



Till
Kommunstyrelsen
Stadsdelsnämnderna

Styckevis och delat - Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet (rapport 2006:4)

För att förstå den situation som äldre med komplexa diagnoser, omfattande läkemedelsanvändning och stora vård- och omsorgsbehov befinner sig i, krävs verklighetsbeskrivningar. Den nu genomförda granskningen bygger på 29 fallstudier av multisjuka äldre personer. Granskningen av denna väl definierade och slumpmässigt uttagna undersökningsgrupp ger, tillsammans med resultatet från andra studier, en generaliserbar kunskap om brister i nuvarande system.

Granskningen har bedrivits som ett gemensamt projekt mellan revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad, Norrtälje och Huddinge kommuner samt Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Stadsdelen Enskede-Årsta har ingått som undersökningsområde i Stockholms stad. Äldrecentrum har genomfört granskningen. Äldrecentrums rapport bifogas.

Vårdtiderna inom landstingets slutenvård har blivit kortare samtidigt som antalet platser i kommunernas särskilda boenden har minskat. Det innebär att allt fler äldre med komplexa diagnoser och omfattande användning av läkemedel vårdas i det egna hemmet. Detta innebär i sin tur en ökad vårdtyngd och en mer krävande vårdssituation för såväl primärvården/hemsjukvården som kommunernas hemtjänst.

Vi kan konstatera att multisjuka äldre får stora insatser såväl från slutenvården inom landstinget som från äldreomsorgen inom kommunerna – men insatserna är splittrade. Helhetssyn och konkret samverkan saknas fortfarande. Enligt intervjuerna anser de äldre att *husläkarna* är otillgängliga. Därför söker de äldre sig istället till sjukhusens akutmottagningar. Många av de äldre saknar också ett nära samarbete mellan husläkaren och *distriktssköterskan*. Vårdplaneringen vid utskrivning från slutenvård fungerar bristfälligt. Distriktssköterskan är sällan med och husläkaren så gott som aldrig. Informationsöverföring sker i stället via WebCare¹.

Biståndshandläggarens roll uppfattas av de äldre och deras anhöriga ofta som en "grindvakt" – besluten om äldreomsorgsinsatser verkar snarare styras av tillgängliga resurser än av de äldres behov och önskemål. Ansökningarna om hemtjänst innehåller ofta standardformuleringar, vilket kan sätta rättssäkerheten ur spel. Det sker ingen systematisk uppföljning av hur beslutade hemtjänstinsatser verkställs, trots att detta är en viktig del i biståndshandläggarens arbete.

¹ Databaserat informationsöverföringssystem mellan akutsjukvård och primärvård/kommun

Hemtjänstpersonalen upplevs av de äldre som vänlig, men de är ofta stressade och det är många nya ansikten. Många äldre är missnöjda med kvaliteten i insatserna. Det gäller både städning, mat och annat.


Vi anser att den nu genomförda granskningen ger en mörk bild av vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Den problembild som redovisades i revisionsrapporten "Tänk om någon såg helheten" (1999:9) – kvarstår. Ett flertal rapporter från olika granskare har också bekräftat denna bild. Kunskap och medvetenhet finns således sedan många år – trots det finns problemen kvar. Situationen har till och med förvärrats.

Vi kan konstatera att gapet mellan de äldres vård- och omsorgsbehov och tillgängliga resurser har ökat under många år. Detta leder till en bristande överensstämmelse mellan de politiskt formulerade målen och den verklighet som många äldre, anhöriga och personal befinner sig i. Vi anser att prioriteringar, som bör ligga på ledningsnivå inom äldreomsorgen, har pressats för långt ned i organisationen. Biståndshandläggarna ställs i dag ofta inför "omöjliga" avvägningar.

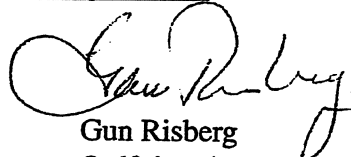
Vi kan vidare konstatera att läkemedelsrelaterade problem finns hos alla de äldre i granskningen. Ingen läkare tar ett samlat ansvar för den äldres medicinering. Vi anser att Stockholms stad bör ta initiativ till att "läkemedelsgenomgångar för gruppen multisjuka äldre" genomförs på ett strukturerat sätt. Granskningen visar också att många anhöriga gör stora insatser som omsorgsgivare och vårdkedjeadministratörer. Vi anser att stödet till anhöriga bör stärkas.

Vår sammanfattande slutsats blir att vården och omsorgen för multisjuka äldre måste förändras. Det behövs flexibla sÄrlösningar som tillgodoser de äldres behov av kontinuerlig och flerprofessionell vård och omsorg. Policydokument och avtal kring samverkan är en bra grund, men det räcker inte. Ett konkret förändringsarbete måste drivas på alla nivåer, inte minst på den politiska nivån.

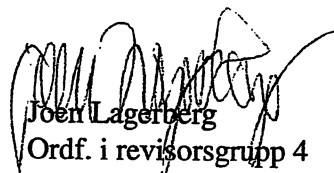
Revisorsgrupperna 1, 3 och 4 har vid sina sammanträden den 31 respektive 30 januari 2006 behandlat bifogade revisionsrapport. Revisorsgrupperna har beslutat att överlämna rapporten till stadsdelsnämnderna för yttrande senast den 15 maj och till kommunstyrelsen för yttrande senast den 19 juni 2006.



Bo Dahlström
Ordf. i revisorsgrupp 1



Gun Risberg
Ordf. i revisorsgrupp 3



Joen Lagerberg
Ordf. i revisorsgrupp 4



Gunilla Axelsson
Sekreterare i revisorsgrupp 1

Kopia till stadsdirektören och samtliga stadsdelsdirektörer



"Styckevis och delt" - Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet

Skyldigheten att samverka i vården och omsorgen om de äldre framgår av Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen samt regleras även i en gemensam policy från 1998.

Revisionens iakttagelser i korthet:

- Vården och omsorgen till multisjuka¹ äldre som bor kvar i det egna hemmet fungerar i många avseenden dåligt, trots kunskap om problemen.
- Bilden från tidigare granskning består. Det saknas en strukturerad samverkan i alla faser av vård- och omsorgsprocessen
- Multisjuka äldres sammansatta behov kan inte mötas med generella "lösningar"
- Läkemedelsrelaterade problem finns hos alla de äldre i studien. Ingen läkare tar ett samlat ansvar för den äldres medicinering
- De intervjuade tycker inte att husläkarna är tillgängliga, därför söker de sig istället till sjukhusens akutmottagningar
- Prioriteringar inom äldreomsorgen har pressats ned i organisationen. Biståndshandläggarna ställs ofta inför "omöjliga" avvägningar. Biståndsbesluten motsvarar sällan de äldres behov och önskemål
- Hemtjänstens och hemsjukvårdens kompetens och arbetsformer behöver utvecklas för att möta de äldre multisjukas omfattande behov

Därutöver framgår att många i granskningen saknar ett nära samarbete mellan husläkaren och distriktsköterskan. Vårdplaneringen vid utskrivning från

slutenvård fungerar bristfälligt. Distriktsköterskan är sällan med och husläkaren så gott som aldrig. Informationsöverföring har underlättats av WebCare, ett databaserat stöd, som dock behöver utvecklas.

Biståndshandläggarens roll uppfattas av de äldre och deras anhöriga ofta som en "grindvakt". De äldres önskemål om stöd utifrån behov styrs ofta över till insatser utifrån tillgängliga resurser. Många äldre är missnöjda med kvaliteten i hemtjänstens insatser. Det gäller både städning, mat och annat. Hemtjänstpersonalen upplevs av de äldre som vänlig, men "de är ofta stressade och det är många nya ansikten". Granskningen visar också att många anhöriga gör stora insatser som omsorgsgivare och vårdkedjeadministratörer.

Av granskningen framgår att multisjuka äldre får stora insatser såväl från slutenvård och öppenvården inom landstinget som från äldreomsorgen inom kommunerna – men insatserna är splittrade. Helhetssyn och konkret samverkan saknas fortfarande.

Rapporten bekräftar den bild som beskrivits i flera olika rapporter och studier under senare år. Problembilden är känd bland ansvariga.

Bakgrund

Revisionen i Stockholms stad och Stockholms läns landsting genomförde år 1999 en granskning av samverkan kring multisjuka äldre i ordinärt boende. I den gemensamma revisionsrapporten² konstaterade revisorerna att det saknades en strukturerad samverkan i alla faser av vård- och omsorgsprocessen, från behovsbedömning och planering av insats till utförande och uppföljning av resultat.

¹ Äldre som under en tolv månaders period vårdats tre eller fler gånger inom slutenvård samt under denna tidsperiod vårdats för diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper.

² Tänk om någon såg helheten (nr 1999:9)

Projektets genomförande

Den nu genomförda granskningen har bedrivits som ett gemensamt projekt mellan revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad, Norrtälje och Huddinge kommuner samt Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum som även har genomfört granskningen.

Granskningen bygger på 29 fallstudier av multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. De fallbeskrivningar som redovisas i rapporten beskriver tydligt de multisjuka äldres problem och behov.

Projektets målgrupp

Gruppen multisjuka äldre uppskattas till ca 5000 personer i länet. Ytterligare ca 20 000 äldre personer, med en skör och snabbt föränderlig livssituation och med behov av återkommande omprövning av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser, bedöms omfattas av de problemställningar som studien behandlar. Denna grupp äldre står för en betydande del av vårdens och omsorgens kostnader.

Revisionens kommentarer

Den nu genomförda granskningen visar på stora brister i vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Den problembild som redovisades i revisionsrapporten "Tänk om någon såg helheten" kvarstår. Sedan revisionens förra granskning har vårdtiderna i slutenvården kortats och antalet platser i särskilda äldreboenden minskat. Därför finns det idag äldre med en tyngre vård- och omsorgsproblematik som bor kvar i det egna hemmet. Det strategiska vägvalet att bedriva vård och omsorg i ordinärt boende ställer stora krav på vård- och omsorgskvalitet särskilt för denna målgrupp.

Vi konstaterar att det finns en bristande överensstämmelse mellan de politiskt formulerade målen och den verklighet som många äldre, anhöriga och personal befinner sig i.

Vår sammanfattande slutsats blir att vården och omsorgen för multisjuka äldre måste förändras. För att åstadkomma en god och kostnadseffektiv vård och omsorg, måste ansvariga på alla nivåer samverka utifrån den äldres behov och utveckla verksamheter som stöder och kompletterar varandra. Detta arbete måste efterfrågas och drivas från politisk nivå hos huvudmännen.

Frågor om rapporten besvaras av:

- de förtroendevalda revisorerna:
Bo Dahlström 0708-90 43 68
Joen Lagerberg 073-658 95 18, 08-21 32 01
Gun Risberg 070-552 76 85 och
- stadsrevisor Gunnar Björkman, 08-508 29 272



REVISIONSKONTORET

REVISIONSRAPPORT

NR 4 januari 2006

DNR 420/22-06

Styckevis och delat

Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet

Vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet fungerar i många avseenden dåligt, trots kunskap om problemen

Bilden från tidigare granskning består. Det saknas en strukturerad samverkan i alla faser av vård- och omsorgsprocessen

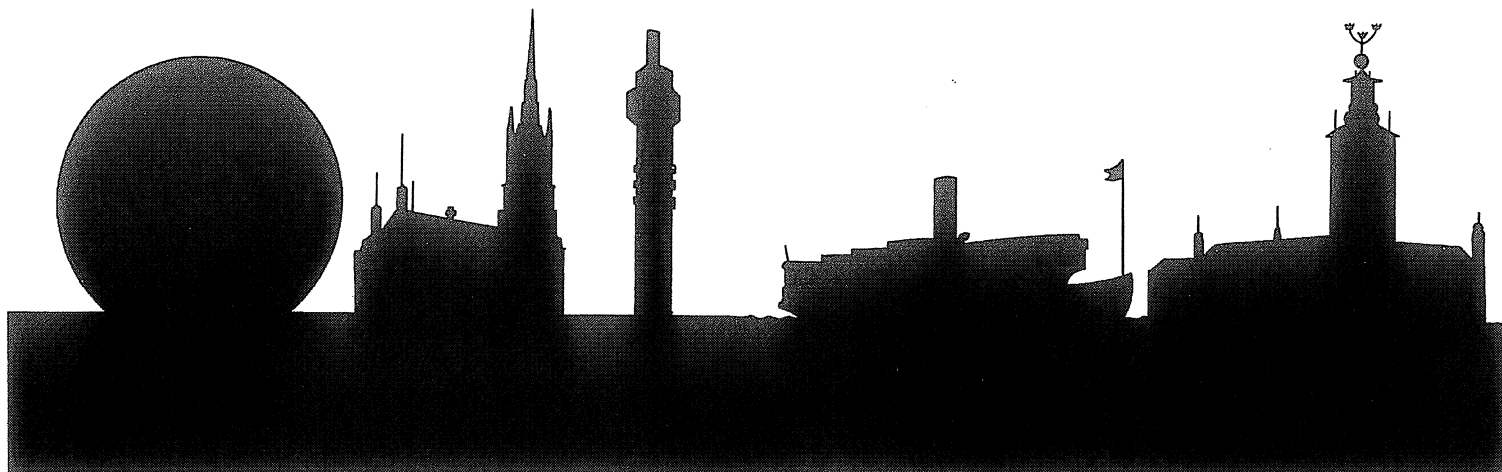
Multisjuka äldres sammansatta behov kan inte mötas med generella "lösningar"

Läkemedelsrelaterade problem finns hos alla de äldre i studien. Ingen läkare tar ett samlat ansvar för den äldres medicinering

De intervjuade tycker inte att husläkarna är tillgängliga, därför söker de sig istället till sjukhusens akutmottagningar

Prioriteringar inom äldreomsorgen har pressats ned i organisationen. Biståndshandläggarna ställs ofta inför "omöjliga" avvägningar. Biståndsbesluten motsvarar sällan de äldres behov och önskemål

Hemtjänstens och hemsjukvårdens kompetens och arbetsformer behöver utvecklas för att möta de multisjuka äldres omfattande behov



Stockholms stads revisionskontor är fackorganet för revision av stadens nämnder och styrelser med tillhörande förvaltningar. Kontoret biträder de förtroendevalda revisorerna som kommunfullmäktige utser för varje mandatperiod. Enligt särskilt beslut av fullmäktige biträder kontoret även de förtroendevalda bolagsrevisorerna i granskningen av stadens bolag.

Årligen upprättas del- och årsrapporter samt revisionsberättelser, där revisionens synpunkter på verksamheten i en nämnd eller styrelse sammanfattas.

Andra viktiga iakttagelser, arbetsresultat m m under löpande år dokumenteras i revisionsrapporter.

Ytterligare enstaka exemplar av denna rapport kan beställas från:

Stockholms stads revisionskontor
Stadshuset
105 35 STOCKHOLM
Internadress Hantverkargatan 3 A, 1 tr
Tel: 508 29 000 Fax 508 29 399



Till
Kommunstyrelsen
Stadsdelsnämnderna

Styckevis och delat - Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet (rapport 2006:4)

För att förstå den situation som äldre med komplexa diagnoser, omfattande läkemedelsanvändning och stora vård- och omsorgsbehov befinner sig i, krävs verklighetsbeskrivningar. Den nu genomförda granskningen bygger på 29 fallstudier av multisjuka äldre personer. Granskningen av denna väl definierade och slumpmässigt uttagna undersökningsgrupp ger, tillsammans med resultatet från andra studier, en generaliserbar kunskap om brister i nuvarande system.

Granskningen har bedrivits som ett gemensamt projekt mellan revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad, Norrtälje och Huddinge kommuner samt Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Stadsdelen Enskede-Årsta har ingått som undersökningsområde i Stockholms stad. Äldrecentrum har genomfört granskningen. Äldrecentrums rapport bifogas.

Vårdtiderna inom landstingets slutenvård har blivit kortare samtidigt som antalet platser i kommunernas särskilda boenden har minskat. Det innebär att allt fler äldre med komplexa diagnoser och omfattande användning av läkemedel vårdas i det egna hemmet. Detta innebär i sin tur en ökad vårdtyngd och en mer krävande vårdssituation för såväl primärvården/hemsjukvården som kommunernas hemtjänst.

Vi kan konstatera att multisjuka äldre får stora insatser såväl från slutenvården inom landstinget som från äldreomsorgen inom kommunerna – men insatserna är splittrade. Helhetssyn och konkret samverkan saknas fortfarande. Enligt intervjuerna anser de äldre att *husläkarna* är otillgängliga. Därför söker de äldre sig istället till sjukhusens akutmottagningar. Många av de äldre saknar också ett nära samarbete mellan husläkaren och *distriktssköterskan*. Vårdplaneringen vid utskrivning från slutenvård fungerar bristfälligt. Distriktssköterskan är sällan med och husläkaren så gott som aldrig. Informationsöverföring sker i stället via WebCare¹.

Biståndshandläggarens roll uppfattas av de äldre och deras anhöriga ofta som en "grindvakt" – besluten om äldreomsorgsinsatser verkar snarare styras av tillgängliga resurser än av de äldres behov och önskemål. Ansökningarna om hemtjänst innehåller ofta standardformuleringar, vilket kan sätta rättssäkerheten ur spel. Det sker ingen systematisk uppföljning av hur beslutade hemtjänstinsatser verkställs, trots att detta är en viktig del i biståndshandläggarens arbete.

¹ Databaserat informationsöverföringssystem mellan akutsjukvård och primärvård/kommun

Hemtjänstpersonalen upplevs av de äldre som vänlig, men de är ofta stressade och det är många nya ansikten. Många äldre är missnöjda med kvaliteten i insatserna. Det gäller både städning, mat och annat.

Vi anser att den nu genomförda granskningen ger en mörk bild av vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Den problembild som redovisades i revisionsrapporten "Tänk om någon såg helheten" (1999:9) – kvarstår. Ett flertal rapporter från olika granskare har också bekräftat denna bild. Kunskap och medvetenhet finns således sedan många år – trots det finns problemen kvar. Situationen har till och med förvärrats.

Vi kan konstatera att gapet mellan de äldres vård- och omsorgsbehov och tillgängliga resurser har ökat under många år. Detta leder till en bristande överensstämmelse mellan de politiskt formulerade målen och den verklighet som många äldre, anhöriga och personal befinner sig i. Vi anser att prioriteringar, som bör ligga på ledningsnivå inom äldreomsorgen, har pressats för långt ned i organisationen. Biståndshandläggarna ställs i dag ofta inför "omöjliga" avvägningar.

Vi kan vidare konstatera att läkemedelsrelaterade problem finns hos alla de äldre i granskningen. Ingen läkare tar ett samlat ansvar för den äldres medicinering. Vi anser att Stockholms stad bör ta initiativ till att "läkemedelsgenomgångar för gruppen multisjuka äldre" genomförs på ett strukturerat sätt. Granskningen visar också att många anhöriga gör stora insatser som omsorgsgivare och vårdkedjeadministratörer. Vi anser att stödet till anhöriga bör stärkas.

Vår sammanfattande slutsats blir att vården och omsorgen för multisjuka äldre måste förändras. Det behövs flexibla särlösningar som tillgodoser de äldres behov av kontinuerlig och flerprofessionell vård och omsorg. Policydokument och avtal kring samverkan är en bra grund, men det räcker inte. Ett konkret förändringsarbete måste drivas på alla nivåer, inte minst på den politiska nivån.

Revisorsgrupperna 1, 3 och 4 har vid sina sammanträden den 31 respektive 30 januari 2006 behandlat bifogade revisionsrapport. Revisorsgrupperna har beslutat att överlämna rapporten till stadsdelsnämnderna för yttrande senast den 15 maj och till kommunstyrelsen för yttrande senast den 19 juni 2006.



Bo Dahlström

Ordf. i revisorsgrupp 1




Gun Risberg

Ordf. i revisorsgrupp 3



Joen Lagerberg

Ordf. i revisorsgrupp 4



Gunilla Axelsson

Sekreterare i revisorsgrupp 1

Kopia till stadsdirektören och samtliga stadsdelsdirektörer

INNEHÅLL

Sid

1	INLEDNING	1
	Bakgrund.....	1
	Projektets syfte.....	1
	Projektets genomförande	2
2	SKYLDIGHETEN ATT SAMVERKA	3
3	Äldrecentrums iakttagelser och förslag	4
	Iakttagelser kring samverkan i vård och omsorg	4
	Iakttagelser kring läkemedelshanteringen	6
	Förslag till åtgärder.....	6
	Jämförelse mellan undersökningsområdena	6
4	REVISIONSKONTORETS KOMMENTARER OCH SLUTSATSER	6
	Färre platser i särskilt boende och kortare vårdtider i slutenvården	7
	Insatserna är splittrade och helhetsansvar saknas	7
	Hanteringen av de äldres läkemedel har stora brister	9
	Vård och omsorg fungerar dåligt för multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet.....	10

Bilaga

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrums rapport: Styckevis och delat – Informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge (inklusive fallbeskrivningar)

1 Inledning

Bakgrund

Vårdtiderna inom landstingets slutenvård har blivit kortare samtidigt som antalet platser i kommunernas särskilda boenden minskat. Det innebär att allt fler äldre med komplexa diagnoser och omfattande användning av läkemedel vårdas i det egna hemmet. Denna utveckling ökar kraven på kompetens såväl inom hemsjukvården som inom den kommunala hemtjänsten. Utvecklingen accentuerar också behovet av en fungerande samverkan mellan huvudmännens berörda personalgrupper – biståndshandläggare, hemtjänstpersonal, distriktsköterskor, husläkare, personal inom slutenvården m.fl.

Revisionen i Stockholms stad och Stockholms läns landsting engagerade år 1999 Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (Äldrecentrum) för att i ett gemensamt projekt kartlägga samverkan kring multisjuka¹ äldre i ordinärt boende (ca 5 000 i länet). Studien², som byggde på 15 fallstudier, visade på stora brister i samverkan. Äldrecentrum har därefter i flera liknande fallstudier ytterligare belyst dessa frågor.

En fråga som uppmärksamats alltmer är läkemedelshanteringen. Det gäller såväl ansvaret för den äldres totala läkemedelsordination, som mängden läkemedel som den äldre använder och uppföljningen/utvärderingen av effekter och eventuella biverkningar.

Projektets syfte

Den nu genomförda granskningen har bedrivits som ett gemensamt projekt mellan revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholm stad, Norrtälje och Huddinge kommuner samt Äldrecentrum, som genomfört studien.

För att förstå den situation som äldre med omfattande och komplexa behov och problem befinner sig i krävs verklighetsbeskrivningar. Sådana beskrivningar visar att äldre multisjuka får stora insatser från såväl sluten- och öppenvården inom landstinget som äldreomsorgen inom kommunerna – men frågan är om insatserna motsvarar de multisjuka äldres behov.

Syftet med projektet har mot denna bakgrund varit att ur multisjuka äldres perspektiv belysa följande frågeställningar:

¹ Äldre som under en tolv månaders period vårdats tre eller fler gånger inom sluten sjukhusvård samt under denna tidsperiod vårdats för diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper.

² *Tänk om någon såg helheten*, rapport nr 9/99 Landstingsrevisorerna, rapport nr 9/99 Stockholms stads revisorer

- 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.

I projektet har även ingått att belysa eventuella skillnader mellan de tre undersökningsområdena samt att göra jämförelser med tidigare studier.

Projektets genomförande

Sakkunniga från revisionskontoren i landstinget och Stockholms stad samt från revisionsbyråerna Ernst&Young (för Huddinge kommun) och ÖhrlingsPrice-waterhouseCoopers (för Norrtälje kommun) har fungerat som styrgrupp för projektet.

Valet av de tre undersökningsområdena – Huddinge kommun, Norrtälje kommun och stadsdelen Enskede-Årsta i Stockholms kommun – grundar sig på att en spridning i länet eftersträvs. Enskede-Årsta ingick även i revisionens granskning år 1999. Samtliga områden ingick också i Äldrecentrums projekt "Samverkan enkelt i teorin – svårare att praktisera" (2005:3) som beskriver samverkan utifrån huvudmännens och personalens perspektiv.

Den nu genomförda granskningen bygger på 29 fallstudier av äldre multisjuka personer. De har alla skrivits ut till ordinärt boende från medicinklinik eller geriatrisk klinik under perioden februari - mars år 2005. Undersökningspersonerna har intervjuats och följts i såväl landstingets som kommunernas vård- och omsorgsdokumentation. Intervjuer har även gjorts med anhöriga och personal som har varit engagerade i vårdplaneringen för de äldre. En undersökning har gjorts av undersökningspersonernas läkemedelslistor. Vid hembesök har läkemedelslistorna även stämts av mot det verkliga läkemedelsintaget.

De 29 äldre som medverkat i granskningen tillhör alla gruppen multisjuka. Deras medelålder är 84 år. Fördelningen är jämn mellan män och kvinnor. Andelen ensamboende är 2/3. De har vårdats för i genomsnitt sex diagnoser under den senaste tolv månadersperioden. De har i snitt tio olika symptom och har i övrigt stora problem med trötthet, smärta, yrsel och sömn. De har i snitt tio olika läkemedel.

Arton av de äldre har hemtjänst och merparten även hjälp från anhöriga/närstående. Sju äldre har omfattande stöd från maka/make. Under den studerade perioden, 1 januari 2004 - 30 juni 2005, har var och en i genomsnitt 32 vård-dygn inom slutenvården och besöker sjukhusens akutmottagningar i snitt sju gånger. Fjorton är inskrivna i hemsjukvården.

2 Skyldigheten att samverka

Skyldigheten att samverka i vården och omsorgen om de äldre framgår av *Socialtjänstlagen* (SoL) och *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL). Huvudmännens kostnadsansvar i samband med utskrivning från slutenvården regleras i den så kallade *Betalningsansvarslagen*. Efter omarbetning av den senare lagen infördes begreppet "utskrivningsklar" den 1 juli 2003. Från samma datum är det även möjligt att inrätta gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet.

SoL innehåller inte några detaljerade regler för ansvarsfördelningen mellan kommunens äldreomsorg och landstingets hälso- och sjukvård. De otydligheter som kan uppkomma får lösas genom överenskommelse mellan huvudmännen. Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län i vården och omsorgen om de äldre regleras av en *gemensam policy* från 1998³. Utifrån policyn har lokala samverkansavtal tecknats. Enligt HSL är vård som meddelas av läkare ett särskilt ansvar för landstinget. Det ingår dock i kommunernas ansvar att se till att den som är i behov av vård verkligen får den (SoL 2 kap. 2 §).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering (SOSFS 1996:32) syftar till att skapa en struktur för informationsöverföring och samverkan mellan olika vårdgivare när det gäller patienter som är utskrivningsklara och som bedöms ha behov av sociala insatser efter utskrivning från sjukhuset.

Samordnad vårdplanering är en process, som syftar till att berörda aktörer tillsammans med patienten samordnar planeringen av dennes fortsatta vård och omsorg, i första hand vid överföring från en vårdform/nivå till en annan. Vid slutenvård består processen av följande moment:

- intagningsmeddelande till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården
- bekräftelse på mottagen information och överföring av aktuell information till slutenvården
- ställningstagande till huruvida företrädarna för de olika vårdnivåerna ska mötas för planering
- genomförande av planeringen
- utskrivningsmeddelande till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården
- epikris (sammanfattande bedömning).

³ Policyförklaring om samverkan kring vård och omsorg (1998-03-04)

En väl genomförd vårdplanering förutsätter således kontakt mellan aktuella vårdgivare och överföring av den information och kunskap om patientens tillstånd och situation som respektive vårdgivare har. Ny författningsändring (SOSFS 2005:27) ersätter ovanstående fr. o m. december 2005.

Enligt *Basuppdraget för husläkarverksamheten* (år 2005) ska husläkaren fungera som det naturliga förstahandsvalet vid behov av hälso- och sjukvårdskontakter. Detta ställer krav på att husläkarverksamheten har en hög tillgänglighet för akut och planerat omhändertagande. Av basuppdraget framgår också, att vårdgivaren ska svara för att patienterna erbjuds en fast namngiven läkarkontakt. Personer som är folkbokförda i länet och listade hos vårdgivaren ska omfattas av mottagningsverksamhet och hembesök – bl.a. för att undvika onödiga inläggningar och besök vid sjukhusens akutmottagningar.

Vård till patienter inskrivna i den basala *hemsjukvården*⁴ regleras i en särskild uppdragsbeskrivning. Av uppdragsbeskrivningen för hemsjukvården framgår att ansvarig distriktssköterska och läkare ska utses för dem som är inskrivna i hemsjukvården. Läkaren ansvarar för att samordna insatser för att tillgodose patientens totala vårdbehov.

3 Äldrecentrums iakttagelser och förslag

Äldrecentrum har gjort en djupstudie av hur situationen ser ut för de 29 äldre som ingår i granskningen. I den omfattande rapporten från Äldrecentrum finns många iakttagelser av stor vikt för att utveckla en god vård och omsorg för multisjuka äldre i ordinärt boende. Nedan uppmärksammas några av de iakttagelser som finns redovisade i Äldrecentrums bilagda rapport:

Iakttagelser kring samverkan i vård och omsorg

- **Samverkan** fungerar inte – vård- och omsorgsinsatserna ”hänger inte ihop”. Samverkansavtalen beskriver samverkansområden, men det saknas en konkretisering av hur den gemensamma verksamheten ska utformas. Avtalen har inte haft någon inverkan på de grundläggande problemen.
- **De olika yrkeskategorierna** i landstinget och i kommunerna arbetar för fullt i sina ”stuprör”, men utan en fungerande samverkan. Många anhöriga gör stora insatser som omsorgsgivare och vårdkedjeadministratörer.
- **Vårdcentralen/husläkarmottagningen** uppfattas inte alltid som ett tillgängligt alternativ vad gäller de multisjuka äldres behov av läkarkontakter. Därför vänder de äldre sig ofta till sjukhusens akutmottagningar där de vanligen upplever stor trygghet.

⁴ Kan omfatta personer som av medicinska skäl eller funktionshinder har behov av att insatserna ges i hemmet. Hemsjukvården och husläkarverksamheten kan bedrivas i två parallella verksamheter, men utförs ofta av samma vårdgivare, där husläkarna också är en del av hemsjukvården.

- **Vårdplaneringen** vid utskrivning från slutenvården fungerar långt ifrån alltid enligt lagstiftningens intentioner. Företrädare för primärvården är sällan närvarande. Informationsöverföring sker via WebCare.
- **Slutenvården** dokumenterar i många fall på ett informativt sätt patienternas behov av eftervård – både behov av fortsatta insatser från sjukvården och behov av insatser från kommunens äldreomsorg. Detta refereras i biståndshandläggarnas utredningar, men sätter vanligen inga spår när det gäller föreslagna insatser.
- **WebCare**, som är ett databaserat stöd för informationsöverföring i första hand mellan akutsjukvården och kommunen, har underlättat kontakterna vid utskrivning – men informationsinnehållet i och användningen av systemet behöver utvecklas.
- **Biståndsbedömarens** roll beskrivs i rapporten som en "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 biståndshandläggarna. Biståndshandläggarnas dokumentation (utredningar och beslut om bistånd) visar inte att biståndsbedömningen görs mot bakgrund av den äldres *totala* situation. Det saknas som regel en bedömning av vilka konsekvenser den äldres medicinska tillstånd har för behovet av sociala insatser och för behovet av samverkan med sjukvården. Flera äldre har önskat särskilt boende, men fått avslag.
- **Uppföljning** av hur beslutade hemtjänstinsatser verkställs sker inte på ett systematiskt sätt trots att detta är en viktig del i biståndshandläggarens arbete (SOSFS 1998:8).
- **Ansökningar om hemtjänst** innehåller ofta standardformuleringar eftersom den äldre normalt får hjälp av biståndshandläggaren med att formulera sin ansökan. Rättssäkerheten påverkas om dessa standardformuleringar inte motsvarar den äldres behov och önskemål, men ändå styr beslutet om insatser. Det går bara att överklaga sådant man ansökt och fått avslag på.
- **Hemtjänstens** hjälp efterfrågas av de äldre, men de beslutade insatserna stämmer långt ifrån alltid med de äldres behov och önskemål. Många av de intervjuade är också missnöjda med kvaliteten i insatserna, det gäller både städning, mat och annat.
- **Hemtjänstpersonalen** upplevs som vänlig, men de är ofta stressade och det är många nya ansikten. De äldre önskar att det inte var så många olika vårdbiträden och att det fanns möjlighet att lära känna dem.
- **Husläkaren** uppfattas som frånvarande av de äldre och socialtjänsten i hela samverkansprocessen. De äldre tycker att husläkaren är svår att nå.
- **Distriktssköterskan** uppfattas av några av de intervjuade i första hand som en förmedlare av recept och läkemedel. Många saknar ett nära samarbete mellan distriktssköterskan och husläkaren. För de flesta är distriktssköterskan ändå en trygghet och tillgänglig även med kort varsel. De intervjuade distriktssköterskorna anser själva att de har för lite tid för att hinna med allt som de skulle behöva uträtta.

lakttagelser kring läkemedelshanteringen

- **Läkemedelsrelaterade problem** av något slag finns hos alla de äldre som medverkat i granskningen. Problemen har oftast sin grund i brister i ordination och uppföljning.
- **Kunskapen** i äldrefarmakologi – dvs. de specifika problem/frågor som är förknippade med äldres läkemedelsbehandling – brister bland många läkare. Detta har framhållits i rapporter från bl.a. Socialstyrelsen.
- **Uppföljning** och omprövning av läkemedelsordinationer sker sällan.
- **Läkemedelslistan** på vårdcentralen var endast i ett fall uppdaterad i förhållande till den äldres aktuella läkemedelsanvändning.
- **Ansvar**et för ordination och uppföljning av läkemedel är otydligt. Det saknas ett tydligt och samlat ansvar för den äldres totala läkemedelsordination.

Förslag till åtgärder

Mot bakgrund av ovanstående anser Äldrecentrum att det är dags att omformulera tankekonstruktionen "vårdkedjan" för gruppen multisjuka och multiviktande äldre. Flera studier visar att vårdkedjan inte fungerar för äldre med en sammansatt behovsbild. Av såväl samhällsekonomiska som kvalitetsmässiga skäl måste resurserna knytas samman och fokusera på de multisjukas samtliga behov. Vårdkedjan behöver förvandlas till något som kan liknas vid två kommunicerande kärl med primärvård och äldreomsorg i en sammanhållen verksamhet "på hemmaplan", och akutvård och övrig slutenvård då den verkligen behövs. Äldrecentrum lyfter även fram flera förslag vad gäller läkemedelshanteringen för äldre multisjuka.

Jämförelse mellan undersökningsområdena

Äldrecentrums granskning visar vissa skillnader mellan de tre kommunerna. Med hänsyn till att fallstudierna är förhållandevis få i varje kommun, är det emellertid inte möjligt att uttala sig om eventuella skillnader mellan kommunerna. I alla områden finns fall där vården verkar fungera bra och fall där den inte fungerar alls. Multisjuka äldre boende i Enskede-Årsta och Huddinge kommuner har t.ex. fler akutbesök. När det gäller dokumentation urskiljer sig Norrtälje. Slutenvården dokumenterar sällan eftervårdsbehov och primärvårdens dokumentation är vanligen sparsam. Dokumentationen från biståndshandläggarna bedöms som bristfällig.

4 Revisionskontorens kommentarer och slutsatser

Den nu genomförda granskningen ger en mörk bild av vården kring multisjuka äldre i ordinärt boende. Den problembild som år 1999 redovisades i revisionsrapporten "Tänk om någon såg helheten" – kvarstår fortfarande. Ett flertal rapporter från olika granskare har också bekräftat dessa brister. Kunskapen och medvetenheten om problemen finns således sedan många år – trots det finns problemen kvar. Situationen har till och med förvärrats enligt Äldrecentrum, bl.a. är det nu fler i undersökningsgruppen som har en demensdiagnos som en del av sin multisjuklighet.

Färre platser i särskilt boende och kortare vårdtider i slutenvården

I hela riket minskar antalet platser i särskilt boende. Antalet äldre i särskilda boendeformer har under perioden oktober 2000 t.o.m. oktober 2004 minskat med ca 11 %⁵. Samma period ökade antalet beviljade hemtjänsttimmar med ca 12 %. Utvecklingen är likartad inom Stockholms län. Inom landstingen har vårdtiderna i slutenvården blivit allt kortare.

Denna utveckling innebär sammantaget att flera mycket vårdkrävande äldre bor kvar i ordinärt boende, vilket i sin tur innebär en ökad vårdtyngd och en mer påfrestande vårdssituation för såväl primärvården/hemsjukvården som kommunernas hemtjänst.

I *särskilt boende* ansvarar kommunen för sjukvården till och med sjuksköterskenivå och landstinget för läkarinsatserna. För personer i *ordinärt boende* har landstinget hela vårdansvaret. När kommunerna minskar antalet platser i det särskilda boendet blir det fler äldre i ordinärt boende, vilket gör att landstingets vårdansvar utökas. Att landstinget dessutom har kortat vårdtiderna i slutenvården ökar vårdtyngden i hemmet.

De multisjuka äldre har ofta stora kvarstående behov av vård, rehabilitering och omsorg. Det är i första hand personalen i "frontlinjen" som förutsätts tillgodose dessa behov. Den ökade vårdtyngden i gruppen multisjuka äldre med ordinärt boende, får givetvis konsekvenser för arbetsbelastning och resursbehov inom primärvården och hemsjukvården. Det innebär också att ökade krav ställs på kommunernas hemtjänst vad gäller såväl kompetens och resurser som organisering.

Insatserna är splittrade och helhetsansvar saknas

Granskningen visar att insatserna efter slutenvård är splittrade och att ett helhetsansvar saknas. Vårdplaneringen vid utskrivning från slutenvård fungerar bristfälligt. Distriktssköterskan är sällan med och husläkaren så gott som aldrig. Informationsöverföring sker via WebCare. Biståndshandläggarna delar långt ifrån alltid den bedömning av eftervårdsbehoven som slutenvårdspersonalen gör. Besluten om insatser från äldreomsorgen verkar enligt Äldrecentrums rapport snarare styras av tillgängliga resurser än av de multisjukas behov och önskemål. Många anhöriga gör stora insatser som omsorgsgivare och vårdkedjeadministratörer.

Husläkare och distriktssköterskor

Husläkarverksamheten/primärvården ska samverka med alla berörda aktörer för att tillgodose patientens vård- och omvårdnadsbehov och verka för att insatserna samordnas. Av basuppdraget framgår också att patient och närstående ska erbjudas möjlighet att delta i vårdplanering.

⁵ Socialstyrelsens årsstatistik

Verksamheten ska aktivt delta i och vid behov ta initiativ till gemensam vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare. Ovanstående gäller även för hemsjukvården. Husläkarverksamheten/primärvården har således ett mycket omfattande uppdrag.

Den nu genomförda granskningen visar stora brister i måluppfyllelsen avseende ovan refererade punkter i basuppdraget. *Husläkaren* deltar inte i vårdplaneringen kring de äldre, är svår att nå, och har i princip inte genomfört några hembesök hos målgruppen, enligt vad som framgår av fallbeskrivningarna. De äldre väljer i stället ofta att ta sig till sjukhusens akutmottagningar. Härigenom försämras möjligheterna till kontinuitet i läkarkontakterna, vilket påverkar vården, inte minst förskrivningen och uppföljningen av läkemedel.

Distriktssköterskorna är en annan viktig grupp för de multisjuka äldre som bor kvar hemma. Inte heller distriktssköterskorna hinner alltid medverka vid vårdplaneringen efter slutenvård, som ofta sker med kort varsel. I Äldrecentrums rapport ger de uttryck för att det är svårt att hinna med alla uppgifter och att det är svårt att klara de multisjuka i hemmet. Några av de intervjuade äldre och deras anhöriga uppfattar distriktssköterskorna i första hand som förmedlare av recept och läkemedel. För de flesta är distriktssköterskan ändå en trygghet och tillgänglig även med kort varsel. Man ser henne dock som en solitär och önskar att hon var tätare sammankopplad med den "onåbare" husläkaren.

Biståndshandläggare och hemtjänstpersonal

Biståndshandläggare har att hantera en komplicerad verklighet med förväntningar och krav ifrån olika håll. Äldrecentrum har nyligen i rapporten 2005:4⁶ gjort en översikt av aktuell forskning av biståndshandläggarnas yrkesroll och organisering. Av rapporten framgår bl.a. att det är biståndshandläggarna som står för myndighetsutövningen inom den kommunala äldreomsorgen. Yrkesbeteckning och utbildningsbakgrunden varierar. Biståndshandläggarnas arbete regleras av flera lagar. Kommunerna har vanligen någon form av riktlinjer för prövning av bistånd m.m. i äldreomsorgen.

Gapet mellan de äldres behov av omsorg och tillgängliga ekonomiska resurser har ökat sedan början av 1980-talet. Det innebär också ett ökande gap mellan de politiskt formulerade målen och den verklighet som många äldre, anhöriga och personal befinner sig i. Samtidigt har prioriteringarna inom äldreomsorgen, som borde ligga på ledningsnivå, pressats långt ned i organisationen. Biståndshandläggarna ställs hela tiden inför svåra avvägningar mellan lagstiftning, politiska mål, kommunala riktlinjer, resursbrist, individuella behov, anhörigas förväntningar och personalens krav. Biståndshandläggarnas yrkesroll är således mycket komplex.

Biståndshandläggarna har som regel en stor arbetsbelastning med ett stort antal omsorgstagare. Samverkan med andra aktörer och uppföljning av biståndsbeslut är ofta svårt att hinna med.

⁶ *Biståndshandläggare – ett (o)möjligt uppdrag*

Tyngdpunkten i arbetet har alltmer hamnat på kunskap kring de formella regelverken och en administrativ skicklighet. Forskningen visar att den ökade formaliseringen av handlägningsprocessen är särskilt tydlig i kommuner som tillämpar en s.k. beställar- utförarmodell. Där svarar biståndshandläggaren enbart för myndighetsutövningen – dvs. utredning, bedömning, beslut och beställning – medan utföraren står för arbetsledning av hemtjänstpersonalen.

En väl fungerande *hemtjänst* är grunden för att de äldre ska känna sig trygga med den vård och omsorg som ges i hemmet. Person-, tids- och omsorgskontinuitet är viktigt för kvaliteten i de insatser som ges. För att vården och omsorgen i hemmet ska fungera för gruppen multisjuka äldre måste hemtjänstens organisation, arbetsformer och kompetens utvecklas, liksom även samarbetet mellan primärvården och hemtjänsten.

Hanteringen av de äldres läkemedel har stora brister

Sedan slutet av åttiotalet har läkemedelsanvändningen hos äldre ökat med i genomsnitt två preparat per person. Under de senaste åren har komplikationer med äldres läkemedelsanvändning uppmärksammats i olika sammanhang. Socialstyrelsen fick år 2004 i uppdrag av regeringen att följa området och publicerade i december samma år en uppföljningsrapport. Rapporten pekade på stora kvalitetsbrister i läkemedelsanvändningen och på bristen av rutiner för uppföljning av ordinationer. Inom ramen för det medicinska programarbetet har Stockholms läns landsting publicerat en Fokusrapport, "Äldres läkemedel" (år 2005), där orsakerna till bristerna analyseras och åtgärder till förbättringar föreslås.

Fallstudierna som ingår i den nu genomförda granskningen framhäver tydligt nödvändigheten av att systematiskt gå igenom, och i så stor utsträckning som möjligt åtgärda de läkemedelsrelaterade problem som den undersökta målgruppen har.

Granskningen pekar också på ett systemfel. Andra studier ger samma bild. Olika läkare ordinerar läkemedel utan kännedom om vilka andra läkemedel patienten tar och/eller utan kunskap om hur läkemedlen fungerar tillsammans. Varje läkare har ansvar för sin läkemedelsordination, men ingen läkare har utifrån lagar och föreskrifter något samlat ansvar för en persons totala läkemedelsordination.

Det ligger närmast till hands att husläkaren skulle ha ett sådant ansvar, med hänsyn till uppdraget att se till helheten och fungera som "lots" i hälso- och sjukvårdssystemet. Fallbeskrivningarna i granskningen visar dock att husläkarna inte tar detta helhetsansvar. Av den senaste rapporten från Socialstyrelsen om äldres läkemedel⁷ framgår att styrelsen, i samband med en översyn av föreskrifterna för hantering av läkemedel, avser att tydliggöra husläkarens samordnade ansvar för patientens läkemedelsanvändning.

⁷ Uppföljning av äldres läkemedel (2004)

I avvaktan på dessa föreskrifter är det nödvändigt att landstinget ser över hur ansvaret praktiskt ska hanteras i uppdragsbeskrivningar, rutiner och i sjukvårdens organisation – för att säkerställa läkemedelshanteringen.

Rutinerna för uppdatering av läkemedelslistor måste ses över. Genomgången av läkemedelslistorna i granskningen visar att vårdcentralens lista endast i ett fall hade uppdaterats med mediciner insatta av andra läkare. Orsakerna är flera och tekniska lösningar kan i en framtid komma att avhjälpa delar av problemen, men det räcker inte. Kvaliteten på läkemedelslistan för denna grupp äldre multisjuka är inte acceptabel. Även rutiner för uppföljning av insatta läkemedel måste ses över. Det gäller såväl effekt som biverkningar av läkemedlen.

En orsak till bristerna vid hantering av läkemedel för denna målgrupp är troligen brister i kunskapen om hur äldre reagerar på olika läkemedel. En konsekvens av detta blir att fel läkemedel sätts in, att doserna blir för höga och/eller att kombinationerna av läkemedel utgör en risk för patienten. Detta leder till nya komplikationer och nya vård- och omvårdnadsbehov. Det blir en rundgång där medicineringen för ett problem leder till nya vårdbehov osv. Enligt en nyutkommen rapport⁸ bedöms 10-15% av alla inläggningar på sjukhus bero på felaktig läkemedelsanvändning. Det är därför nödvändigt att öka läkarnas kunskaper i äldrefarmakologi, att se över rutinerna för läkemedelsgenomgångar samt att utveckla det administrativa stödet till läkarna. Exempelvis genom en "äldreknapp" i det datoriserade förskrivarstödet Janus, vilket föreslås i Äldrecentrums rapport.

Vård och omsorg fungerar dåligt för multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet

Av den gemensamma policyförklaringen från 1998 framgår: "De båda huvudmännen har ett sammanlänkat ansvar som innebär att få beslut inom vård- och omsorgssektorn kan fattas av endera parterna utan att återverkningar skapas hos den andre huvudmannen.Den medicinska utvecklingen och tillkomsten av nya vårdformer medför krav på helhetssyn, nytänkande, gemensam planering och ett välutvecklat, strukturerat samarbete på alla nivåer i organisationen."

Minskningen av antalet platser i kommunernas särskilda boenden liksom de allt kortare vårdtiderna inom landstingets slutenvård ökar belastningen och ställer större krav på både primärvården/husläkarverksamheten (hemsjukvården) och kommunernas hemtjänst. Granskningen visar att detta drabbar gruppen äldre multisjuka i ordinärt boende. Granskningen väcker också frågor om hur stora vård- och omsorgsbehov den äldre kan ha och ändå bo kvar hemma, och hur behovet av en nära samverkan kring den äldre ska kunna tillgodoses. Inom såväl slutenvård och primärvård som hemtjänst ifrågasätts möjligheterna att ge en god vård i hemmet till flera av de äldre som ingår i granskningen.

⁸ Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus, Fokusrapport SLL 2005

Studiens väl definierade undersökningsgrupp, slumpmässigt uttagen ger, tillsammans med resultatet från andra studier, en generaliserbar kunskap om brister i nuvarande system. Samtidigt ger studier av gruppen – med den metod som används (fallstudier) – också förståelse för hur vård- och omsorgsverksamhet behöver utformas för att uppnå kvalitet för de äldre och samtidigt vara försvarbar ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Enligt Äldrecentrums bedömning finns ca 5 000 multisjuka i länet, de flesta i ordinärt boende. Denna grupp står för en betydande del av vårdens och omsorgens kostnader. Gruppen äldre med sammansatta behov är dock större än den väldefinierade undersökningsgruppen "multisjuka äldre". En vidare definition som bättre anger gruppens storlek omfattar också "multisviktande äldre"⁹, dvs. äldre personer med en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård- omsorgs- och rehabiliteringsinsatserna. Enligt Äldrecentrum kan denna grupp uppskattas till ca 25 000 personer i Stockholms län.

Sammanfattningsvis konstateras i denna rapport, liksom i tidigare revisionsrapporter och i andra studier, att situationen mycket ofta är oacceptabel för äldre multisjuka som bor i eget hem. Situationen förefaller också ha försämrats sedan tidigare studier. Kunskap om problemen finns. För att åstadkomma en god och kostnadseffektiv vård och omsorg, måste dock ansvariga på alla nivåer samverka utifrån den äldres behov och utveckla verksamheter som stöder och kompletterar varandra. Detta arbete måste efterfrågas och drivas från politisk nivå hos huvudmännen. Dagens generella "lösningar" på multisjukas individuella problem fungerar inte!

Projektets styrgrupp

Anders Olsson
Landstingsrevisorerna

Britt-Marie Erlandsson
Landstingsrevisorerna

Elisabeth Englund
Stockholms stad

Maria Löfgren
Stockholms stad

Gunnar Uhlin
Ernst & Young (Huddinge)

Roger Burström
Komrev (Norrtälje)

⁹ Personer över 75 år med någon komplicerad diagnos och flera problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- och/eller funktionsuppehållande insatser under lång tid.