt i kontaktyrken såsom inom vården. Den vanligaste orsaken till arbetsskador för personer som arbetar i ordinärt boende är belastningsergonomiska faktorer. Andra risker som har lyfts fram vid Arbetsmiljöverkets inspektioner och som även forskningen identifierat är exempelvis trånga och olämpliga lokaler, låga sängar, brist på hjälpmedel och bristande bemanning. Hot, våld och kränkningar från såväl patienter som anhöriga har uppmärksammats allt mer och är ofta relaterat till missbruk, demens och psykisk sjukdom. Andra kända risker innefattar husdjur, smitta, långa resor i tjänsten och tobaksrök. Man har funnit att tidsbrist, stress och det faktum att hemmen inte är anpassade för att främja en god arbetsmiljö, kan leda till känslor av otillräcklighet och stress på grund av oklara riktlinjer och rutiner. Andra studier har även visat att arbete med vård- och omsorg i patienters hem kan vara psykiskt påfrestande i längden (Josefsson, Sonde, Winblad, & Robins Wahlin, 2007) (Wälivaara, Sävenstedt, & Axelsson, 2013). Arbetskadestatistik visar att personal som arbetar med vård och omsorg i annans hem löper en hög risk att drabbas av arbetsrelaterade skador och sjukdomar (Arbetsmiljöverket, 2009) i jämförelse med personal inom andra kontaktyrken.

Sammanställningar av inspektioner från Arbetsmiljöverket (Arbetsmiljöverket, 2014, 2015) har visat att närmre var tredje arbetsmiljöbrist inom kommunal hemtjänst (som har många likheter med hemsjukvård), som bedriver arbete i annans hem handlar om stress och hög arbetsbelastning. Det visade sig att de största bristerna rörde arbetskrav och arbetsbelastning då man upplevde höga arbetskrav, många arbetsuppgifter och stor arbetsmängd i förhållande till personalresurserna. Resurser och arbetsutrustning var en annan stor brist i fråga om t.ex. otillräckliga kunskaper om arbetsmiljörisiker samt brister gällande fordon eller bilar.

Arbetsmiljöverkets granskning av kommunal verksamhet har pekat på stora skillnader i arbetsmiljö mellan kvinno- och manskodade verksamheter inom samma organisation (Arbetsmiljöverket, 2017). Kvinnor arbetar till större utsträckning inom offentlig sektor och i kontaktyrken (yrken med fokus på människor och omsorg) än män och ohälsan inom kvinnodominerade yrken ökar. Rapporten, som granskade arbetsrelaterad ohälsa och genuskillnader, menar att de organisatoriska och sociala faktorerna i arbetsmiljön och arbetsvillkor tillsammans med problematiska fysiska och mentala belastningar, är de främsta orsakerna till kvinnors arbetsrelaterade ohälsa idag. Fysisk och emotionell belastning inom de kvinnodominerade sektorerna är negativa följder av arbetsvillkor och arbetsmiljö som går ut över de kvinnor och män som befinner sig där. I rapporten konstateras att det alltså är en fråga om exponering, inte en fråga om kön, och påpekar att många kommuner vidtar åtgärder, men att det inte har skett tillräckliga strukturella förändringar på en organisatorisk och övergripande nivå.

Arbetsmiljöverkets inspektioner hade även identifierat brister vad gäller SAM. Bristerna i SAM gällde främst undersökningar och riskbedömningar av arbetsförhållandena, framför allt arbetsförhållandena hemma hos enskilda brukare.

4.3.2 Systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM)

Grunden för att hantera arbetsmiljöfrågor i en organisation är SAM. SAM förutsätter att arbetsgivaren bedriver ett kontinuerligt arbete med att identifiera, förebygga och åtgärda risker i

arbetsmiljön. SAM är ett lagstadgat ledningssystem, enligt föreskriften om systematiskt arbetsmiljöarbete inom arbetsmiljöområdet (Arbetsmiljöverket, 2008) och dess regler gäller för alla arbetsgivare och arbetsplatser. SAM ställer krav på arbetsgivaren att bedriva arbetsmiljöarbete inordnat i den dagliga verksamheten ”på ett sådant sätt att ohälsa och olycksfall i arbetet förebyggs och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås” (Arbetsmiljöverket, 2008).

Rapporter från Arbetsmiljöverket (Arbetsmiljöverket, 2009, 2015) har pekat på att det är vanligt med brister i SAM vid vård i hemmet, både gällande rutiner, arbetsmiljökunskaper, uppgiftsfördelning och riskbedömning av arbetet med enskilda patienter. En kunskapssammanställning om SAM i kommunal verksamhet har dessutom visat att man inte förmår att förebygga arbetsrelaterad ohälsa på ett effektivt sätt (Frick & Johanson, 2013). Även om rutiner och strukturer finns dokumenterade så brister tillämpningen, vilket gör att arbetsmiljöarbetet inte ger önskad effekt. Delförklaringar till detta är bristande kunskap om arbetsmiljö och SAM hos såväl chefer som medarbetare och bristande målstyrning, särskilt för vanligt förekommande arbetsmiljöproblem. Bristande målstyrning kan t.ex. innebära att man inte sätter upp mål och vidtar åtgärder för att nå målen för vanligt förekommande arbetsmiljörisker.

4.4 Integrering av patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiven?

Patientsäkerhet- och arbetsmiljöarbetet har likartad systematik och det finns stora vinster med att integrera arbete inom dessa områden. Det finns ett samband mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet, se bl.a. (Wåhlin, Kvarnström, Öhrn, & Nilsson Strid, 2019). Flera studier visar att god arbetsmiljö leder i större grad till en hög patientsäkerhet. På samma sätt kan hög arbetsbelastning, stress och tidsbrist för att utföra sina arbetsuppgifter, dvs. arbetsmiljöbrister leda till ökade patientsäkerhetsrisker (t.ex. att läkemedel förväxlas eller att läkemedel missas att ges eller ges vid fel tidpunkt) (Baylina, Barros, Fonte, Alves, & Rocha, 2018).

SKL gav 2013 ut skriften *Patientsäkerhet och arbetsmiljö - En vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö*. Syftet var att bidra till att i större utsträckning integrera patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbetet, genom att beskriva och illustrera likheter i ledningssystemen. I vägledningen framhålls att ”Ett integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete skulle i många fall kunna skapa synergier som kan bidra till effektivitet, helhetssyn och delaktighet” (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013). Integrering kan vara ett bra sätt att effektivisera och minska risken för dubbelarbete, onödiga kostnader och produktionsbortfall. En viktig aspekt som dock fått alltför lite uppmärksamhet – såväl inom forskning, utveckling och implementering av ledningssystem – är hur systemen implementeras och används i det dagliga arbetet.

Likheter i patientsäkerhets- och arbetsmiljöledningssystemen finns främst inom områdena årlig uppföljning, riskbedömningar, vidta åtgärder, ta fram handlingsplaner, utreda och anmäla olyckor och allvarliga avvikelser. Det finns dock regler i SAM och arbetsmiljölagen som inte har någon motsvarighet i patientsäkerhetslagen, till exempel krav på samverkan mellan arbetsgivare, arbetstagar och skyddsombud. Patientsäkerhetslagen inkluderar även krav på att patienterna och deras närstående ska få möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Tabell 1. Några likheter i systematiken i patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbetet, ur SKL:s vägledning - Patientsäkerhet och arbetsmiljö - En vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete	Systematiskt arbetsmiljöarbete
Fördela det organisatoriska ansvaret	Arbetsgivaren ska fördela arbetsmiljöuppgifter
Genomföra egenkontroll och årlig patientsäkerhetsberättelse	Årlig uppföljning av arbetsmiljöarbetet
Genomföra riskanalyser	Genomföra riskbedömningar
Vidta åtgärder för att minska risker som kan leda till en vårdskada	Vidta åtgärder för att minska risker
Ta fram handlingsplan	Ta fram handlingsplan
Utreda händelser/avvikelse som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada	Utreda ohälsa, olycksfall, tillbud/avvikelse
Rapportera och anmäla händelser/avvikelse som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada	Rapportera och anmäla allvarliga olycksfall, tillbud och skadlig inverkan

Att hemsjukvårdens lokaler har förutsättningar för en god hygienisk standard är viktig aspekt ur både arbetsmiljö- och patientsäkerhetssynpunkt (Socialstyrelsen, 2019). Hemsjukvårdens lokaler är mer än bara kontor (patienters hem). Personalen inom hemsjukvård behöver till exempel omklädningsrum och tvätt logistik för arbetskläder (AFS2018:4, 2018; Socialstyrelsen, 2016b). Förutsättningar för en säker förrådshantering och rengöring av flergångsinstrument behöver finnas vilket berör och påverkar både arbetsmiljön och patientsäkerheten. Vårdhygienisk expertis behöver därför tas med i ett tidigt skede när hemsjukvårdens lokaler planeras för att få med rätt funktioner.

AFA Försäkrings IA-system för kommuner (KIA) har idag implementerats av cirka 160 kommuner. KIA kan användas för att rapportera och följa upp olycksfall /avvikelse och tillbud som rör både patientsäkerhets- och arbetsmiljö. Detta kan ses som ett tydligt exempel på att en del uppgifter och systematik i både patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbetet går att integrera.

4.5 Tidigare forskning

Tidigare forskning om arbetsmiljö vid vård i hemmet och hemtjänst har främst haft inriktning mot bland annat arbetsmiljöproblem vid arbete i annans hem som en effekt av konflikter mellan olika lagar, arbetsmiljö och verksamhetsutveckling, ersättningssystem och kvalitetsuppföljning samt säkerhetskultur, bl.a. (Schömer & Olsson, 2017) och (Törner, Eklöf, Larsman, & Pousette, 2013). Dessa och andra projekt är en värdefull utgångspunkt för detta projekt. Inget av de tidigare projekten har dock studerat hur existerande ledningssystem organiseras och används för att stödja arbetsmiljöarbetet.

5 Metod

Studien har genomförts som en kvalitativ intervjustudie. I projektet har vi genomfört intervjuer med nyckelaktörer i kommunala hemsjukvårdsorganisationer och fokuserat på hur de arbetar med patientsäkerhet och arbetsmiljö vid vård av patienter i eget boende.

För vidare inspiration till ett arbetssätt där arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiven integreras i det praktiska och dagliga arbetet valde vi att besöka ett sjukhus där en metod "Gröna korset" (beskrivs längre fram) hade utvecklats och testats vid två kliniker på sjukhuset (beskrivs närmare i avsnitt 5.2.2). Detta genomförde vi genom deltagande observation och intervjuer. Valet att studera metoden på ett sjukhus var att vi inte fick någon vetskap om att denna eller liknande metod används inom hemsjukvården. Sjukhus har många likheter med hemsjukvård vad gäller t.ex. arbetsmiljö- och patientsäkerhetsrisker men en stor skillnad är att arbetsgivaren på ett sjukhus har oftast ett arbetsställe att ta hänsyn till istället för enskilda patienters hem som kan vara väldigt olika.

5.1 Metoddiskussion - urval av de deltagande organisationerna

Bland annat genom ett nätverk för MAS (organiserat av SKL) fick vi kontaktuppgifter till ett antal kommuner som uppfattades ha intentionen att arbeta integrerat med arbetsmiljö- och patientsäkerhet. Sammantaget kontaktades över 20 kommuner, från norr till söder och både stora och små kommuner. Första kontakten skedde via telefon till MAS i kommunen där vi ställde öppna frågor om hur de arbetar med patientsäkerhet och arbetsmiljö. Flertalet av de vi kontaktade sa sig vara intresserade av projektets frågeställning men menade att de inte hade något pågående arbete med att integrera arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbetet. Många andra resurskrävande projekt pågick inom kommunerna varför tid och resurser inte fanns att avsätta för att delta i detta projekt.

Efter kontakt med flera MAS konstaterades att MAS har huvudfokus på patientsäkerhetsarbetet och är inte en lämplig kontaktväg för att få svar på projektets frågeställning. En annan ingång blev då istället verksamhetschefer för kommunernas hemsjukvård.

Genom kontaktarbetet har vi inte lyckats hitta någon kommun som arbetar med att integrera arbetsmiljö med patientsäkerhetsarbetet. De tre kommuner som besökts och studerats inom detta projekt hade en intention att arbeta integrerat med patientsäkerhet- och arbetsmiljö trots att de inte hade något fungerande system för detta. Som komplement till dessa intervjuer, har två kliniker vid ett sjukhus besökts, eftersom de arbetade med en metodik för att integrera arbetsmiljö och patientsäkerhet.

5.2 Organisationerna som studerats i projektet

5.2.1 Tre kommuner

I projektet har hemsjukvårdsverksamheter i tre kommuner besökts och intervjuer genomförts med personer i olika roller och på olika nivåer i organisationerna. Bland annat intervjuades verksamhetschef, skyddsombud, legitimerad personal samt undersköterskor och vårdbiträden inom hemsjukvården. I projektets inledande fas genomfördes även två pilotbesök i två kommuner där intervjuer genomfördes. Dessa kommuner var till ytan stora och tätbefolkade kommuner, den ena med ansvar för hemsjukvården sedan drygt 6 år och den andra kommunen bedrev ASiH. Intervjuerna från dessa två kommuner har inte analyserats tillsammans med övrig datainsamling utan använts framförallt för att utveckla intervjufrågorna och för att förstå hemsjukvårdsverksamheter.

De tre kommuner som besökts och studerats, kallas fortsättningsvis Kommun A, B och C.

Kommun A är en mindre, relativt tätbefolkad kommun i södra Sverige med pendlingsavstånd till storstadsområde. Inom socialförvaltningen var verksamheterna hemsjukvård, hemtjänst och särskilt boende samlade i ett verksamhetsområde, hemvård. Kommunen tog över hemsjukvården från landstinget för drygt tio år sedan. Hemsjukvården var tillsammans med hemtjänsten organiserad under verksamhetsområdet hemvård. Hemvårdens verksamhet var uppdelad på olika geografiska områden. Inom varje område ansvarade en enhetschef för personal, arbetsmiljörelaterade riskbedömningar och uppföljning. Därtill fanns även teamchefer som var ansvariga för team med legitimerad personal inom hemsjukvården och hemtjänsten (sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter). Socialchefen, verksamhetscheferna, enhetschefer och MAS var placerade i samma lokaler och träffades således regelbundet.

Kommun B är en mellanstor, relativt tätbefolkad kommun i södra Sverige. Äldrefrågorna i kommunen hanterades av en särskild Äldreförvaltning som var indelad i två huvudsakliga verksamhetsområden med varsin verksamhetschef: hemtjänst och vård- och omsorgsboende respektive HSL/rehab, korttidsboende och dagverksamheter. Inom varje område ansvarade enhetschefer för de olika delarna. Kommunen tog över hemsjukvården (inklusive avancerad hemsjukvård) från regionen för drygt fem år sedan. Äldreförvaltningens kvalitets- och verksamhetsutvecklare, med ansvar för utveckling av rutiner och internkontroll inom SoL-området, hade ett tätt samarbete med MAS som hade kvalitetsansvaret för kommunens hälso- och sjukvård. Inom Äldreförvaltningen fanns även en IKT-strateg med särskilt ansvar för att utveckla och samordna verksamhetens IT-system.

Kommun C är en till ytan stor, men samtidigt gles befolkad, landsbygdskommun i norra Sverige. Inom socialförvaltningen ansvarade äldreomsorgschefen för verksamheterna hemtjänst, särskilt boende och korttidsboende. Hälso- och sjukvårdspersonalen var organiserade i en egen enhet direkt under socialchefen. Hälso- och sjukvårdsenheten bestod av två delar: hemsjukvård och hemtjänst respektive särskilda boenden. Kommunen tog över ansvaret för hemsjukvård för drygt fem år sedan. Inom socialförvaltningen fanns även en kvalitetsutvecklare med ansvar för socialtjänstens kvalitetsledningssystem och som arbetade med MAS i kvalitetsfrågor kopplade till kommunens hälso- och sjukvård.

Tabell 2. Översikt över de tre kommuner som studerats, hur länge de haft hemsjukvård i kommunal regi, vilka roller dem som intervjuats hade och totalt antal intervjuer i respektive kommun.

Kommun	Hemsjukvård i kommunal regi (antal år)	Respondenter/funktion/roll	Antal intervjuer
Kommun A	> 10 år	Verksamhetschef för Hemvård, MAS, Vårdplanerare, Kvalitetsutvecklare, Distriktssjuksköterska (facklig), Biståndshandläggare, Skyddsombud (arbetade som distriktssjuksköterska, Socialchef, Chef för biståndshandläggare, Arbetsterapeut, Sjukgymnast, Chef för sjuksköterskorna	8
Kommun B	> 5 år	Enhetschef för ssk, Förvaltningschef/Verksamhetschef, MAS, Distriktssköterska som HSO, IKT-strateg, Kvalitetsutvecklare, Personalsekreterare (HR)	8
Kommun C	> 5 år	Socialchef, MAS, EC för hälso- och sjukvårdsenheten (inklusive hemsjukvård, Rehab enheten och övergripande ledningsfrågor), EC Biståndshandläggare, Kvalitetsutvecklare, EC ssk särskilt boende, Distriktssjuksköterska för hemsjukvård, Skyddsombud/Arbetsterapeut i hemsjukvård	7

5.2.2 Två kliniker på ett sjukhus

Besök och intervjuer har även genomförts vid två kliniker på ett sjukhus (medicinklinik och geriatrisk ortopedisk akutklinik) som utvecklat, testat och implementerat metoden "Gröna korset" för att integrera bedömningar av patientsäkerhets- och arbetsmiljörisiker i det dagliga arbetet. Metoden beskrivs längre fram i rapporten. Sjukhuset som besökts har totalt åtta kliniker och är ett av flera mindre sjukhus i en storstadsregion. Sjukhuset bedriver akut och planerad vård och har ett nära samarbete med vårdcentraler och närakuter i området.

Vid sjukhuset intervjuades kvalitetschefen, chefläkaren, en arbetsmiljöstrateg, två klinikchefer, en verksamhetsutvecklare samt medarbetare vid två kliniker. Intervjuerna fokuserade på hur metoden för att integrera arbetsmiljö – och patientsäkerhetsperspektiven tagits fram och använts i praktiken på klinikerna.

5.3 Datainsamling och analys

Två forskare genomförde tillsammans semi-strukturerade intervjuer med nyckelaktörer inom kommunernas hemsjukvårdsorganisationer (se tabell 1). I kommun A-C intervjuades personer i olika relevanta roller och funktioner, bl.a.: socialchef, chef för äldreomsorg/hemsjukvård, verksamhetschefer och enhetschefer, MAS, distriktssköterska, biståndshandläggare, kvalitetsutvecklare, IKT-strateg, och skyddsombud. Intervjuerna omfattade teman som t.ex. hemsjukvårdens organisation, ledningssystem, patientsäkerhetsarbete, arbete med att identifiera, bedöma och följa upp arbetsmiljörisker vid vård i ordinärt boende och möjligheter att integrera arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiven både i det praktiska arbetet och i verksamhetens ledningssystem/IT-system (se bilaga 2 som visar intervjuguiden med intervjuområden).

Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades. Intervjumaterialet analyserades med innehållsanalys med hjälp av mjukvaruprogrammet NVivo 11.

6 Resultat och diskussion

Ingen av de deltagande kommunerna hade integrerade ledningssystem för patientsäkerhet och arbetsmiljö. I en kommun hade ett kvalitetsledningssystem funnits i drygt ett år och det var fortfarande under utveckling. Detta innebär att det i praktiken fanns tre olika ledningssystem, ett för arbetsmiljö, ett för patientsäkerhet och ett för kvalitet. Krav på dessa ledningssystem finns i föreskrifter från Arbetsmiljöverket respektive Socialstyrelsen samt en lag (Arbetsmiljöverket, 2008; SFS2010:659, 2010; Socialstyrelsen, 2011)

I intervjun med kvalitetsutvecklaren berättade hon att en hel del rutin- och instruktionsdokument fanns på plats vad gäller arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbetet men de var inte integrerade och tillhörde olika ansvarsområden i organisationen. I de två andra kommunerna hade regionerna välutvecklade kvalitetsledningssystem som kommunerna använde sig av. En av dessa kommuner hade några år tidigare vunnit utmärkelsen Sveriges kvalitetskommun, vilket kvalitetsutvecklaren och kommunledningen var mycket stolta för. Denna kommun kunde tydligt redogöra för hur de följde Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (Socialstyrelsen, 2011) och allt arbete var väl dokumenterat.

Resultatet nedan beskriver arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbetet i de tre kommunala hemsjukvårdsverksamheterna. Fokus i analysen har varit de praktiska förutsättningarna som stödjer/möjliggör och/eller hindrar/försvårar integrering av arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbetet.

Tabell 3. Visar vilka dokument som vi tagit del av från respektive kommun och vilka olika IT-system som finns som stöd för olika ledningssystem inom de besökta verksamheterna.

Verksamhet	Material som vi tagit del av	IT-system som används i verksamheten
Kommun A	Arbetsmiljö års hjul SAM Hemvårdens organisation Patientsäkerhetsberättelse	Hypergen – verksamhetsledningssystem; alla förvaltningar – ekonomisk styrning, personal och sjuktal, statistik, mål och verksamhetsplan, beläggning, etc. Intranät – rutiner, styrande dokument etc. Procapita - verksamhetssystem Treserva – avvikelssystem KIA – AFAs avvikelssystem för kommuner
Kommun B	Patientsäkerhetsberättelse för vårdgivare – äldreförvaltningen 2016 Arbetsmiljöpolicy för kommunen	Procapita - verksamhetssystem Prator – samordnad vårdplanering Apodos Pascal
Kommun C	Checklista hemtjänsten Arbetsmiljöpolicy Patientsäkerhetsberättelse Organisationsplan Rutin avvikelshantering	STRATSYS – kvalitetsledningssystem Meddix – meddelandesystem Treserva - avvikelssystem SIP Samordnad individuell sjukvårdsplan
Kommun med hemsjukvård pilotbesök	Riktlinjer vård och omsorgsplanering Arbetsmiljöpolicy Patientsäkerhetsberättelse Checklista för att förebygga arbetsmiljön i enskilt hem hos patient Rutin avvikelshantering	Synergi – ledningssystem Meddix – meddelandesystem Treserva – avvikelssystem IBIC Individen i centrum - genomförandeplan

6.1 Arbetsmiljö och arbetsmiljöarbete

Resultatet visar att de tre deltagande kommunerna har tydliga strukturer och processer för hur arbetsmiljöarbetet ska drivas. Detta resultat överensstämmer med Frick & Johansson (Frick & Johansson, 2013) som visar att strukturerna ofta finns på plats men att trots det kan det vara svårt att göra rätt saker.

I de tre kommunerna återfinns samverkansstrukturer, med regelbundna APT och skyddskommittéer (med sammansättning av personalkategorier som både är legitimerad och icke-legitimerad) på olika nivåer i verksamheterna som fungerar relativt likartat. I den centrala

skyddskommittén sitter skyddsombud tillsammans med ledningsgruppens chefer. Där lyfts frågor som inte klarats av på lägre nivåer. Skyddskommittén behandlar aggregerad statistik som sjukfrånvaro, tillbud och arbetsskador. Frågor som har mer kommunövergripande karaktär kan även lyftas för diskussion. På den lägre förvaltningsnivån finns lokala skyddskommittéer som ska följa upp det arbetsmiljöarbete som drivs på arbetsplatserna och de frågor som fångas upp på APT men inte fått någon lösning.

Respondenter från samtliga kommuner menar att vid arbetsplatsernas APT är arbetsmiljö oftast en stående punkt på agendan. Däremot arbetar man på olika sätt med arbetsmiljöarbetet, strukturer och processer inom de tre kommunerna.

I kommun A används KIA systemet (IA/AFA) där handlingsplaner från skyddsronder läggs in och där uppföljningar görs. Detta innebär att det blir klart och tydligt vem som sköter vad, vilket visar på en systematik. Skyddsronderna som genomförs, görs huvudsakligen i kontorsmiljön och på särskilda boenden men inte i de boendes hem inom hemsjukvården. Hemtjänsten gör sådana skyddsronder för sin personal men flera respondenter poängterar denna skillnad eftersom det inte görs för hemsjukvården. En chef vid kommun A reflekterar kring behovet av detta:

”Nej, det har jag inte tänkt. Nej, och jag har liksom aldrig fått någon hint om det heller.”

När aktuella arbetsmiljöfrågor efterfrågas hos respondenterna berättar man hur hot- och våldssituationer ute i boenden ska hanteras och att det är något som man ska titta närmre på. Det finns även en del belastningsergonomiska problem som man har identifierat, med obekväma arbetsställningar och tunga patienter som upplevs som svåra att hantera i hemmiljö. Andra arbetsmiljöfaktorer som nämns är att medarbetarna påtalar att arbetet är stressigt. En respondent säger:

”Vi prioriterar hela tiden, stressen kommer ju när man har prioriterat allt och det finns inget man kan prioritera bort, då blir man stressad. För det gör vi hela tiden, prioriterar.”

Andra problem i arbetet som framkommer är att det ofta är mörka miljöer i bostaden, mycket arbete får utföras i dålig belysning om personalen inte är utrustad med pannlampa. Det framgår också att hemsjukvården är en av flera enheter i kommunen som inte har tillgång till de system som används i den övriga verksamheten för att till exempel rapportera arbetsmiljöavvikelser.

I kommun A berättar några av respondenterna om de brister som man upplever uppstår när chefer inte får de resurser som behövs för att ta ett fullständigt arbetsmiljöansvar. När denna upplevda brist diskuteras med en enhetschef reflekterar denne:

”...alltså det handlar om tid, det handlar om förutsättningar. Och det här är väl en av de delarna då där vi helt enkelt inte har gett [första linjen] cheferna tillräckliga förutsättningar för att t.ex. ha möjligheten att åka ut och göra riskbedömningar”.

I kommun B har man APT en gång i månaden, oftast är det väldigt mycket av allt möjligt som tas upp, det går ganska fort och arbetsmiljöfrågan kommer ganska långt ned på dagordningen. Respondenterna menar att det inte alltid är så lätt att identifiera vad som är arbetsmiljö och vad det är som ska uppmärksammas.

Vidare menade respondenterna att de behöver arbeta mera med riskbedömningar. Nu görs inte speciellt många riskbedömningar och handlingsplanerna är inte heller så långa. De saknar, enligt egen uppgift, det systematiska hjulet.

"Alltså vi gör det muntligt och det skrivs minnesanteckningar på APT men, vi har en lång väg att gå när det gäller systematik."

En respondent i kommun B förklarar:

"Det är lite...jag vet inte var det tar vägen...det är ekonomi, personal, ekonomi, arbetsmiljö, de punkterna finns där. Sen är vi kanske lite dåliga på att identifiera vad det är som är arbetsmiljö och vad som ska diskuteras...att någon snubblar över någon mattkant, ... Det är sånt som man får titta på hela tiden, nästan varje dag. Vad är det som händer här och vad är det som är farligt."

I kommun C berättas om hur de vid APT arbetat med handlingsplaner och avvikelser så att alla medarbetare får möjlighet att dryfta, diskutera och arbeta med arbetsmiljöfrågorna. Det blev ganska långa, men bra diskussioner.

Vissa frågor var löjliga, menade respondenten, t.ex. att personalen inte plockade bort efter sig i den gemensamma bilen, "så till slut bestämdes att vi skulle ha någon som skulle vara bilansvarig". Denna person var ansvarig att se till att bilen var ok och var den smutsig skulle det åtgärdas, den ansvarige tog diskussionerna med den som haft bilen tidigare och kunde ställa krav.

I kommun C har man även testat att diskutera arbetsmiljöfrågor i mindre grupperingar, så kallade "bättre arbetsmiljögrupper" där man lokalt fokuserade på en avvikelse eller något annat som dykt upp. Varje månad hade man central skyddskommitté för de frågor och beslut som behövde lyftas till en högre nivå.

Analysen av intervjuerna visade att arbetsmiljöfrågorna hanteras utan någon som helst koppling till patientsäkerhetsfrågorna i de tre undersökta kommunerna. Den enda koppling som möjligen kan finnas är om patientsäkerhetsfrågorna kommer upp under någon annan punkt på APT. Inte ens det tidigare nämnda exemplet om personalens behov av att använda pannlampa inomhus i patienters bostad för att utföra sitt arbete, diskuterades som ett problem/lösning ur både arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiven. Om en sådan fråga diskuterades så var det antingen ur arbetsmiljöaspekt eller med hänsyn till risken att patienten kunde skadas, alltså patientsäkerhet.

I citatet nedan svarar en distriktssjuksköterska i kommun C på frågan om arbetsterapeuter som gör besök hos patienten använder "glasögon" som även ser vad hemmiljön kan innebära ur arbetsmiljösynpunkt för personalen som ska utföra arbete där?

"Nej, alltså de är jätteduktiga, de arbetsterapeuter vi har. De ser helheten, de har som ett holistiskt perspektiv. Och man kan säga så här att de tar bort ... vi har bostadsanpassning, så trösklar och sånt här ska försvinna. Så att de gör anpassningar i den mån de hinner. Sen, det går självklart till en som bedömer här. De skriver BAP ...intyg som det heter, för bostadsanpassning. Men det är klart, allting hinner inte göras innan vård..."

När vi konkretiserar frågan om arbetsterapeuterna och om de har personalens arbetsmiljö i åtanke vid hembesöken, svarar distriktssjuksköterskan:

"Och hemtjänstpersonalen, ja då...Ja, de ser över, för det är oftast så att hemtjänstpersonalen utför uppdragen. Nu gör vi också en del saker självklart hemma. Men mycket av den här som faller in i själva omvårdnaden utförs av hemtjänsten."

Ur samma intervju visar citatet nedan att det framför allt är vård och patientsäkerhet som är i fokus och att man har överseende med att arbetet kommer att utföras i arbetsmiljöer med obekväma arbetsställning och andra brister. Frågan som ställdes:

”Finns det såna situationer när ni känner så här, nej, men det här är inte bra för min hälsa?”

Svaret som följde:

”Det kan finnas ... någon enstaka gång har det väl funnits kanske ... alltså om jag nu kallar det patient, men i kommunen heter det brukare, men för mig är det patient, som har då nekat till vissa saker som jag inte får göra hemma. Kanske får jag inte göra en bostadsanpassning, de vill inte ha hjälpmedel och såna här saker, som har då försvarat vårt jobb. Men det är ändå så att vi har inte kunnat lämna den tredje parten i sticket. Du är tvungen att utföra det med obekväma arbetsställningar och sånt där. Så att visst finns det. Det finns det.”

Ett regelbundet och väl fungerande arbete med både arbetsmiljö och patientsäkerhet är viktigt ur många olika aspekter. Exempelvis kan patienternas tillstånd förändras snabbt, vilket kan påverka både arbetsmiljön och patientsäkerheten. Återkommande riskbedömningar är ett sätt att löpande bedöma risker och justera arbetssätt vilket också är en viktig del i levande ledningssystem i både arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbetet.

6.2 Likartade arbetsmiljöfrågor i kommunerna

De arbetsmiljöfaktorer som de deltagande kommunerna lyft som aktuella var framför allt stress, svåra arbetsställningar och belastningsproblematik, hot och våld samt arbete i dålig belysning.

Ytterligare en problematik som lyftes i samtliga kommuner var bilar och bilkörning. Ett av dessa problem var att det var brist på bilar inom hemsjukvården. Problemet beskrevs som att flera arbetskamrater fick samsas om en bil, skjutsa varandra eller försöka skapa ett fungerande bilbokningssystem så man var garanterad transport. Det handlade också om val av bil. I samtliga tre kommuner var hemsjukvårdens bilar mindre bilmodeller. Fyrhjulsdrivna bilar hade länge stått på önskelistan för personalen i kommun B och äntligen var den önskan uppfylld. I kommun C hade man länge önskat möjlighet att parkera i carport, så man slapp vintertid skotta fram bilen ur snön på gatan. Men det var svårt att få igenom detta i kommunens budgetplanering. Frågan hade diskuterats under många år men nu äntligen fanns denna möjlighet på plats.

När bilkörning ingår i arbetet, påtalade hemsjukvårdens personal i de tre kommunerna flera välkända risker, framför allt väglag, där vinterväglag med halka och oplogade vägar tidigt på morgon var problematiskt. Men även dåliga vägar, risk för viltolyckor, ensamarbete, stress och trötthet i samband med bilkörning var risker som nämndes. När dessa risker nämndes så gjordes det nästan uteslutande ur arbetsmiljösynpunkt utan att koppla eller nämna vilka konsekvenserna kunde bli för patienterna och för patientsäkerheten. Om vi i diskussionerna efterfrågade vad dessa problem kunde medföra för patienterna så kunde respondenterna säga att det självklart kunde äventyra patientsäkerheten.

Ensamarbete kan innebära risker som är viktigt att tänka igenom t.ex. om det är svårt att få hjälp i en utsatt situation. Ibland bedömdes risken så hög att dubbelbemanning var den rekommenderade åtgärden men ofta användes ett portabelt larm som lösning. Risk för överfall i utsatta bostadsområden i samband med ensamarbete sena kvällar och nätter nämndes också.

Sammanfattningsvis visar resultatet att samtliga deltagande hemsjukvårdsenheter arbetar på olika sätt med arbetsmiljön och sitt arbetsmiljöarbete. Även om rutiner och strukturer finns dokumenterade så brister tillämpningen, vilket gör att arbetsmiljöarbetet inte alltid ger önskad effekt (Frick & Johanson, 2013). Med andra ord kan man säga att man vet *vad* man ska göra vad gäller arbetsmiljöarbetet men man vet inte *hur* man ska göra det.

Därmed kan man säga att även om de tre kommunerna hade ett arbetsmiljöarbete i teorin, så fanns det stor förbättringspotential för det i praktiken. Det framkom inget tydligt förbättringsarbete för arbetsmiljön i intervjuerna, för de risker och brister man identifierat vid skyddsronder och riskbedömningar. Här kan det arbetsmiljöarbete som integreras med övrig verksamhetsstyrning bli mycket mer effektivt.

Inom de tre kommunerna är både arbetsförhållanden och risker i arbetet relativt likartade, hemsjukvårdspersonalen gör sin huvudsakliga arbetsinsats i ordinärt boende hos olika brukare, med viss variation beroende på geografiska och demografiska förhållanden. De arbetsmiljörisiker som framför allt identifierats var bilkörning, stress och ensamarbete, förutom besvärliga arbetsställningar och dålig belysning. Dessa risker överensstämmer med den forskning som delvis presenterats i tidigare avsnitt. Riskerna har lyfts fram som arbetsmiljöproblem inom hemtjänst liksom vård i hemmet.

Tidigare inspektionerna gjorda av Arbetsmiljöverket (se avsnitt 4.3.2) visar liksom denna studie att det finns brister i hur SAM fungerar. Dessa brister handlar framförallt om rutiner, arbetsmiljökunskap, uppgiftsfördelning och att det är otillräckliga riskbedömningar av arbetsförhållandena, framför allt avseende arbetsförhållandena hemma hos enskilda brukare.

6.3 Patientsäkerhetsarbete inom kommunernas hemsjukvårdsorganisationer

I samtliga tre kommuner redovisas en tydlig systematik när det gäller patientsäkerhetsarbete. Det finns många system och nationella riktlinjer som kräver redovisning och uppföljning, exempelvis den årliga patientsäkerhetsberättelsen. Kommunerna har datastöd för att rapportera in exempelvis avvikelser och respondenterna är väl insatta i vad som krävs och hur man arbetar för att svara upp mot alla de krav som ställs.

Kommun A berättar om en gedigen systematik i arbetet med patientsäkerhet. I det välutvecklade ledningssystemet fanns tydliga rutiner för riskanalyser och hur händelser och avvikelser enligt SoL och HSL skulle hanteras. Man hade börjat arbeta för att integrera patientsäkerhet även med arbetsmiljö men det var tydligt att patientsäkerhetsområdet prioriterades och var i fokus medan arbetsmiljön var sekundär. Framförallt exemplifierades detta genom att alltid involvera och intervjua inblandad personal om deras arbetssituation vid utredning av händelser och tillbud. I kommunen använde man sig av SKL:s matriser för riskanalys och händelseanalys (analysmetoder för att öka patientsäkerheten/och eller systematiskt förbättringsarbete inom individ- och familjeomsorgen).

En viktig del av arbetet med patientsäkerhet är att rapportera avvikelser. Överlag har man arbetat mycket med analys av avvikelserna för att identifiera orsaker som kan förebyggas. Det har handlat

mycket om att informera personalen om vad en avvikelse är och att man inte är ute efter att hänga ut någon utan att man vill upptäcka brister i systematiken.

De vanligaste avvikelserna i kommun A inom patientsäkerhetsområdet handlar om läkemedel. Respondenterna uppger att upp emot 90 % av alla avvikelser rör risker i samband med läkemedelshantering och/eller brister i samband med läkemedel. Förklaringen tros vara att hälso- och sjukvården har kunskap om att rapportera vad som händer och vad som går fel. Tolkningen är att den andra verksamheten (Socialtjänsten) inte har samma rutiner och riktlinjer. Alla avvikelser riskbedöms, de som graderas som tre eller fyra på en femgradig skala, är allvarliga eller kan leda till katastrofal konsekvens och ska gå direkt till MAS. Då startar MAS en intern utredning, där allvarlighetsgraden bedöms. Även om MAS ansvarar för utredningarna förs en diskussion med enhetschef för hemsjukvården, eftersom man bedömer att det är viktigt att se avvikelsen utifrån olika perspektiv och bevaka frågorna från olika håll.

Kommun B använder samma system för att rapportera avvikelser, när något har hänt. Däremot noteras inte tillbud i systemet och det är enbart inriktat på patienten. Inom kommun B har man inte haft samma satsning på avvikelser i fråga om att ge kunskap och information till personalen och en respondent menar:

”Men jag tror att det är lite så här att vi är fruktansvärt dåliga på att skriva dom [avvikelser], för man är så...man känner att ”men jag har inte tid med det också” och så blir de inte skrivna”

En enhetschef redogör för processen, att avvikelsen bockas av då den är läst i systemet, men att det sedan beror på vilken karaktär den har, om man löser det själv eller om det är något större som behöver utredas. Det handlar om att hantera både avvikelser enligt hälso- och sjukvårdslagen och de som har sin grund i socialtjänstlagen. Respondenten påpekar att även om det är två lagrum så måste man samarbeta kring patienten.

I kommun C diskuterades kring överlämningen av patienten från region till kommun. Det var inledningsvis en del problem med detta som skapade irritation. Idag finns en rutin som utarbetats gemensamt, där biståndshandläggaren kvitterar ett inskrivningsmeddelande och skickar ett gruppmail till hemsjukvårdens distriktssköterskor (alternativt till hemtjänsten).

Även här diskuteras patientsäkerhetsavvikelserna och att en stor del handlar om uteblivna doser, att brukaren inte fått sin medicin. En mindre del handlar om feldosering men detta har minskat i och med Apodos-medicinpåsar som är förslutna och innehåller rätt medicin i rätt mängd för varje dag/del av dag.

6.4 Integrering av ledningssystem?

Kommunerna arbetar med flera olika ledningssystem, för patientsäkerhet, kvalitet och arbetsmiljö (SAM). Arbetet med ledningssystem fokuserar dock vanligtvis på ett ledningssystem åt gången och integrering är ovanligt.

Kommun C arbetade systematiskt med att introducera ett ledningssystem för kvalitet i verksamheten. Vid tiden för projektet var ungefär 80 % färdigt och arbetet med att definiera processer pågick för fullt. Cheferna var involverade i målarbetet och med att beskriva processerna.

Kommun B hade ett väl fungerande ledningssystem för kvalitet med god struktur vad gäller dokumentation av rutiner, instruktioner och policys. Även en tydlig process för regelbunden uppföljning och uppdatering fanns.

Kommun A hade ett kvalitetsledningssystem, med målet att kontrollera verksamheten och hur den utförs. Man arbetade med att ta fram processer, rutiner och riktlinjer.

Inget av dessa befintliga ledningssystem har integrerat arbetsmiljö. En kommentar från en respondent är att i nuläget finns inte de stödstrukturer som behövs för att kunna hantera patientsäkerhet och arbetsmiljö på ett bra och integrerat sätt "och vi behöver skapa dem".

Det är dessutom inte självklart att arbetsmiljö ska integreras i kvalitetsledningssystemet.

"Arbetsmiljö ingår inte i kvalitetsledningssystemet med de rutiner som upprättats och förtecknats för vi äger dem inte. Det är personalavdelningen som äger de rutinerna så därför finns de samlade på ett annat ställe på intranätet."

Citatet visar att när det inte finns strukturer som möjliggör att rutiner och arbetssätt kommuniceras och förmedlas mellan olika ansvarsområden, förblir de i stuprör.

6.5 Ledningssystem i kommunerna – ansvar och roller

Ledningssystemen är uppbyggda för olika områden såsom kvalitet, miljö, hälso- och sjukvård och arbetsmiljö. I kommunerna har olika personer i olika befattningar och på olika nivåer i organisationen ansvaret för respektive område. Även arbetet med respektive område kan vara uppdelat på olika nivåer och funktioner i kommunen. Kommunerna har ett ledningssystem med en ansvarig kvalitetsutvecklare och sen finns det ett antal nämnder, exempelvis socialnämnden som har sin kvalitetsutvecklare. I en kommun fanns en kvalitetsledningsgrupp för centrala socialnämnden där både IT-samordnaren och MAS ingick, sedan arbetade kvalitetsutvecklaren mycket genom enhetscheferna. Kommunerna arbetade i huvudprocesser med rutiner för verksamhetsstyrning som konkretiserades i riktlinjer och rutiner för verksamheten. I intervjuerna framkom att verksamheterna inte riktigt hunnit med att implementera dessa, vilket innebar att ledningssystemet inte fått fullt genomslag i den dagliga verksamheten. I intervjuerna framkom det att varje kommun sätter upp övergripande mål i fullmäktige och sen sätter varje nämnd sina mål och därifrån arbetar varje enhetschef med anpassade mål utifrån de övergripande indikatorerna.

Även om ansvaret och det praktiska arbetet med olika delar av ledningssystemen är uppdelade mellan olika funktioner i kommunen, sker mycket arbete tillsammans och i samråd. Regelbundna möten hålls och ofta arbetar man i arbetsgrupper med representanter från de personalkategorier som är berörda.

Informationen om ledningssystemen och de praktiska konsekvenserna av dem i form av rutiner och regler kommuniceras uppifrån och ner. Enhetschef kan till exempel plocka ut instruktioner och rutiner som berör den aktuella verksamheten och som personalen sen ska ta del av.

Kvalitetsutvecklaren i kommunerna sitter lite som spindeln i nätet med insikt om var verksamheten behöver stöttning för att uppnå uppsatta mål och var det finns brister som måste hanteras. Kvalitetsutvecklare arbetar med att ta fram rutiner, verktyg mm. Vanligtvis tillsammans

med representanter för berörd personal. En av kvalitetsutvecklarna beskrev sin roll som en expert som har till uppgift att påverka cheferna, områdescheferna i rätt riktning *”man ska vara någon som håller i trådarna”*. Kvalitetsutvecklarna har en viktig roll då det är mycket lagar, föreskrifter mm att hålla reda på, exempelvis inom HSL och Socialstyrelsens föreskrifter eftersom man ute i verksamheten inte har tid att sätta sig in i vilka lagar och regler som gäller för verksamheten och hur de kan omsättas i den dagliga verksamheten.

I en kommun fanns även en IKT (information och kommunikationsteknik) -strateg (som var en ny tjänst) som också arbetade med rutiner och riktlinjer men inte i den omfattning som kvalitetsutvecklaren och MAS gör.

Kvalitetsutvecklarnas roll är både att fånga upp frågor/behov från cheferna och deras medarbetare i organisationen och försöka harmonisera arbetssätt och förmå verksamheten att arbeta mer enhetligt. I arbetet ingår också att konkretisera vad lagstiftning och regler/mål innebär för dagliga verksamheten och hur de kan implementeras. En respondent menade att som kvalitetsutvecklare ska man arbeta från två håll.

”å ena sidan kan man få input ifrån verksamheten om ändrade arbetssätt och behöver då revidera rutiner så att de är aktuella, å andra sidan kan det uppdagas arbetssätt utan fastställda rutiner eller riktlinjer och då får man ta fram det”.

En annan kvalitetsutvecklare menade att hon aldrig tänkt tanken att det kan behövas rutiner för att genomföra skyddsronder hos patienten/ i brukarens hem och inte heller fått någon uppmaning eller förfrågan från verksamheten om det. Att inte genomföra sådana skyddsronder innebär att man lätt kan förbise risker och eventuella behov av hjälpmedel (framförallt vad gäller hjälpmedel för personalen).

En annan kvalitetsutvecklare beskrev att arbetsuppgifterna mest består av att hålla ordning på kvalitetsledningssystemet, se över rutiner, göra egenkontroll, uppföljning, skriva kvalitetsrapporter. Till sin hjälp har man rutinmanual och rutinmall för hur rutiner/riktlinjer/policys ska utformas och vem som får ändra dessa, hur ändringar ska göras och hur ofta det ska genomföras en översyn. Dessutom finns också en arbetsordning som talar om vem som gör vad i systemet för respektive verksamhetsområde. För rutinrevideringar finns bevakning och påminnelse-service och en del har också spridningsrutiner i systemen som ska säkerställa att alla medarbetare som berörs av nya rutiner får dem till sig. Det slutliga ansvaret för att verksamheten uppfyller och levererar den kvalitet som förväntas ligger på arbetsledare och chefer. De behöver på olika sätt försäkra sig om att medarbetare känner till och följer rutiner.

Ytterligare en beskrivning av rollen som kvalitetsutvecklare är:

”att kontrollera kvalitén... och sen ge verksamheten hela tiden en återkoppling”

MAS har motsvarande roll i förhållande till hälso- och sjukvård och samarbetar med kvalitetsutvecklaren på socialtjänstområdet. Båda har till uppgifter att göra internkontroller och skriva kvalitetsplaner – patientsäkerhetsberättelse och kvalitetssäkerhetsberättelse. I detta arbete menar de som vi har intervjuat att man inte kopplar på arbetsmiljöfrågor. Som kvalitetsutvecklare har man inga beslutsmandat utan får presentera förslag till närmaste chef som är den som i sin tur får hantera om och att personalen ska följa tex nya rutiner. En kvalitetsutvecklare ansåg att det var naturligt att enhetschefen uppmärksammade om en fråga också rörde arbetsmiljö.

”Men jag är ganska övertygad om att en avvikelser passerar enhetschefen, så enhetschefen gör väl någon bedömning om den även berör arbetsmiljön.”

6.6 Möjligheter och hinder

De intervjuer som gjorts ger en insikt om hur komplexa kommunernas organisationer är och hur arbetet är uppdelat på olika roller och funktioner. Dessutom visar intervjuerna att arbetet inom de olika ledningssystemen är uppdelat efter olika områden/frågor. Vi konstaterar att denna komplexa organisering innebär stora utmaningar när det gäller att utveckla nya arbetsformer för att integrera arbetet med arbetsmiljö och patientsäkerhet.

SKL och vägledningen definierade redan i samband med att den gavs ut att de områden som oftast bör förbättras är systematik i uppföljning och återkoppling till verksamheterna vilket även intervjuerna i detta projekt stödjer.

Nedan diskuteras både möjligheter och hinder utgående från sex olika teman;

- drivkrafter,
- resurser,
- kompetens och uppdrag,
- innehållsmässigt samband mellan områdena,
- organisation och
- en komplex lagstiftning.

6.6.1 Drivkrafter

Vid intervjuerna fanns ett intresse för frågeställningen om integrering av ledningssystem. När vi diskuterat konkreta exempel som illustrerar behovet av en helhetssyn t. ex problemet med dålig belysning i patienters bostad, har respondenterna ofta hållit med och insett värdet av integrering av arbetet med arbetsmiljö och patientsäkerhet. Personalen förstod att exemplet med dålig belysning, bristande hygienrutiner och brist på förebyggande åtgärder för fall har betydelse för både arbetsmiljö och för patientsäkerheten men det märktes i intervjuerna att de var ovana att diskutera ett problem utifrån både arbetsmiljö- och patientsäkerhetssynpunkt. De forum som fanns för att diskutera problem i arbetsmiljön eller kring patientsäkerhet var inte heller gemensamma. Samtidigt har knappast några insatser gjorts för att initiera en sådan integrering. Vår tolkning är att drivkrafterna för detta är svaga.

Ett exempel som tyder på ett svagt engagemang för integrering är att ingen av de personer som vi intervjuat (exempelvis chefer, kvalitetsutvecklare och skyddsombud) kände till SKL:s vägledning om integrering av arbetsmiljö och patientsäkerhet, trots att den då hade funnits i flera år.

Olika sätt att förstärka drivkrafterna diskuterades vid intervjuerna. I en kommun menade man att politiken kan sätta ljuset på måluppföljning genom målstyrning och kan tydligt koppla till både systematiska arbetsmiljöarbetet, patientsäkerhet och kvalitetsarbetet med kvalitetsrapporter och kvalitetsuppföljning i måluppföljning. Detta ökar intresset för frågorna men inte nödvändigtvis för att integrera arbetet med dem.

6.6.2 Resurser

Intervjuerna ger en bild av en verksamhet inom kommunerna som ska uppfylla många olika krav. Verksamheten styrs av flera olika lagar som HSL, AML och Patientsäkerhetslagen. Till dessa finns föreskrifter från myndigheter som Socialstyrelsen och Arbetsmiljöverket. Under de senaste

decennierna har kraven förskjutits mot krav på rutiner och kraven på kvalitetsledningssystem och SAM är exempel på detta. För att etablera dessa nya ledningssystem krävs resurser och t.ex. kvalitetsutvecklarna är ett exempel på en yrkesgrupp som ökat inom vården. Samtidigt är arbetsuppgifterna omfattande och inkluderar både att utveckla praktiskt användbara regler, rutiner och praktiker som implementerar kraven i lagar och föreskrifter och att utveckla effektiva sätt att faktiskt också implementera detta. Detta kräver resurser och det är påtagligt att det krävs prioriteringar. Vår tolkning är att integrering av arbetet med arbetsmiljö och patientsäkerhet visserligen är önskvärt och något man ser positivt på, men också något som man har svårt att prioritera i konkurrensen med andra frågor.

6.6.3 Kompetens och uppdrag

Integrering av frågor innebär att alltför personer i olika funktioner behöver hantera frågor inom flera olika områden som kvalitet, arbetsmiljö, patientsäkerhet, miljö osv. Kärnkompetensen inom vården ligger inom det medicinska området. Dessutom finns flera yrkesgrupper som har utvecklat specialkompetenser, som innebär att de har god kompetens inom ett avgränsat område, exempelvis patientsäkerhet eller arbetsmiljö. Ytterligare fler bygger upp ett kunnande genom att involveras i olika arbetsgrupper och delta vid möten där frågorna diskuteras.

Intervjuerna tyder på att de flesta respondenter har fokus på det område som de har kompetens inom, vilket är naturligt. Integrering innebär att man också måste arbeta med andra frågor som man kanske inte är särskilt väl insatt i. En del respondenter har lyft att deras uppdrag har en viss inriktning och "andra frågor" som t.ex. arbetsmiljö, inte ingår i deras uppdrag.

Sammantaget kan viljan att arbeta med sådant man har kompetens inom och definitionen av det yrkesmässiga uppdraget bli ett hinder för att arbeta med en helhetssyn som innefattar andra områden.

6.6.4 Innehållsmässigt samband mellan områdena

För att det ska vara naturligt att integrera arbetet med arbetsmiljö och patientsäkerhet, behöver det finnas någon typ av samband mellan dessa områden. I tidigare avsnitt har vi beskrivit vilka konkreta frågor som kan ingå i arbetet med arbetsmiljö respektive patientsäkerhet. En snabb och översiktlig granskning kan leda till slutsatsen att det finns stora olikheter, t.ex. mellan läkemedelsdoseringskontroller (patientsäkerhet) och risken för stress (arbetsmiljö). Sådana snabba slutsatser kan tas som intäkt för att integrering inte är så viktigt. Börjar man reflektera över detta, blir det tydligt att en stressig situation kan leda till att personalen missar att göra rätt kontroll vid läkemedelsdosering.

Ett annat sätt att se på integrering är att utgå från verksamheten och de olika processer som ingår i det vi kallar för vård i hemmet. För varje process kan det finnas arbetsmiljö- och patientsäkerhetsaspekter och det naturliga är att när man bestämmer rutinerna för processen, så beaktar man de olika aspekter som behöver beaktas, inklusive arbetsmiljö och patientsäkerhet. Med detta perspektiv blir det naturligt att arbeta med verksamhetens processer genom att koppla in de olika kompetenser som behövs. Detta görs åtminstone delvis och stundtals idag. Samtidigt visar intervjuerna att t.ex. arbetsmiljöområdet inte alltid ingår, t.ex. i arbetet med kvalitetsutveckling utan man utgår från att det hanteras av andra och i något annat sammanhang.

Av intervjuerna framgår att även om man är medveten och förstår att en fråga rör både patientsäkerhet och arbetsmiljö så ligger fokus vanligtvis på åtgärder som ökar säkerheten och då tänker man vanligtvis bara på patientsäkerheten.

Ett exempel: I en kommun var läkemedelsutdelning delegerad till hemtjänstpersonal. Efter många avvikelser med fel dosering och/eller misstag i utdelning hade man infört läkemedeldoser som färdigställs av apoteket när det gällde patienter som hade enklare och samma läkemedel över en längre tid. Denna nya rutin var en lösning på en alltför hög arbetsbelastning och stress för den legitimerade personalen, dvs. ett arbetsmiljöproblem men också ett patientsäkerhetsproblem. När det gäller patienter med mycket mediciner och komplexa fall så delegerades inte det ut till hemtjänstpersonal utan då skötte legitimerade personal i hemsjukvården dessa dosetter. Vidare skulle en kontaktperson i hemtjänsten utses som skulle styra upp att det inte var så många olika personer inblandade i läkemedelshanteringen och att läkemedlen hämtades från apotek. Denna lösning förbättrade både arbetsmiljön och patientsäkerheten då avvikelserna minskade. Men som ett verksamhetsproblem fungerade inte lösningen optimalt då personalomsättning i hemtjänsten är mycket stor.

Ett exempel: Ett arbetsmiljöproblem som togs upp vid intervjuerna var antalet bilar som fanns till förfogandet och tillgången till dessa. I en kommun infördes ett gemensamt bilbokningssystem i datasystemet som fungerade "hyfsat". Respondenten menade att de fick "trolla" för att kunna göra sitt jobb, ibland samåker de.

"Du blir avsläppt och du får tajma in eller får... Du kan bara göra besöken där du kan ta dig till. Alltså, patientsäkert blir det inte".

Att behöva planera sin arbetsdag tillsammans med kollegorna för att kunna samköra och ha sällskap kan vara positivt ur ett arbetsmiljöperspektiv. Men bristen på bilar var framför allt en risk för patientsäkerheten eftersom det då fanns en ökad risk för att mediciner inte delades ut i rätt tid eller att tillgängligheten av bilar styrde prioriteringen av turordningen för patientbesöken.

6.6.5 Organisation

Det största hindret för integrering ligger i sättet att organisera verksamheten. När det gäller sådant som inte rör kärnverksamheten, dvs. vården, t.ex. rutinerna för patientsäkerhet- och arbetsmiljöarbetet, ligger dessa frågor ofta på olika stödfunktioner, t.ex. MAS och HR. Arbetet för exempelvis MAS styrs av regelverk som beskriver vad deras uppgift är. Om inte arbetsmiljö eller integrering finns med, är den vanliga tolkningen att man inte ska arbeta med den typen av frågor.

På verksamhetsnivå lämnas ofta samordningen till de anställda som kan ha svårt att balansera olika lagkrav, ofta utan tydliga direktiv om hur detta ska göras eller vad som ska prioriteras. Därtill finns det en tendens att såväl patientsäkerhet som arbetsmiljö hanteras separat av olika sakkunniga som var och en arbetar med sina frågor. Detta kan leda till ett stuprörstänkande i verksamhetsstyrningen, vilket motverkar ett integrerat arbetssätt baserat på en helhetssyn. Kravställarna i de olika systemen är flertaliga och drivs av sina egna logiker, lagkrav och behov av styrning och dokumentation. Frick och Johanson (Frick & Johanson, 2013) drar den övergripande slutsatsen att man inom kommunerna lagt alltför stor vikt på enskilda processer för arbetsmiljöarbete snarare än att integrera arbetsmiljöarbetet med övrig verksamhetsstyrning och att detta leder till ineffektivitet. Det finns därför anledning att i högre utsträckning integrera ledningssystem för arbetsmiljö med andra verksamhetsledningssystem.

6.6.6 En komplex lagstiftning

En vanlig föreställning är att arbetsmiljölagen är underordnad andra lagar som styr verksamheten. Arbetsituationen i det dagliga arbetet vid vård i hemmet påverkas t.ex. av lagstiftning som rör biståndsbedömning inför beslut om vård i hemmet, krav på vårdkvalitet, hygienrutiner och rutiner för dokumentation av delar av arbetet samt av arbetsmiljökrav.

Organiseringen av verksamheten handlar bl.a. om att kunna möta de olika lagstiftningars krav. Citaten som följer illustrerar hur personal inom vård i hemmet måste förhålla sig till olika lagstiftningar och att det inte underlättar i deras dagliga arbete.

”Ja, men det är för att det är de här benen och de här lagarna men de blir på något sätt...det är lite som man säger då med hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, som är så vitt skilda och det är en jättemur emellan. Men ändå ska man samarbeta så här kring patienten. Och där kommer arbetsmiljölagen, sen har vi Datainspektionen, vad får vi skriva i våra journaler och vad får vi delge? Och då kommer datainspektionerna. Nej, då kan vi inte utföra vår hälso- och sjukvård, för vi kommer inte åt vad som händer på primärvården. Då är Datainspektionen helt plötsligt där och lägger sig i och sen försämras patientsäkerheten också. Precis som arbetsmiljö...alltså, alla lagar kolliderar på något vis. Det finns ingen smidig...”

” För det är också så här att hade vi inte haft hemtjänstpersonal ... nu är de ganska ... förmodligen välutbildade här, de flesta är undersköterskor. Vi kan föra över arbetsuppgifter till dem, som de ska göra åt oss när de besöker ... i samband med solinsats, alltså med socialtjänstinsatsen. Då kan de även göra en HCL insats. För vi jobbar i två olika lagrum. Det [skratt]... Hela övergången här är lite konstig. Alltså vi jobbar även ut mot landstinget. Vi går under hälso-och sjukvårdslagen. Och alla andra som jobbar på kommunen går under socialtjänstlagen. Så att ...”

”Och säger den enskilde nej...Men det kan ju vara andra saker vi får gå in med då så får vi ibland säga ”men vi måste vårda dig i sängen, du får inte komma upp”. Och det är svårt, för att vi har ju patientlagen som säger att man ska vara delaktig och vi ska hitta andra alternativ, vi ska lösa det tillsammans. Och då krockar de här två.”

”Frågan är, när får vi säga nej? Det är jättesvårt. Det är balansgång och vi sitter ofta i såna diskussioner. Kanske inte så mycket från vårdhygiens...eller från den aspekten. Det kan vara ju ibland djur där, springer runt. Nu är det så inne med vårdhundar, det kan ju också vara en annan aspekt, att även ifall det är mycket gott, mycket trevligt, men ...Har man någon smitta så går den ju med hunden, och vi har ju folk som är rädda, och det är ju annat.”

”...Men arbetsmiljösidan sitter och pockar på ändå. Och då måste jag ju ställa mig på den sidan. Då ställer jag på den legitimerade sidans...Har de gjort...Vi kan inte tvinga någon att förflyttas med en lift till exempel, om det nu är det, om inte det finns ett behov för det ur patientens synvinkel. Vi har såna sittningar ibland. Och det är jättesvårt, för vem bestämmer? Vem säger vilket som är rätt eller fel?” ...”Det är ju ett problem när man jobbar inom två lagrum, det är det ju alltid. Det är ju ... Sjukhus är mycket bättre, det är hälso- och sjukvård alltihop.” ...”Och då krockar de, och då krockar vi också lite. – Som enhetschefen beskriver det så måste hen hantera mellanrummet som uppstår mellan de olika lagstiftningarna. Där det i ena fallet ur hälso- och sjukvårdslagens perspektiv bedömt att patienten inte behöver ett hjälpmedel men ur personalens och arbetsmiljölagens perspektiv kan responsen bli ”ja, men då måste vi stänga för då kan vi inte jobba”.

Sammanfattningsvis visar citaten ovan och analysen av intervjuerna på att det är flera lagrum som personalen behöver förhålla sig till. I analysen av intervjuerna kring frågor om de olika föreskrifterna och lagarna visar svaren att personalen uppfattar att hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen kommer i första hand då det är (hem)sjukvård som verksamheten ägnar sig åt. Arbetsmiljölagen nedvärderas därmed och man tror att den inte har lika stor laglig kraft. Ur ett juridiskt perspektiv stämmer inte detta. Alla lagar är likvärdiga och gäller parallellt. Ingen lag är över- eller underordnad andra lagar.

Flera gånger innehöll svaren att personalen gör sitt yttersta ("slår knut på sig själv") för patientens bästa (gör så gott det går för att undvika att patienten få mer ont eller lider i onödan). Sammantaget visar citaten på svårigheterna med att få de olika ledningssystemen att integreras på ett enkelt sätt.

6.7 Exempel på integrering av arbetsmiljö och patientsäkerhet

6.7.1 Helhetssyn genom samarbete

I en kommun (A) framgick att man diskuterar och belyser händelser och avvikelser från både patientsäkerhetsperspektivet och arbetsmiljöperspektivet. När en patientsäkerhetsavvikelse har inträffat och rapporterats till MAS så utreds avvikelsen alltid utifrån tre frågor, vad hände, varför hände det och hur kan det undvikas att det händer igen. För att svara på dessa tre frågor intervjuar MAS inblandad personal och tar reda på om det finns svar i arbetssituationen (arbetsmiljön) som bidragit och/eller orsakat avvikelsen. I de fall som MAS anser att förhållande i arbetsmiljön bidragit till avvikelsen förs en diskussion med enhetschefen och/eller någon annan ansvarig (t.ex. HR om det rörs sig om arbetsrättsliga frågor).

"...Det har ju säkert MAS berättat, hon som utreder ju, avvikelserna. Och där har vi alltid en diskussion i det, för det är viktigt att se om det är någon arbetsmiljö...Men av de avvikelserna som har varit i de här två åren så är det inget som har varit kopplat direkt till arbetsmiljö. Så alltså, att det har varit pressade situationer, att man tar felaktiga beslut, utan någonting annat."

"Så det bevakar vi från olika håll. Och det tycker...det var som jag inledningsvis sa, att det är tur det händer saker ibland, så vi kan säkerställa det vi pysslar med. Men jag tycker vi är duktiga på det, måste jag säga."

Ytterligare en fördel som lyftes upp i denna kommun (A) var att de jobbar i team bestående av biståndshandläggare, sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska. Teamen träffas dagligen och man menar att samarbetet på detta sätt ökar effektiviteten i vårdplaneringen.

"Det är faktiskt väldigt trevligt att jobba i team för då sitter vi allihop tillsammans. Biståndshandläggare, sjukgymnast, arbetsterapeut. Vi är tre sjuksköterskor och två arbetsterapeuter och en sjukgymnast och en biståndshandläggare. Så vi har team varje dag och det är väldigt effektivt."

Citatet illustrerar vikten av att samla olika kompetensen och att genom en gemensam diskussion analysera problemet och komma fram till en gemensam och fungerande lösning. Övriga

yrkesgrupper; undersköterskor, vårdbiträden och hemtjänstpersonal som också arbetar med vårdande arbete i hemmen, är inte representerade i teamen. Teamarbetet beskrivs mer utförligt:

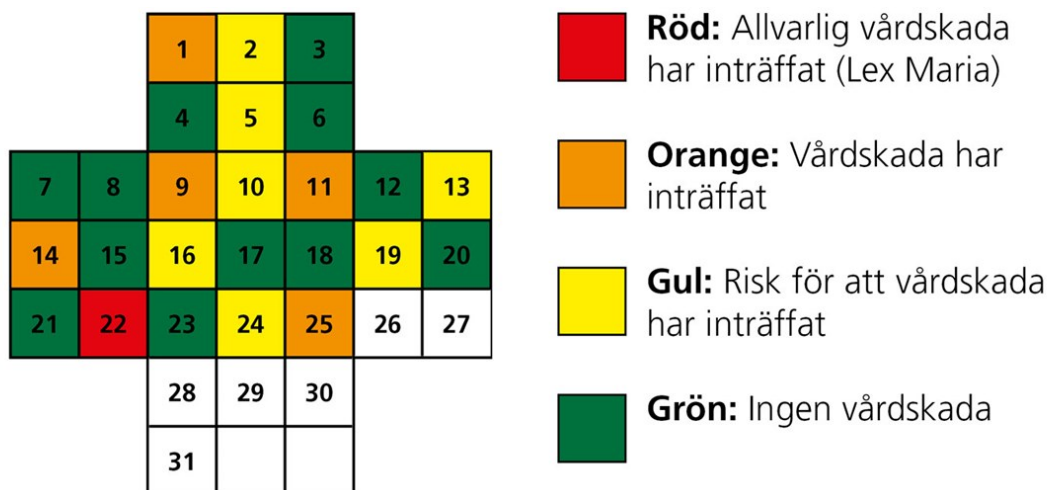
”På det viset att när patienter ska skrivas hem så sitter vi tillsammans och kan snabbt planera in vad som ska behövas göras och ta hem vårdragaren och sen kan vi gå direkt ut i våra hemtjänstgrupper och meddela det. Då kanske jag säger att det är något som har med hälso- och sjukvård att göra, och även mina kollegor som är arbetsterapeut och sjukgymnast och ...om det är hjälpmedel och sånt. Och sen då biståndshandläggaren som då ger bistånd till olika hjälp. Och jag tycker det fungerar jättebra.”

Av intervjuerna framgår att teamen framför allt hanterar planering och administrativa uppgifter kring vården som resulterar i vårdplaneringen för patienten. Det görs dock ingen riskbedömning eller samordning med övriga yrkesgrupper som arbetar i hemmen, för de arbetsmiljöfaktorer eller arbetssätt som dessa beslut och vårdplanering kommer att innebära för de som ska utföra arbetet.

Vård i hemmet är en uppdelad verksamhet, där diskussioner om vården förs och beslut tas av olika yrkesprofessioner, exempelvis biståndshandläggare. Vården utförs sedan delvis av yrkesgrupper i andra delar av vårdorganisationen. Vissa arbetsmoment vid vård i hemmet kan utföras av t.ex. undersköterskor eller hemtjänstpersonal och en del arbetsuppgifter utförs på delegation, vilket innebär att deras arbete i hög grad påverkas av planering och beslut som tagits av andra professioner. Arbetsmiljölagen är tydlig med att arbetsgivaren ska vidta åtgärder för att förebygga ohälsa och olycksfall. Det är arbetsgivaren som ska förvissa sig om att den som ska utföra ett arbete vet vilka riskerna är och även hur man undviker dem. Vid vård i hemmet är det förstås en särskild utmaning att de huvudsakliga arbetsuppgifterna utförs i patienternas hem.

6.7.2 Gröna Korset

Det sjukhus som hade utvecklat, testat och implementerat metoden ”Gröna Korset” hade själva efter ett studiebesök på ett sjukhus inom regionen uppmärksammat metoden för patientsäkerhetsarbete. Metoden beskrivs som ett sätt att dagligen systematiskt visualisera identifierade vårdskador eller risk för vårdskada. Personalen tyckte att det var bra att ha en metod där de systematiskt kunde prata om patientsäkerhetsrisker som hade uppmärksammats under arbetspasset. Därmed infördes ett arbetssätt med dagliga korta, 5 - 10 minuters avstämningar med hela arbetslaget kring vilka risker som finns eller avvikelser som hade kunnat inträffa på avdelningen. Mötena leds av avdelningschefen eller delegeras till medarbetare som hade arbetat på det senaste arbetspasset. Dessa korta avstämningar genomfördes i anslutning till arbetsskiftets slut. Vid avstämningarna bedöms riskens allvarlighetsgrad genom en färgkodning som markeras i det ”Gröna Korset” genom fyra färger, från grön (problemfri), gul (identifierad risk), orange (en skada har inträffat) och röd (skadan som inträffat var allvarlig). ”Gröna Korset” består av rutor, en för varje dag i månaden (se figur 4 nedan). Avstämningarna avslutas med en diskussion och förslag på förbättringsåtgärder för att minimera att risken/att vårdskadan uppstår igen och detta skrivs upp på en förbättringstavla.



Figur 4. "Gröna korset". Bilden exemplifierar metoden och är hämtad från: <https://sas.vgregion.se/om-sodra-alvsborgs-sjukhus/utvecklingsarbete/grona-korset>

En tid efter att metoden hade införts uppmärksammades att diskussionerna på avstämningarna rörde sig lika mycket om patientsäkerhet som arbetsmiljö. Utifrån detta utvecklades metoden så att två "Gröna Kors" används, ett för patientsäkerhet och ett för arbetsmiljö. Vid intervjuerna påtalades det vid flera tillfällen att arbetsmiljöfrågorna och patientsäkerhetsfrågorna hänger ihop. Personalen menade att de nu tydligt kunde se samband mellan en dag då patientsäkerheten varit dålig, då var det oftast även en dålig dag utifrån arbetsmiljösynpunkt.

Vid besöket och i intervjuerna framgick det att läkarna som arbetade under arbetspasset inte deltog på dessa avstämningar. Läkarna angav att tidpunkten krockade med andra viktiga arbetsuppgifter. Vidare tillämpades en rutin att ansvarig avdelningschef rapporterade de risker som hade identifierats under avstämningarna (och om det berörde läkarna) till chefsläkaren för aktuell klinik som i sin tur ansvarade för att förmedla detta på de läkarnas månatliga APT-möten.

Sjukhusets utvecklingschef hade drivit på och stöttat arbetet med två "Gröna Kors" för arbetsmiljö och patientsäkerhet. Det vanligast arbetssättet är fortfarande att arbeta uppdelat med patientsäkerhet och arbetsmiljöfrågorna och detta ansåg utvecklingschefen var slöseri med resurserna. Vidare ansåg utvecklingschefen att effekten av att arbeta integrerat var att det blev bättre för både patienter och medarbetare.

Metoden hade vid vårt besök implementerats vid två av sjukhusets åtta kliniker (medicinklinik och geriatrisk ortopedisk akutklinik). Sjukhusets utvecklingschef och chefsläkaren hade målsättningen att alla sjukhusets åtta kliniker ska införa metoden.

7 Sammanfattande diskussion

Detta projekt visar att flera komponenter som är en förutsättning för att kunna integrera arbetsmiljö och patientsäkerhetsarbetet saknas. Dessa komponenter sammanfattas och diskuteras nedan.

Det finns inget pågående eller planerat arbete i de besökta verksamheterna för att integrera arbetsmiljö och patientsäkerhetsarbetet. Det finns heller inga identifierade eller uttalade drivkrafter för att initiera ett sådant arbete. Vår slutsats är att för att ett sådant arbete ska påbörjas, behöver det

arbetet både initieras och få stöd och kraft genom någon form av styrning, exempelvis genom riktlinjer från ledningen. Det efterföljande arbetet med att utveckla nya arbetsätt och rutiner behöver genomföras tillsammans med medarbetarna.

Ingen av respondenterna i projektet kände till SKL:s vägledning från 2013 om integrering av arbetsmiljö och patientsäkerhet, även om SKL:s ambition var att skriften skulle bidra till att det systematiska arbetet med patientsäkerhet och arbetsmiljö skulle integreras mer. Detta bekräftar tidigare erfarenheter av att förändringsarbete är komplexa processer.

Det är ledningen som kan ge de organisatoriska och resursmässiga förutsättningar som krävs för att kunna integrera arbetet med arbetsmiljö och patientsäkerhet. De behöver avsätta resurser och ansvariga som tillsammans kan utveckla gemensamma arbetsätt, effektiva styrmedel och rutiner för samarbete. Som en del i detta arbete kan det även behövas organisatoriska förändringar, för att underlätta och möjliggöra integrering. Men utan drivkrafter och incitament finns det inga skäl för att initiera en integrering av arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Detta projekt visar att arbetsmiljö och patientsäkerhet hanteras av olika personer/funktioner med olika ansvarsområden. Denna organisering i stuprör motverkar och försvårar ett integrerat arbetsätt som framför allt behöver bygga på en helhetssyn. Samarbete mellan olika yrkesgrupper med olika specialistkompetenser, kräver forum för att mötas och diskutera på lika villkor. För att motverka den nuvarande uppdelningen mellan arbetsmiljö och patientsäkerhet kan en gemensam organisatorisk placering av dessa områden bidra både till en större förståelse mellan respektive område samt underlätta samarbete och integrering. För att integrera arbetsmiljö och patientsäkerhet behövs således ett förändringsarbete.

Arbetsmiljö som kompetensområde hamnar ofta under HR, vilket som tidigare studier (Schmidt, Sjöström, & Strehlenert, 2019) visat ofta innebär att arbetsmiljöarbetet inriktas på efterhjälpande insatser i form stöd till chefer i olika personalärenden och vid rehabilitering. Arbetsmiljöfrågor behöver ha fokus på förebyggande insatser och ska exempelvis ingå som en del i planering av förändringar och ingå i verksamhetsstyrande strategier och processer. Inom exempelvis industrin är arbetsmiljö ofta placerad tillsammans med miljö, kvalitet och säkerhet, där många gemensamma frågor hanteras och med en större integrering av de olika delarna.

Idag styrs arbetsmiljö och patientsäkerhet av olika lagrum, vilket framstår som problematiskt i intervjuerna, då flera vittnar om att hälso- och sjukvårdslagen eller socialtjänstlagen står "över" arbetsmiljölagen, vilket inte är korrekt. Det behövs följaktligen mer kunskap inom relevanta utbildningar (exempelvis inom vårdutbildningar och interna chefsutbildningar), om att det finns flera lagrum som man behöver ta hänsyn till. Beslut om och samordning av vårdarbetet behöver ses i ett större sammanhang.

8 Slutsatser

IVL har i ett tidigare projekt undersökt hur arbetsmiljöarbetet kan effektiviseras genom att integrera det systematiska arbetsmiljöarbetet med andra ledningssystem (Antonsson et al., 2011). Arbetsplatser som utgick från en helhetssyn på verksamheten och där de olika aspekterna på verksamheten (arbetsmiljö, miljö, kvalitet) beaktades och integrerades lyckades utveckla *levande ledningssystem* till skillnad mot de ofta förekommande "papperssystemen" som kan fungera bra i teorin men inte lika bra i praktiken.

Utgående från dessa erfarenheter har vi undersökt hur man kan arbeta med integrering av arbetsmiljö och patientsäkerhetsarbetet inom vård i hemmet. Intervjuerna visar att den kommunala

verksamheten inklusive vård i hemmet har speciella förutsättningar som har stor betydelse för viljan och möjligheten att integrera arbetet med arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Vi kan också konstatera att projektet enbart hittat få exempel inom vården på att endast enstaka delar/aktiviteter lyckats med en sådan integrering. De fall där man lyckats med detta, utgår från ett verksamhetsperspektiv (se avsnitt 6.7.1 ovan) och bygger på samverkan mellan olika kompetenser eller på ett förebyggande arbete för att förebygga både patientsäkerhets- och arbetsmiljörisker (avsnitt 6.7.2 Gröna korset).

Några av de hinder och svårigheter som finns för integrering är:

- Aktörerna är ofta specialiserade på ett område och regelverket upplevs begränsa möjligheterna att "gå utanför ramarna".
- Verksamheten organiseras i vad som brukar kallas stuprör, dvs. funktion för funktion, vilket försvårar integrering av olika perspektiv.
- En vanlig föreställning är att arbetsmiljölagen är underordnad andra lagar. De andra lagarna styr verksamheten och ska prioriteras.
- Planering av och beslut om vården inkluderar inte på ett naturligt och integrerat sätt arbetsmiljön för de som ska utföra vården.

Det finns dock möjlighet att åstadkomma förändringar:

- Idag är det många som känner igen sig i uttrycket att arbetsmiljö och patientsäkerhet är olika sidor av samma mynt. Detta är en bra förutsättning för att lyfta diskussionen om integrering.
- Det är viktigt att motarbeta synen på arbetsmiljölagen som underordnad annan lagstiftning. Att lagarna är likvärdiga är en viktig utgångspunkt för arbetet med att integrera arbetsmiljö och patientsäkerhet.
- Från den politiska nivån är det möjligt att initiera aktiviteter för att integrera arbetsmiljö och patientsäkerhet. Att sätta upp och följa upp mål för dessa aktiviteter är ett sätt att markera vikten av dessa aktiviteter.
- Arbetet med att integrera arbetsmiljö och patientsäkerhet kräver resurser och befintliga resurser räcker inte. Mer resurser krävs därför om man vill att integreringen ska börja fungera.
- Det finns redan många forum och arbetsformer som det går att bygga vidare på och där olika kompetenser samarbetar. Tydligare uppdrag att arbeta med ett helhetsperspektiv och tydliggörande av att arbetsmiljö ingår i detta, kan vara en bra grund för att utveckla arbetet med integrering.
 - Ett bra sätt att samverka är att samarbeta i arbetsgrupper med flera kompetenser, så att man lär av varandra och förstår andras perspektiv samtidigt som man arbetar med att lösa komplexa problem.
 - Vård i hemmet- och hemtjänst har många likheter vad gäller arbetsmiljön. Det kan därför vara intressant att undersöka om det går att samordna arbetsmiljöarbetet mellan dessa verksamheter. Detta skulle kunna underlätta och effektivisera arbetsmiljöarbetet inom både dessa organisationer.
- Gröna korset är ett inspirerande exempel för att integrera arbetet med arbetsmiljö och patientsäkerhet när det gäller identifiering av risker och det förebyggande arbetet. Gröna korset används främst inom sjukhus, men borde kunna utvecklas och användas också inom vård i hemmet.

Referenser

- AFS2018:4 Smittrisker, (2018).
- Antonsson, A.-B., Sjöström, J., & Östlund, G. (2011). *Integrerade och levande ledningssystem. Inspirerande goda exempel. IVL-rapport B 2007*. Retrieved from www.ivl.se
- AFS 2001:1 Systematiskt arbetsmiljöarbete, AFS 2001:1 C.F.R. (2008).
- Arbetsmiljöverket. (2009). *Vård och omsorg i ordinärt boende – särskilt tillsynsområde. Rapport 2009:2 (AIGÖ 2007/48014)*. Retrieved from Stockholm: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/var-d-och-omsorg-i-ordinart-boende-tillsynsomrade-rapport-rap-2009-02.pdf>
- Arbetsmiljöverket. (2014). *Projektrapport – Inspektioner av kvinno- och mansdominerad kommunal verksamhet, hemtjänst och teknisk förvaltning. Rapport 2014:3*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2015). *Inspektioner av kvinno- och mansdominerad verksamhet i sex kommuner. Rapport 2015:5*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (2017). *En vitbok om kvinnors arbetsmiljö. Rapport 2017:6*. Retrieved from Stockholm: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/en-vitbok-om-kvinnors-arbetsmiljo-rapport2017-6.pdf>
- Baylina, P., Barros, C., Fonte, C., Alves, S., & Rocha, Á. (2018). Healthcare Workers: Occupational Health Promotion and Patient Safety. *Journal of Medical Systems*, 42(9), 159. doi:10.1007/s10916-018-1013-7
- Carlander, I., Ternestedt, B.-M., Sahlberg-Blom, E., Hellström, I., & Sandberg, J. (2011). Being Me and Being Us in a Family Living Close to Death at Home. *Qualitative Health Research*, 21(5), 683-695. doi:10.1177/1049732310396102
- Frédéric, V. (2015). Erik Hollnagel: Safety-I and Safety-II, the past and future of safety management. *Cognition, Technology & Work*, 17, 461-464. doi:10.1007/s10111-015-0345-z
- Frick, K., & Johanson, U. (2013). *Systematiskt arbetsmiljöarbete - syfte och inriktning, hinder och möjligheter i verksamhetsstyrningen: en analys av svenska fallstudier*. Retrieved from Solna:
- Galindo, H. (2015). *Safety Learning System: reporting work, health and safety in a patient safety system*. Paper presented at the Proceedings 19th Triennial Congress of the IEA, Melbourne 9-14 August 2015.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2016). *Samverkan för patienter och brukares välbefinnande. Hemsjukvård, hemtjänst och primärvård*. Retrieved from Stockholm: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2016/samverkan-for-patienter-och-brukares-valbefinnande-hemsjukvard-hemtjanst-och-primarvard-rapport.pdf>
- Josefsson, K., Sonde, L., Winblad, B., & Robins Wahlin, T.-B. (2007). Work situation of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 71-82. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.10.014
- Karlsson, C., & Berggren, I. (2011). Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics*, 18(3), 374-385. doi:10.1177/0969733011398100
- Lindahl, B., Lidén, E., & Lindblad, B.-M. (2011). A meta-synthesis describing the relationships between patients, informal caregivers and health professionals in home-care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 454. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03008.x
- Modin, S., & Furhoff, A.-K. (2002). Care by general practitioners and district nurses of patients receiving home nursing: a study from suburban Stockholm. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20(4), 208-212. doi:10.1080/028134302321004854
- Munck, B., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2011). District nurses' conceptions of medical technology in palliative home care. *Journal of Nursing Management*, 19(7), 845-854. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01231.x

- Pooler, J., McCrory, F., Steadman, Y., Westwell, H., & Peers, S. (2003). Dying at home: a care pathway for the last days of life in a community setting. *International journal of palliative nursing*, 9(6), 258. doi:10.12968/ijpn.2003.9.6.11507
- Prop. 1990/91:14. *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m. m.* Stockholm: Socialdepartementet.
- Roe, B. (2011). End of life and dying matters: needs of clients and family caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 227. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05557.x
- Schmidt, L., Sjöström, J., & Strehlenert, H. (2019). *HR & SAM. Human Resource-funktionens betydelse för det systematiska arbetsmiljöarbetet i kommuner och landsting/regioner* (B 2336). Retrieved from
- Schömer, E., & Olsson, L. (2017). Skärningspunkten av arbetsmiljö och socialrätt – arbetsmiljöproblematiken vid arbete i någons hem i form av personlig assistans. Festskrift till Ann Numhauser-Henning. In: Juristförlaget i Lund.
- SFS 1977:1160 Arbetsmiljölagen.
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- SFS2001:453 Socialtjänstlag, (2001).
- SFS2010:659. (2010). *Patientsäkerhetslag*. Stockholm.
- Hälso- och sjukvårdsförordning, (2017:80).
- Sjöström, J. (2013). *Det komplexa deltagandet: praktikgemenskaper, kunskapsprocesser och arbetsmiljödeltagande vid ett pappersbruk*. Linköping University, Linköping. Retrieved from <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:663264/FULLTEXT02.pdf>
- Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring - En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer* (Socialstyrelsen Ed.). Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Föreskrifter och allmänna råd, (2011).
- Socialstyrelsen. (2016a). *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2015:10 Basal hygien i vård och omsorg, (2016b).
- Socialstyrelsen. (2016c). *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2016.
- Socialstyrelsen. (2019). God hygienisk standard.
- SOSFS 1997:14. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*.
- SOU 2011:55. *Kommunaliserad hemsjukvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Stajduhar, K. I., Funk, L., Roberts, D., McLeod, B., Cloutier-Fisher, D., Wilkinson, C., & Purkis, M. E. (2011). Home care nurses' decisions about the need for and amount of service at the end of life. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 276-286. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05491.x
- Stajduhar, K. I., Funk, L. M., Roberts, D., Cloutier-Fisher, D., McLeod, B., Wilkinson, C., & Purkis, M. E. (2010). Articulating the Role of Relationships in Access to Home Care Nursing at the End of Life. *Qualitative Health Research*, 21(1), 117-131. doi:10.1177/1049732310379114
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Patientsäkerhet och arbetsmiljö: En vägledning för hög patientsäkerhet och god arbetsmiljö*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2017). *Patientsäkerhet i kommunal hälso- och sjukvård*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Thomé, B., Dykes, A.-K., & Rahm Hallberg, I. (2003). Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), 860-872. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00803.x
- Törner, M., Eklöf, M., Larsman, P., & Pousette, A. (2013). *Säkerhetsklimat i vård och omsorg. Bakomliggande faktorer och betydelse för personalsäkerhet och patientsäkerhet*. (ISBN 978-91-86863-02-9). Retrieved from Göteborgs Universitet:



- Valiee, S., Peyrovi, H., & Nikbakht Nasrabadi, A. (2014). Critical care nurses' perception of nursing error and its causes: A qualitative study. *Contemporary Nurse, 46*(2), 206-213.
doi:10.5172/conu.2014.46.2.206
- Wählin, C., Kvarnström, S., Öhrn, A., & Nilsing Strid, E. (2019). Patient and healthcare worker safety risks and injuries. Learning from incident reporting. *European Journal of Physiotherapy, 1-7*. doi:10.1080/21679169.2018.1549594
- Wälivaara, B.-M., Sävenstedt, S., & Axelsson, K. (2013). Encounters in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences. *The Open Nursing Journal, 7*, 73–81.
doi:10.2174/1874434620130419001
- Öresland, S. (2011). Nurses go visiting: ethics and gender in home-based nursing care. In. Umeå: Umeå universitet.

Bilaga 1. Hemsjukvårdens utveckling

Från regiondriven hemsjukvård till kommunaliserad hemsjukvård

I det här avsnittet ger vi en kort beskrivning av hur hemsjukvården har utvecklats och förändrats från regiondriven till kommunaliserad hemsjukvård.

I takt med en ökande andel äldre, minskade ekonomiska resurser till hälso- och sjukvården och kortare sjukhusvistelser genomfördes ett antal centrala reformer och insatser under 1990-talet (Modin & Furhoff, 2002; SOU 2011:55). Syftet med huvudmannaskapsreformerna (Ädelreformen, Handikappreformen och Psykiatrireformen) var att utveckla samverkan mellan de medicinska och sociala verksamhetsområdena och förbättra situationen för personer i behov av omfattande vård och omsorg. Ädelreformen innebar att kommunerna fick ansvar för viss hälso- och sjukvård för långvarig vård av äldre och personer med funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2008). En av tankarna bakom Ädelreformen var att de insatser som ges i kommunerna enligt lagen om hälso- och sjukvård (HSL, 2017:30) och lagen om socialtjänst (Socialtjänstlag (SoL), 2001:453) skulle integreras. Ett annat syfte var att skapa ett tydligare ansvar för grupper med långvariga och sammansatta vårdbehov samt förbättra de organisatoriska förutsättningarna för att utveckla samhällets vård och omsorg (Kommittédirektiv 2010:71; (Socialstyrelsen, 2008). När Ädelreformen genomfördes halverades antalet vårdplatser på sjukhus, därefter har vårdplatserna halverats ytterligare en gång. År 2016 fanns cirka 25 000 vårdplatser vilket är en dramatisk skillnad jämfört med på 1980-talet då det fanns över 100 000 vårdplatser. Antalet platser i särskilda boendeformer har samtidigt också minskat och allt fler svårt sjuka bedöms vara utskrivningsklara och skrivs ut från den slutna vården efter allt kortare sjukhusvistelse (Socialstyrelsen, 2016a); Sveriges Kommuner och Landsting, 2016).

Sedan dessa reformer trätt i kraft har strukturförändringarna inom sjukvården inneburit att kommuner, efter överenskommelse med regioner, successivt övertagit ansvaret för hemsjukvården helt eller delvis i ordinärt boende, exklusive läkarinsatser (Socialstyrelsen, 2016a). Kommunal hemsjukvård innebär alltså att en kommun ansvarar för vård på primärvårdsnivå efter vård- och omsorgsplanering.

År 2010 tillsatte regeringen en nationell samordnare med syftet att genomföra en utredning om kommunaliserad sjukvård (SOU 2011:55) för att stödja regioner och kommuner i processen att föra över ansvaret för hemsjukvården från regioner till kommuner. Då hade hemsjukvården kommunaliserats i tio län, under projektets gång har alla Sveriges län förutom Stockholm överfört ansvaret för hemsjukvården från regionen till kommunerna. I Stockholms län har kommunalisering av hemsjukvården diskuterats flertalet gånger, men man har inte kunnat enas om skatteväxlingsnivån.

Överföringen av ansvaret för hemsjukvården från regionen till kommunerna har i första hand inneburit en huvudmannaskapsförändring vilken regleras ekonomiskt genom skatteväxling mellan kommuner och regioner (SOU 2011:55), sid 13. Avtalen för hemsjukvård på kommunal nivå kan skilja sig mellan kommuner, men gemensamt för samtliga är tröskelprincipen. En utvärdering av hemsjukvården visade att kommuner ofta hade större möjligheter att erbjuda vissa undersökningar och behandlingar än landstingens vårdcentraler haft (Socialstyrelsen, 2008), sid 9. Detta beror på

att kommunerna kan samordna sina resurser och fokusera dessa på den begränsade grupp av patienter som ansvaret omfattar och inte till hela befolkningen. (SOU 2018:55).

Hemsjukvårdens utveckling

Sedan hemsjukvården kraftigt byggdes ut under 1990-talet har det fortsatt vara en växande verksamhet. I takt med att vårdplatserna på sjukhusen har minskat har även befolkningen ökat väsentligt, folkhälsan har förbättrats och livslängden har stigit. Trender som väntas fortsätta. Enligt Socialdepartementets analys av framtida vårdutveckling (Socialdepartementet, 2010) uppskattas andelen äldre i befolkningen öka från 17 procent till 25 procent år 2050. Det är både en positiv utveckling och en utmaning som Sverige står inför. Denna utveckling ökar kraven på hälso- och sjukvårdsinsatser inom hemsjukvården. Hur ska man kunna tillgodose behoven av vård och omsorg? Kostnaderna till följd av denna utveckling har uppskattats öka med närmare 30 procent inom de kommande tre decennierna. Det förväntas även att nya behandlingsmöjligheter och högre kvalitet inom hälso- och sjukvården kommer att innebära en kostnadsökning på cirka 80 procent. Samtidigt kommer personalbehovet att öka med cirka 50 procent, mest inom äldreomsorgen (Socialdepartementet, 2010; Socialstyrelsen, 2016b).

Vården i hemmet består i allt högre grad av medicinteknologisk vård. Det är inte ovanligt att personer som tidigare vårdades på sjukhus för att de var i behov av t.ex. syrgasbehandling eller dialys idag vårdas i hemmet. Även närstående kan uppleva sig få ett ökat ansvar för uppgifter som tidigare huvudsakligen sköttes av specialutbildad personal (Fox, 2000; Munck et al., 2011).

Den kommunalt drivna hemsjukvården kan påverkas av kommunernas storlek och geografiska placering. Sett ur ett kommunalekonomiskt perspektiv får kommuner med hög andel äldre höga hemsjukvårdskostnader. Detta medför utmaningar för kommunerna att hantera det breda uppdraget som huvudmän för hälso- och sjukvården (Vårdanalys, 2017).

Eftersom kostnadsökningstakten inte är hållbar på sikt, betyder det att hälso- och sjukvården måste effektivisera resursutnyttjandet parallellt med denna utveckling.

Utvecklingen inom hemsjukvården och dess komplexitet i nya och förändrade förutsättningar kan innebära nya risker att ta hänsyn till i det systematiska arbetsmiljöarbetet och patientsäkerhetsarbetet.

Bilaga 2. Intervjuguide

Patientsäkerhet – arbetsmiljöarbete i hemsjukvård

Bakgrund

- Roll/funktion, arbetsuppgifter?
- Erfarenhet på arbetsplatsen?

Kort beskriva verksamheten

- Organisation (bild)
- Hemvårdsorganisationen
- särskild och ordinarieboendeformer
- Antal anställda
- Professioner
- Antal vårdtagare
- Gränsöverskridande - team verksamhetsområdet?
- Samordning?

Ledningssystem?

- Vad finns? Hur länge har ni haft det?
- Erfarenheter? Hur fungerar det?
- Vem ansvarar? Uppdatering – utveckling?
- Förbättringsmöjligheter?
 - o Meddix, SeniorAlert, Öppna jämförelser, Äldre guiden, journalssystem
- Styrande; rutiner, instruktioner och policies
- Redovisande dokument, IT system?
- Informationsöverföring?
- Vad kan bli bättre?
- Vad kan göras effektivare?
- Vad behövs?

Hur går det till när ni får en ny brukare?

- Beskriv hur det går till när ni får en ny brukare?
- Riskbedömning? När diskuteras arbetsmiljö – patientsäkerhet?
- Har ni kriterier/krav/rutiner angående patientsäkerhet o/e arbetsmiljö som ni följer?
- Samordning över gränser? Handläggarens roll?
- Överföring av kunskap?
- Dokumentation? Ledningssystem?
- Checklistor – andra verktyg?
- Utvärdering – uppföljning?
- Journalsystem? Access – sekretess?
- Förbättringsförslag?

Hur arbetar ni med personalens arbetsmiljö i hemsjukvården?

- Hur får man reda på att något avviker eller ärnskyfyllt?
- Följer ni upp hur det fungerar hos brukaren - hur?
- Hur ställer ni krav på arbetsmiljön hos brukare? Gör personalen det själva?

Hur följs arbetsolyckor/risker/incidenter/tillbud upp?

- Systematik – rutiner?
- Återkoppling från personalen?
- Överföring av kunskap till andra?
- Utredningar? Åtgärder? Uppföljning?
- Ledningssystem?
- Koppling till patientsäkerhetsarbetet?

Integrerad och systematiskt patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete

- Hänsyn och helhetsyn
- Prioriteringar?
- Samordning, integrering, synergier och delaktighet
- Mätning – effektivitet - nyckeltal – redovisning
- Handlungsplan
- fördela det organisatoriska ansvaret – arbetsmiljöuppgifter egen kontroll/patientsäkerhetsberättelse – årlig uppföljning
- Riskanalyser – Riskbedömningar
- Vidta åtgärder
- Upprätta handlingsplan
- Utreda händelser/avvikelservårdskada – ohälsa, olycksfall, tillbud/avvikelser
- Anmäla händelser/avvikelservårdskada – allvariga olycksfall, tillbud samt skadlig inverkan

Är arbetsmiljöfrågor viktiga i företaget?

- Är ledningen engagerad?
- CESAM? FOSAM?
- Hur visar man/ante/ det?
- Hur fungerar det i vardagen?
- Arbetsmiljöansvar – delegering?
- SAM - diskuteras risker/AM på APT?
- Genomförs riskbedömningar – hur och när?
- Utbildning?
- Personalenkäter?
- Utbyte av erfarenheter?
- Uppföljning och åtgärder
- Förbättringsförslag?
- Fackens roll – SO?

Patientsäkerhet

- Utmaningar?
 - Smitta, infektion, Fall
 - Nutrition
- Medicinering
- Hygienregler – kläder
- Delegering - MAS
- Rutiner - checklistor, rapporteringsverktyg
- Avvikelser - instruktioner om hur gå till väga vid risk/tillbud/olycka
- Uppföljning – förbättringsarbete
- Patientsäkerhetsberättelsen
- Lex Sara? Lex Maria?
- Samordning/samverkan mellan hemtjänst, hemsjukvård och primärvård?
- Individuella planer (vad, vem, vilka)

