



Handläggare: Barbro Trygg
Tfn: 08-50818122

Till
Farsta stadsdelsnämnd

Yttrande över revisionsrapport nr 4 januari 2006, ”Styckevis och delt” - Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet

Förslag till beslut

1. Farsta stadsdelsnämnd överlämnar och återoppar stadsdelsförvaltningens tjänsteutlåtande som svar på remissen

Gillis Hammar
Stadsdelsdirektör

Annica Blomsten
Avd.chef, beställare

Annica Dominus
Avd.chef, utförare

Sammanfattning

Revisionskontoret har tillsammans med revisionen i Stockholms läns landsting, Norrtälje och Huddinge kommuner samt Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum granskat vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Revisionsrapporten har överlämnats till stadsdelsnämnderna för yttrande senast den 15 maj.

Granskningen visar att insatserna efter slutenvården är splittrade och att ett helhetsansvar saknas. Distriktssköterskan och distriktsläkaren är sällan med

på vårdplaneringen. De av slutenvården dokumenterade behoven av eftervård inom äldreomsorgen ifrågasätts ofta av biståndshandläggaren. Biståndshandläggarna ställs hela tiden inför svåra avvägningar mellan lagstiftning, politiska mål, kommunala riktlinjer, resursbrist, individuella behov, anhörigas förväntningar och personalens krav. Att akutsjukvårdens dokumentation om den äldres behov av eftervård inte alltid stämmer överens med biståndshandläggarens bedömning beror i många fall på att bedömningen görs utifrån olika lagrum

Sammanfattningsvis konstateras att situationen ofta är oacceptabel för äldre multisjuka som bor i eget hem. Dagens generella "lösningar" på multisjukas individuella problem fungerar inte.

Utifrån rapporten kommer förvaltningen att vidta följande åtgärder. Förvaltningens medicinskt ansvariga sjuksköterska (Mas) är en konsultresurs som bör användas som stöd till biståndshandläggaren i medicinska frågor vid vårdplaneringar för multisjuka.

Alla enheter inom hemtjänsten kommer att diskutera rapporten och göra en kartläggning av vilka multisjuka som finns inom respektive område.

Det projekt med Hökarängens närvårdcentral, för äldre 65+, som nu funnit sin form, är ett bra exempel på en samverkansform som fungerar för den multisjuka äldre. I förhållande till antalet äldre, som har insatser från hemtjänsten och primärvården, är gruppen multisjuka en liten del. Möjligheten att ge den geriatriska kliniken uppdraget att samordna de medicinska resurserna omkring de multisjuka bör undersökas.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts inom avdelningen för vård och omsorg om äldre och funktionshindrade, beställare och utförare. Stadsdelsnämndens pensionärsråd har behandlat ärendet den 10 april 2006.

Bakgrund

Revisionskontoret har tillsammans med revisionen i Stockholms läns landsting, Norrtälje och Huddinge kommuner samt Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum granskat vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Revisionsrapporten har överlämnats till stadsdelsnämnderna för yttrande senast den 15 maj och till kommunstyrelsen för yttrande senast den 19 juni 2006.

Revisionen i Stockholms stad och Stockholms läns landsting anlidade 1999 Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum (Äldrecentrum) för att i ett

gemensamt projekt kartlägga samverkan kring äldre multisjuka i ordinärt boende (ca 5 000 i länet). Studien byggde på 15 fallstudier i Enskede-Årsta stadsdelsområde och visade på stora brister i samverkan. En ny studie omfattande 29 fallstudier, varav 9 i Enskede-Årsta, genomfördes våren 2005 där även Norrtälje och Huddinge kommun deltog.

Undersökningspersonerna har intervjuats och följts i såväl landstingets som kommunernas vård- och omsorgsdokumentation. Även anhöriga och personal som varit delaktiga i vårdplanering har intervjuats. Vid hembesök har läkemedelslistorna stämts av mot det verkliga läkemedelsintaget.

Med multisjuk menas en person som vårdats för i genomsnitt sex diagnoser under den senaste tolv månadersperioden. De har i genomsnitt tio olika symptom och har i övrigt stora problem med trötthet, smärta, yrsel och sömn. De har i snitt tio olika läkemedel. De multisjukas andel av befolkningen har beräknats till omkring 4 % av dem som är 75 år och äldre.

Syftet med den nya studien har varit att ur den multisjuka äldres perspektiv belysa frågeställningarna:

- Vilka är behoven hos de äldre?
- Hur fungerar rutinerna för informationsöverföring och vårdplanering efter slutenvård, dvs. när den äldre är utskrivningsklar?
- Hur ser läkemedelslistan ut vid utskrivningstillfället, hur överförs information om nya ordinationer och hur ser ansvaret ut?
- Hur fungerar samarbetet mellan vård- och omsorgsgivarna?
- Var ligger problemen och vilka möjligheter finns till utveckling?

Granskningen har skett med utgångspunkt från lagstiftning, policy, avtal och riktlinjer avseende ansvarsfördelning och samverkan mellan landstinget och kommunerna.

Äldrecentrums iakttagelser

Samverkan fungerar inte – vård och omsorgsinsatserna ”hänger inte ihop”. I samverkansavtalen saknas konkret hur den gemensamma verksamheten ska utformas. Datasystemet, WebCare, för informationsöverförings behov utvecklas.

De äldre vänder sig ofta till sjukhusets akutmottagningar eftersom vårdcentralen inte alltid uppfattas som ett tillgängligt alternativ. Primärvårdens företrädare är sällan med på vårdplaneringar. De äldre tycker att husläkaren är svår att nå. Distriktssköterskan uppfattas av de äldre i första hand som en förmedlare av recept och läkemedel.

Äldrecentrum konstaterar att det är otydligt vem som har ansvaret för ordination och uppföljning av läkemedel. Många läkare har brister i

kunskapen om hur läkemedel påverkar äldre och följer sällan upp att den äldre har tagit sina läkemedel och vilken verkan de haft.

Slutenvårdens dokumentation för fortsatta insatser sätter vanligen inga spår i biståndshandläggarnas utredningar och föreslagna insatser.

Biståndshandläggaren beskrivs som ”grindvakt”. De äldres önskemål om stöd utifrån behov styrs ofta över till insatser utifrån tillgängliga resurser. De av slutenvården dokumenterade behoven av eftervård inom äldreomsorgen ifrågasätts ofta av biståndshandläggaren. Flera äldre har önskat särskilt boende, men fått avslag. Uppföljning av hur beslutade hemtjänstinsatser verkställs sker inte på ett systematiskt sätt. De beslutade insatserna om hemtjänst stämmer inte alltid med de äldres behov och önskemål. Hemtjänstpersonalen upplevs som vänlig men stressade och det är många nya ansikten.

Äldrecentrums förslag till åtgärder

Av både samhällsekonomiska och kvalitetsmässiga skäl måste resurserna med primärvård och äldreomsorg vara en sammanhållen verksamhet.

Utveckling mot samarbete mellan primärvård och kommunens hemtjänst finns på både politikernas och verksamhetsansvarigas dagordning. En Närvårdcentral för 65+ finns i Hökarängen sedan mitten av 2004. Verksamheten ska utvärderas men en positiv utvärdering är ingen garanti för verksamhetens fortbestånd.

Revisionskontorets kommentarer och slutsatser

Den genomförda undersökningen ger en mörk bild av vården kring multisjuka äldre i ordinärt boende. Granskningen visar att insatserna efter slutenvården är splittrade och att ett helhetsansvar saknas. Distriktssköterskan och distriktsläkaren är sällan med på vårdplaneringen. Enligt uppdraget ska primärvården samverka med alla berörda aktörer för att tillgodose patientens vård- och omsorgsbehov och verka för att insatserna samordnas.

I hela riket har antalet platser i vård- och omsorgsboende enligt socialstyrelsens årsstatistik minskat med 11 % under perioden oktober 2000 till oktober 2004. Under samma period har antalet hemtjänsttimmar ökat med 12 % vilket ställer stora krav på kompetens, resurser och organisation inom hemtjänsten.

Prioriteringar inom äldreomsorgen, som borde ligga på ledningsnivå, har pressats långt ner i organisationen vilket innebär att biståndshandläggarnas yrkesroll är mycket komplex. De ställs hela tiden inför svåra avvägningar mellan lagstiftning, politiska mål, kommunala riktlinjer, resursbrist, individuella behov, anhörigas förväntningar och personalens krav.

För att vården och omsorgen om multisjuka i hemmet ska fungera måste hemtjänstens organisation, arbetsformer och kompetens utvecklas, liksom även samarbetet mellan primärvården och hemtjänsten.

Sammanfattningsvis konstateras i denna rapport liksom i tidigare revisionsrapporter och i andra fallstudier att situationen ofta är oacceptabel för äldre multisjuka som bor i eget hem. Dagens generella ”lösningar” på multisjukas individuella problem fungerar inte.

Förvaltningens synpunkter

Förvaltningen instämmer i äldrecentrums och revisionskontorets uppfattning om att vården och omsorgen för äldre multisjuka är komplex och kräver ett samlat ansvar på individnivå. Det bör noteras att av de 29 intervjuade multisjuka personerna har endast 11 personer hemtjänst.

I primärvårdens nuvarande driftavtal finns inte utrymme för deltagande i vårdplaneringar vilket förvaltningen ser leder till brister i samarbetet. Förvaltningen kommer i sina möten med primärvården framföra önskemål om att distriktssköterskorna prioriterar vårdplaneringar, åtminstone när det gäller de multisjuka.

En hel del avtal om samverkan har skrivits på olika organisatoriska nivåer i staden och landstinget, men avtal räcker inte för att det praktiska samarbetet på lokal nivå ska komma till stånd. Former för det praktiska samarbetet mellan hemtjänstens personal och primärvårdens distriktssköterskor har aktualiserats vid ett flertal tillfällen. Primärvården i östra söderort i Stockholm har dragit ner resurserna och samverkan har successivt minskat.

Att akutsjukvårdens dokumentation om den äldres behov av eftervård inte alltid stämmer överens med biståndshandläggarens bedömning, beror i många fall på att bedömningen görs utifrån olika lagrum. Akutsjukvårdens bedömning av den äldres eftervård handlar i många fall om den medicinska eftervården som i Stockholm är primärvårdens ansvar. Förvaltningens medicinskt ansvariga sjuksköterska (Mas) är en resurs som bör användas som ett stöd till biståndshandläggaren i medicinska frågor vid vårdplaneringar för multisjuka.

För gruppen multisjuka behövs ett behovsanpassat stöd i stället för en regelstyrd hjälp. Det krävs en hög kompetens både inom hemtjänsten och inom primärvården för att ge adekvat hjälp till gruppen multisjuka. I förhållande till antalet äldre som har insatser från hemtjänsten och primärvården är gruppen multisjuka en mycket liten del. Möjligheten att ge enheter med geriatrisk kompetens uppdrag att samordna de medicinska resurserna omkring de multisjuka bör undersökas.

En viktig del i samarbetet omkring de multisjuka är biståndshandläggarens och distriktssköterskans uppföljning.

Alla enheter inom hemtjänsten kommer att diskutera rapporten och göra en kartläggning av vilka multisjuka som finns inom respektive område. Enheterna arbetar med kontaktmannaskap för alla äldre med omvårdnadsbehov. Den äldre som behöver omfattande insatser, dag, kväll och natt veckans alla dagar, träffar av naturliga skäl många vårdbiträden.

Det projekt med Hökarängens närvårdcentral, för äldre 65+, som nu funnit sin form är ett bra exempel på en samverkansform som fungerar för den multisjuka äldre. Primärvårdens distriktsläkare och distriktssköterska finns i samma lokaler som hemtjänstens vårdpersonal. Distriktssköterskor och hemtjänstpersonal har omvårdnadskonferenser varje fjärde vecka. Läkare och distriktssköterskor har hemsjukvårdsrond varje vecka. Under februari 2006 har närvårdcentralens två läkare, förutom att de har haft en traditionell mottagningsverksamhet, gjort sammanlagt 49 hembesök varav 19 var akuta och oplanerade.

En hel del praktiska problem har funnits under uppbyggnaden såsom sekretessbestämmelser vid informationsöverföring mellan huvudmännen och en annan roll för distriktsläkare/distriktssköterskor. Hökarängen är ett avgränsat geografiskt område och vården och omsorgen för multisjuka har varit en minimal del i verksamheten men för den enskilde äldre en mycket viktig del

I Hökarängens närvårdcentral pågår en översyn av de äldres medicinering med hjälp av den farmaceut som deltagit i Äldrecentrums undersökning. Önskvärt är att alla äldre med många olika läkemedel får den genomgången men det är primärvårdens ansvar att genomföra det och för det behövs en ökad kompetens om äldres reaktioner på olika läkemedel.

Bilagor

Revisionsrapport nr 4 januari 2006, exkl. fallstudierapporter från Huddinge och Norrtälje kommuner.