

Dnr: 2014-754-1.6. BILAGA



# Äldre med psykisk funktionsnedsättning

Nr 14, 2014

Projektrapport från  
Stadsrevisionen

Dnr 3.1.3-171/2014

2014-12-09

Den kommunala revisionen är fullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivs i nämnder och bolagsstyrelser. Stadsrevisionen i Stockholm granskar nämnders och styrelser ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna och revisionskontoret.

I ”årsrapporter” för nämnder och ”granskningspromemorior” för styrelser sammanfattar Stadsrevisionen det gångna årets synpunkter på verksamheten. Fördjupade granskningar som sker under året kan också publiceras som projektrapporter.

Publikationerna finns på Stadsrevisionens hemsida. De kan också beställas från revisionskontoret.

Äldrenämnden  
Socialnämnden

## Äldre med psykisk funktionsnedsättning

Revisorsgrupp 1 har den 9 december 2014 behandlat bifogade revisionsrapport (nr 14/2014).

Genomförd granskning visar att samverkan i vården och omsorgen av äldre med psykisk funktionsnedsättning i flera stycken fungerar relativt väl men att det finns utvecklingsområden. Detta gäller såväl mellan staden och landstinget som inom staden, bl.a. avseende den samordnade individuella vårdplaneringen samt avvikelshanteringen.

Staden bör utveckla sina rutiner rörande insatser för personer med psykisk funktionsnedsättning som fyllt 65 år. Ambitionen bör vara att skapa en sömlös övergång från socialpsykiatri till äldreomsorgen och att de insatser som erbjuds målgruppen uppfyller kraven på en likvärdig vård och omsorg. Vidare bör kompetensen höjas hos den personal som arbetar med gruppen äldre personer med psykiska funktionshinder.

Vi hänvisar i övrigt till rapporten och överlämnar den till äldrenämnden och socialnämnden för yttrande. Yttrandet ska ha inkommit till Revisorsgrupp 1 senast den 6 mars 2015. Rapporten överlämnas också till kommunstyrelsen och samtliga stadsdelsnämnder för kännedom.

På revisorernas vägnar

Bengt Akalla  
OrdförandeStefan Rydberg  
SekreterareStadsrevisionen  
RevisionskontoretHantverkargatan 3 D, 1 tr  
Postadress: 105 35 Stockholm  
Telefon: 08-508 29 000  
Fax: 08-508 29 399  
[www.stockholm.se/revision](http://www.stockholm.se/revision)

# Äldre med psykisk funktionsnedsättning

Revisionen i Stockholms stad och Stockholms läns landsting har genomfört en granskning avseende äldre med psykisk funktionsnedsättning. Syftet med granskningen är att bedöma hur samverkan i vården och omsorgen av äldre med psykisk funktionsnedsättning fungerar i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare. Granskningen har genomförts med hjälp av konsult. Utifrån konsultens granskning vill revisionskontoret lyfta fram några områden som kommenteras nedan.

Äldre med psykisk funktionsnedsättning får insatser från flera olika utförare i landstinget och i Stockholms stad. Gränssnitten kan därför bli många med risk för glapp och gråzoner. Stockholms läns landsting och Stockholms stad har tecknat en samverkansöverenskommelse<sup>1</sup>. Den innehåller gemensamma utgångspunkter för samverkan mellan kommunen och landstinget när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Överenskommelsen omfattar bl.a. båda huvudmännens ansvar, struktur och ansvar för samverka samt individuella planer.

Genom tillkomsten av centralt och lokala samverkansavtal och rutiner har betydelsen av samverkan, enligt konsulterna, blivit välkänt och accepterat. Ansvarsfördelningen och kostnadsansvaret mellan parterna är i huvudsak tydligt både i överenskommelse och i det praktiska arbetet.

För att identifiera eventuella brister eller utvecklingsområden vad gäller samverkan är avvikelshantering viktig. Det finns därför ett behov av en samlad och för parterna gemensam hantering av avvikelser rörande samverkan där hela vårdkedjan belyses. Granskningen visar att respektive huvudman har egna rutiner för avvikelshantering men att det saknas en gemensam och systematiserad avvikelshantering.

I socialtjänstlagen (SOL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ställs krav på att det vid behov ska upprättas en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Konsultens

---

<sup>1</sup> KSL: Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning, 2012

bedömning är att vårdplanering, särskilt i form av samordnad individuell planering (SIP), inte sker i den omfattning och den kvalitet som föreskrivs i SOL och HSL.

Det förekommer att personer ur målgruppen som bor i ett gruppboende och behöver psykiatrisk vård inte läggs in när de kommer till akuten utan skickas tillbaka till boendet. För patientens bästa bör staden och landstinget samverka kring att dessa personer får den psykiatriska vård de behöver även om de har ett gruppboende.

Det förekommer även att färdigbehandlade patienter blir kvar på en vårdavdelning upp till 30 dagar i avvaktan på att kommunernas betalningsansvar ska träda in. Det innebär att många bäddar i slutenvården upptas av personer som bättre skulle kunna vårdas i sitt hem. Orsaken till den sena hemgången anges vara både platsbrist i staden och bristande kompetens i den kommunala omsorgen att ta hand om personer med psykiska funktionshinder. Staden och landstinget bör se över vilka gemensamma insatser som kan göras för att en tidigare utskrivning och hemgång.

I Stockholms stad förs brukare vid fyllda 65 år över till äldreomsorgen. Generellt sker en planerad samverkan vid byte av handläggare och avdelning. Det finns skriftliga rutiner, men även andra samverkansdokument reglerar övergången från socialpsykiatri till äldreomsorgen. Det finns en insikt om nödvändigheten av samverkan i överföringen. Däremot fungerar det inte alltid smidigt i praktiken, vilket bland annat hänger samman med olika lagrum och brist på boenden för personer med psykisk funktionsnedsättning. Ibland blir brukare i målgruppen kvar i boende hos socialpsykiatri, därför att det saknas plats på profilboende. Intervjuade patienter/brukare upplever också att utbud som stödsamtal, antal terapitillfällen, biståndsbedömt boendestöd och sysselsättning kan minska efter 65-årsgränsen.

Sammanfattningsvis görs bedömningen att samverkan i vården och omsorgen av äldre med psykisk funktionsnedsättning i flera stycken fungerar relativt väl men att det finns utvecklingsområden. Ett genomgående förbättringsområde är att utveckla systematiken inom de olika samverkansområdena. Men även områden som avvikelshantering, individuell vårdplanering, utskrivning/hemgång samt kompetensutveckling för de yrkesgrupper som arbetar direkt med målgruppen bör utvecklas.

# Granskning av samverkan avseende personer över 65 år med psykisk funktionsnedsättning mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting samt inom Stockholms stad

---

Rapport till Stockholms stad och Landstingsrevisorerna

November 2014

Capire Consulting AB

## Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Sammanfattning</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>Uppdrag och genomförande</b> .....	<b>13</b>
	Inledning.....	13
	Bakgrund.....	13
	Metod.....	14
<b>3</b>	<b>Vården och omsorgen för äldre med psykiskt funktionshinder</b> .....	<b>15</b>
	Stockholms stad .....	15
	Stockholms läns landsting.....	17
	Formella krav på samverkan mellan landstinget och staden .....	19
	Om målgruppen .....	21
<b>4</b>	<b>Iakttagelser</b> .....	<b>22</b>
	Äldre med psykisk funktionsnedsättning - samverkan mellan staden och landstinget.....	22
	Hur sker samverkan inom staden? .....	24
	Är ansvaret tydligt? .....	25
	Finns det incitament i avtalen för en fungerande samverkan? .....	26
	Finns otydligheter kring kostnadsansvar? .....	27
	Finns en avvikelshantering för avvikelser gällande samverkan? .....	29
	Hur påverkas insatser/behandling/stöd när en person fyller 65 år? .....	30
<b>5</b>	<b>Bedömningar och slutsatser</b> .....	<b>32</b>
	Övergripande fråga.....	32
	Förslag till förbättringar.....	34
	<b>Bilaga 1: Intervjupersoner och workshop med brukare/patienter</b> .....	<b>35</b>

## Sammanfattning

I denna rapport redogörs för granskning av samverkan mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting samt samverkan inom Stockholms stad avseende personer över 65 år med psykisk funktionsnedsättning. Granskningen har utförts av Capire Consulting AB under perioden augusti till oktober år 2014.

Det övergripande syftet med granskningen är att bedöma hur samverkan i vården och omsorgen av äldre med psykisk funktionsnedsättning fungerar i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare.

### **Resultat - övergripande revisionsfråga**

Samverkan i vården och omsorgen av äldre med psykisk funktionsnedsättning fungerar i flera stycken väl men det finns också utvecklingsområden. Ett genomgående förbättringsområde är att utveckla systematiken inom de olika samverkansområdena. Genom tillkomsten av centralt och lokala samverkansavtal och rutiner har betydelsen av samverkan stadsfästs, blivit välkänt och accepterat. Ansvarsfördelningen och kostnadsansvaret mellan parterna är i stora drag tydligt medan avvikelshanteringen bör systematiseras ytterligare. Det starkaste incitamentet är förekomsten av samverkansdokument.

I Stockholms stad sker samverkan framförallt mellan socialpsykiatri och äldreomsorgen i samband med att en person i målgruppen fyller 65 år. På flera håll finns rutiner för samverkan för att underlätta samarbetet, men det finns områden som kräver ytterligare förtydligande, inte minst i gränssnittet mellan respektive lagrum - SoL och LSS. Åldersgränsen 65 år är påtaglig för många brukare som är beroende av stadens tjänster. Den betyder ofta byte av handläggare och förändrade eller överflyttning av insatser. Det finns också exempel på att en ökad integration mellan socialpsykiatri och äldreomsorgen har blivit positivt för brukarna. Stadsdelarna har fokus på denna problematik och har valt olika vägar för att lindra konsekvenserna i samband med 65-årsgränsen. Ett frågetecken är dock om insatserna till målgruppen detta avseende fallerar när det gäller likvärdig och jämlik omsorg.

Ur patient- och brukarperspektiv konstateras att användning av samordnad individuell vårdplanering inte används i den utsträckning som samverkansavtalet anger. Målgruppen har erfarenhet att det kan uppstå försämringar i tillgången till vård och omsorg för dem när de blivit äldre. Det gäller både inom psykiatri och i staden.

### **Resultat av granskningen**

På övergripande nivå sker samverkan i regionala samverkansrådet där strategiska diskussioner förs. Det saknas för närvarande ett speciellt fokus på de äldre med psykiska funktionshinder. På lokal nivå sker samverkan i enlighet med lokala samverkansavtal mellan landstinget och stadsdelarna. Avtal har inte slutits mellan landstinget och alla stadsdelar. Även här saknas en specificering av arbetet med målgruppen äldre med psykisk funktionsnedsättning. På individnivå sker samarbetet i samband med in- och utskrivning på samverkansträffar med patienter/brukare alternativt per telefon eller digitalt.

Överlag saknas lokala samverkansöverenskommelser inom staden, men det finns flera exempel på gemensamma rutiner för samverkan mellan socialförvaltning, socialpsykiatri och äldreomsorg hos stadsdelarna. Rutinerna används som aktiva instrument för samverkan. Personal på boenden för målgruppen saknar fortlöpande kontakt från stadsdelarna rörande de boende.

Ansvar om vem som ska göra vad är i princip tydligt i samverkansavtalen såväl som i praktiskt arbete. Ibland kan platsbrist, diskussioner om betalningsansvar och kompetensbrist skapa irritation i vardagsarbetet.

Av de intervjuer som genomförts, både hos stadsdelarna och i landstinget, framgår att det inte finns ekonomiska incitament i avtalen för en fungerande samverkan. Respondenter uppger däremot att själva förekomsten av samverkansavtal är i sig ett incitament.



Betalningsansvaret hanteras från fall till fall. Diskussioner om kostnadsansvaret mellan huvudmännen tas av stadsdelarna. Det saknas för närvarande skrivningar om grundläggande principer för hur kostnadsansvarsfrågor ska hanteras för målgruppen äldre.

Det har inte framkommit i intervjuerna att en gemensam rapportering och analys av avvikelser sker, utan varje huvudman gör sina avvikelserrapporteringar och arbetar internt med dessa i den egna organisationen. Behov finns av en samlad och för parterna gemensam hantering av avvikelser där hela vårdkedjan belyses.

I landstingets psykiatri finns ingen åldersgräns. I staden förs brukare vid fyllda 65 år över till äldreomsorgen. Vanligen bor brukare i målgruppen kvar i boenden inom socialpsykiatrin, därför att det bedöms vara lämpligast ur brukarens perspektiv men även för att det saknas plats på profilboenden inom äldreomsorgen. Intervjuade patienter/brukare upplever att utbud som stödsamtal, antal terapitillfällen, biståndsbedömt boendestöd och sysselsättning kan minska efter 65-årsåldern. Vidare bör staden och landstinget i samråd se över vilka gemensamma insatser som kan göras för att en tidigare utskrivning och hemgång utifrån patientens bästa kan åstadkommas liksom att äldre i gruppboenden ska få tillgång till psykiatrisk vård och inläggning när de så behöver.

### **Förbättringsområden**

Vid granskningen har behov av flera förbättringar identifierats.

I samverkan mellan staden och landstinget bör det skapas rutiner för en gemensam uppföljning av de avvikelser som sker i samverkan mellan parterna. Samordnad individuell vårdplanering (SIP) bör ske i större omfattning för att stärka inslagen av personcentrerad vård. Incitament för SIP kan behöva övervägas. Vi föreslår även att staden och landstinget i samråd ser över vilka gemensamma insatser som kan göras för att en tidigare utskrivning och hemgång utifrån patientens bästa kan åstadkommas liksom att äldre i olika gruppboenden får tillgång till psykiatrisk vård och inläggning när de så behöver.

En övergripande överenskommelse om fördelning av kostnader och återförande av Tvistegruppen bör övervägas.

I den samverkan som sker inom staden vill vi lämna följande förslag till förbättringar. Staden bör se över arbetssätt och rutiner rörande insatser för personer med psykisk ohälsa som fyllt 65 år. Det glapp som finns i gränssnittet mellan socialpsykiatris och äldreomsorgens ansvarsområden bör förtydligas. Ju mer entydigt formulerade de formella förutsättningarna är desto lättare blir det att upprätthålla en god samverkan.

Ambitionen bör vara att skapa en sömlös övergång från socialpsykiatri till äldreomsorgen och att de insatser som erbjuds målgrupp uppfyller kraven på en likvärdig vård och omsorg. Här inbegrips även lösningar på boendefrågan för äldre personer med funktionsnedsättning

Kompetensen bör höjas hos den personal som inom hemtjänst eller vård- och omsorgsboende arbetar med gruppen äldre personer med psykiska funktionshinder.

Det bör förtydligas hur samtliga vårdgrenar i landstinget ska förhålla sig till existerande samverkansstrukturer för äldre med psykiska funktionshinder.

# Uppdrag och genomförande

## Inledning

Capire har på uppdrag av stadsrevisionen i Stockholms stad och landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting granskat samverkan mellan landstinget och Stockholms stad rörande personer över 65 år med psykisk funktionsnedsättning. I granskningen har även belysts vilken samverkan som sker kring denna målgrupp inom Stockholms stad.

## Bakgrund

I Stockholms stad bor knappt 130 000 personer över 65 år. Gruppen förväntas öka, framförallt om några år, med personer i åldrarna 75-84 år. Förekomst av depression hos äldre bedöms vara cirka 12<sup>2</sup> till 15<sup>3</sup> procent och öka med stigande ålder.

Socialstyrelsen anger i sin rapport "Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa" att de äldres psykiska ohälsa är ett eftersatt område med stora utmaningar. Depression, ångest och psykoser är starkt bidragande orsaker till att personer över 65 år skattar sin hälsa som ogynnsam. Psykiska sjukdomar är också ofta sammanflätade med andra kroppsliga sjukdomar hos äldre och de uppvisar ibland en annorlunda symtombild än hos yngre personer.

Äldre med sammansatta vårdbehov får insatser från flera olika utförare i landstinget och i Stockholms stad. Därför kan gränssnitten bli många med risk för glapp och gråzoner. Stadsdelarna i Stockholms stad har delvis lika och delvis skilda sätt att organisera omsorgen om denna målgrupp. Det kan innebära vissa skillnader i biståndsbedömning och insatser för brukarna<sup>4</sup>.

Landstingets egen psykiatri finns inom ramen för SLSO. Befolkningsuppdraget som omfattar Stockholms stad är uppdelad på Norra Stockholms psykiatri, NSP, Psykiatri Södra Stockholm (PSS) samt Psykiatri sydväst. I psykiatriuppdraget ingår att personer över 65 år ska erbjudas särskilda team för äldre. Det finns 16 slutenvårdsplatser för hela länet, lokala öppenvårdsmottagningar samt specifika team för äldrepsykiatri som riktar sig både patienter och anhöriga men även till behörig personal inom staden.

### **Syfte, revisionsfrågor och avgränsning**

Mot bakgrund av ovanstående beskrivning är syftet med granskningen att bedöma hur samverkan i vården och omsorgen av äldre med psykisk funktionsnedsättning fungerar i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare och det är tillika granskningens huvudfråga.

Som underlag för granskningen ska följande revisionsfrågor besvaras:

- Hur sker samverkan avseende äldre med psykisk funktionsnedsättning mellan staden och SLL (övergripande nivå, lokal nivå, individnivå)?
- Hur sker samverkan inom staden?
- Är det tydligt såväl i avtal som i det praktiska arbetet vem som ansvarar för vad?
- Finns det incitament i avtalen för en fungerande samverkan?
- Finns otydligheter kring kostnadsansvar som försvårar en god vård och omsorg?
- Finns en avvikelshantering för avvikelser gällande samverkan?
- Hur påverkas insatser/behandling/stöd när en person fyller 65?

<sup>2</sup> 12 % är Socialstyrelsens skattning, 2008

<sup>3</sup> 15% är Utrednings- och Statistikkontorets skattning (numera Sweco), 2008

<sup>4</sup> Äldrecentrum: Äldre med psykiska funktionshinder; en kartläggning från Äldrecentrum 2009

Granskningen avgränsas till personer som har fyllt 65 år och har en psykisk funktionsnedsättning som definieras på följande sätt: Väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter inom viktiga livsområden som funnits eller antas bestå under en längre tid.

### **Revisionskriterier**

Följande revisionskriterier har tillämpats i granskningen:

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) som gäller både landsting och kommuner
- Samordnade Individuella Planer (SIP) enligt HSL 3f§ och SoL 2 kap 7§
- Förvaltningslagen 6§
- Hälso- och sjukvårdslagen 8a §
- Socialtjänstlagen 5 kap 8a § SoL
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
- Samverkansdokument, lokala rutiner, vårdprogram och avtal inom Stockholms stad och Stockholms läns landsting.

### **Metod**

Intervjuer har genomförts med centrala befattningshavare i landstinget och på två psykiatriska vårdenheter, tjänstemän på Socialförvaltningen och Äldreförvaltningen i Stockholms stad samt chefer och handläggare inom äldreomsorgen och socialpsykiatrin på stadsdelarna och en forskare på Äldrecentrum.

Fördjupad granskning har genomförts inom socialpsykiatrin och äldreomsorgen i fyra stadsdelsförvaltningar: Enskede-Årsta-Vantör, Hägersten-Liljeholmen, Hässelby-Vällingby samt Södermalm. Där har ett urval av chefer på olika nivåer och medarbetare intervjuats. Capire har även tagit del av lokala rutiner och samverkansdokument i dessa stadsdelar. Chefer och medarbetare på två profilboenden och en gruppbostad har också intervjuats<sup>5</sup>. Kortare telefonintervjuer med chefer för socialpsykiatri och äldreomsorg har gjorts på andra stadsdelar.

Sammantaget har 46 personer intervjuats.

En workshop med inbjudna personer från landstinget och Stockholms stad har hållits i samråd med revisorerna.

Dokument och andra skriftliga underlag såsom lagar, samverkansdokument, riktlinjer och rutiner har fortlöpande varit aktiva beståndsdelar under arbetet.

Slutligen har två fokusgrupper med brukare genomförts. Elva brukare och två anställda vid en daglig verksamhet har delgivit sina erfarenheter och synpunkter.

### **Personcentrerad vård och omsorg**

Capires metod har även utgått från begreppet *Patient- och brukarcentrerad vård och omsorg*. Det är ett synsätt som funnits en längre tid inom vård- och omsorg med fokus bland annat på att bättre bemöta patienternas/brukarnas behov och uppnå bättre följsamhet till behandlingar och omsorgsinsatser. På senare tid har detta förhållningssätt utvecklats genom fördjupad forskning och ett nytt begrepp, *Personcentrerad vård och omsorg*, har etablerats<sup>6</sup>. Olika studier bland annat i

---

<sup>5</sup> Semistrukturerade intervjuer

<sup>6</sup> Exempelvis genom den uppmärksamhet som GPCC (Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet) har fått med sina forskningsresultat.

Sverige och Storbritannien<sup>7</sup> visar på intressanta möjligheter till väsentliga kvalitetsförbättringar genom en djupare involvering av patienten/ brukaren som *medskapare* av tjänsterna. Kännetecknande är en integrering av sociala faktorer som komplement till vård- och omsorgsrelaterade faktorer för att få en allsidig bild av personens möjligheter samt hur och av vem behoven bäst kan tillgodoses.

Myndigheten för vårdanalys har bedrivit ett utvecklingsarbete om ett ramverk för utvärdering av patientcentrering i vård och omsorg. Fem dimensioner av patient-/brukarcentrering har angivits<sup>8</sup>:

Patienter/brukare som medaktörer i vården och omsorgen genom information och utbildning  
Respekt för patienters/brukares individuella behov, preferenser och värderingar  
Samordning och kontinuitet i vården såväl inom som mellan vård och omsorg  
Helhetssyn på patienter/brukare som människor med både medicinska och icke-medicinska behov  
Involvering av familj och närstående i vården enligt patienters/brukarens önskemål  
I granskningen har de fem dimensionerna använts som ett av underlagen i bedömningen.

## Vården och omsorgen för äldre med psykiskt funktionshinder

I avsnitt 3 redovisas de lagar och dokument som gäller i Stockholms stad respektive i Stockholms läns landsting samt de samverkansdokument som rör staden och landstinget gemensamt.

### Stockholms stad

#### *Lagar och övergripande styrdokument*

Nedan ges en översikt över lagar och regelverk som på olika sätt berör den aktuella målgruppen och samverkan kring dem. Framförallt är det Socialtjänstlagen som är relevant. Den aktuella målgruppen omfattas i mycket liten utsträckning av LSS. I Stockholms stad rör det sig om cirka 15 personer.

#### *Socialtjänstlagen 5 kap. Särskilda bestämmelser för olika grupper*

Av Socialtjänstlagen 5 kap framgår bland annat följande:

4§: Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund).

Socialnämnden ska verka för att äldre får möjlighet att leva och bo under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra (Lag 2010:427).

Den äldre ska så långt möjligt välja när och hur stöd och hjälp i boende och annan lättåtkomlig service ges (Lag 2010:427).

Kommunen ska planera sina insatser för äldre. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer (Lag 2009:726).

7§ Människor med funktionshinder: Socialnämnden ska verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl har betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra.

Kommunen ska medverka till att den enskilde får meningsfull sysselsättning och bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

---

<sup>7</sup> I Storbritannien har exempelvis Nesta sammanställt nationella evidenssäkrade resultat av angreppssätt som bygger på medskapande insatser av patienter som visar på väsentliga kvalitetsvinster, dessutom i kombination med effektiviserad resursanvändning inom ett ungefärligt spann av 40-70% ("The Business Case for People Powered Health", Nesta/Innovation Unit/PPL, London, april 2013)

<sup>8</sup> "Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård", Vårdanalys rapport 2012:5, figur 1, sid. 62

Kommunen ska planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget och andra samhällsorgan. Kommunen ska anpassa sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder.

8§ Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykiskt funktionshinder.

Staden ansvarar även för hälso- och sjukvård i alla boenden enligt SoL upp till sjuksköterskenivå. Det omfattar samtliga lagar som står under Stockholms läns landsting.

#### *Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)*

Av LSS framgår bland annat följande:

1§: Lagen innehåller bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer med andra *varaktiga* fysiska eller psykiska funktionshinder som inte uppenbart beror på normalt åldrande, om de är *stora* och förorsakar *betydande svårigheter* i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service. I LSS finns inga åldersgränser. I 9§ anges tio typer av insatser för målgruppen.

#### *Utdrag ur budget för Socialnämnden i Stockholm 2014*

##### Kommunfullmäktiges mål för verksamhetsområdet socialpsykiatri

I stadens vision är Stockholm världsledande i skyddet av mänskliga rättigheter. Brister i tillgänglighet måste kontinuerligt kartläggas och åtgärdas.

Socialnämnden ges i uppdrag att "tillsammans med Äldrenämnden utreda insatser för äldre fyllda 65 år i bostad med särskild service, LSS, i syfte att ta fram en helhetssyn vad gäller insatser som dagliga verksamheter och aktiviteter för en stimulerande miljö".

Vidare anges att staden har brist på bostäder med särskilt stöd och service, med ett ökat antal ej verkställda beslut under 2012 och början av 2013. Inom ramen för genomförandegruppens arbete ska nämnden delta i samordning och utveckling av utbyggnaden av bostäder med särskilt stöd och service.

I Socialnämndens budget anges att Socialnämnden har en samordnande och övergripande roll och ska bidra till utveckling av socialtjänsten i staden och medverka till att invånarna får likvärdiga och lika tillgängliga insatser oavsett var de bor.

#### *Utdrag ur budget för Äldrenämnden i Stockholm 2014*

##### Kommunfullmäktiges mål för verksamhetsområdet äldre

I Vision 2030 anges att Stockholm är en trygg stad att åldras i. Äldreomsorgen präglas av personligt inflytande, trygghet och respekt. Genom att fånga upp enskilda människors verkliga behov håller vården och omsorgen en god kvalitet.

Inom äldreomsorgen finns ett stort behov av utbildning som måste mötas. Målet är att all tillsvidare anställd personal ska ha grundutbildning.

Vid biståndsbedömning ska särskild hänsyn tas till ålder och ensamhet.

Äldrenämnden ges i uppdrag att "tillsammans med Socialnämnden utreda insatser för äldre fyllda 65 år i bostad med särskild service, LSS, i syfte att ta fram en helhetssyn vad gäller insatser som dagliga verksamheter och aktiviteter för en stimulerande miljö".

Äldrenämnden samordnar och ska bidra till en trygg utveckling av äldreomsorgen i Stockholms stad och säkerställa att alla äldre behandlas lika inom hela staden.

### *Riktlinjer för handläggning inom socialpsykiatri (2012)*

Äldre personer med psykisk funktionsnedsättning ska kunna erbjudas insatser inom stadens äldreomsorg. För att kunna bemöta och erbjuda adekvata insatser krävs särskilda kunskaper hos den personal som arbetar med äldre. Ett nära samarbete mellan den socialpsykiatriska enheten och äldreomsorgen inom stadsdelsförvaltningarna är nödvändigt. Interna rutiner kring ärendehantering vid övergång mellan verksamhetsområdena bör finnas. I Socialförvaltningens riktlinjer anges att rutiner mellan socialpsykiatri och äldreomsorgen för överföring av ärenden i samband med att en person fyller 65 år bör finnas<sup>9</sup>.

### *Riktlinjer för handläggning inom äldreomsorgen (2013)*

I riktlinjerna anges att personer över 65 år med funktionsnedsättning kan få bistånd enligt SoL och i förekommande fall insatser enligt LSS<sup>1011</sup>. Omsorgen om äldre ska genomsyras av värdegrunden (självbestämmande, individualisering och valfrihet) och värdighetsgarantier (rätt att få information och vägledning, vara delaktig i utredningen, ha rätt att välja och byta utförare, ha rätt att påverka hur stöd och hjälp ges, ha möjlighet att följa dokumentationen om henne/honom).

Förutom äldreomsorgens ordinarie utbud kan personer över 65 år med psykisk funktionsnedsättning få särskilda stöd- och hjälpinsatser. Det är:

- Kontaktperson enligt SoL
- Boendestöd enligt SoL
- I vård - och omsorgsboende finns vissa profilboenden för personer med psykogeriatriska sjukdomar

### **Organisation i Stockholms stad**

Kommunerna har ett stort ansvar för personer med psykiska funktionshinder. Kommunerna ska se till att vardagen fungerar för dem – med boende, aktiviteter, sysselsättning mm.

Stockholms stad är organiserad i 14 stadsdelsnämnder med 14 stadsdelsförvaltningar, som bland annat ansvarar för äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning. Stadsdelsförvaltningarna har - inom ramen för gällande regelverk, fattade beslut och åtaganden - utrymme att utforma verksamheten efter lokala förutsättningar och behov. Det kan innebära gränssnitten vid övergången från socialpsykiatri till äldreomsorg kan se olika ut. Vanligen är dessa verksamheter organiserade i olika avdelningar där handläggarna samarbetar när en person ska föras över till äldreomsorgen. På ett fåtal stadsdelar har man valt att närma eller integrera de sociala verksamheterna till varandra så att brukarna inte ska märka så mycket av de administrativa gränssnitten.

Utöver stadsdelsförvaltningarna finns två stadsövergripande facknämnder/fackförvaltningar som har ansvar för vissa frågor rörande målgruppen; Socialförvaltningen och Äldreförvaltningen.

## **Stockholms läns landsting**

### **Lagar och övergripande styrdokument**

Enligt utredningen "Äldrepsykiatriska patienter med behov av psykiatrisk och geriatrisk slutenvård" vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom landstinget omfattar äldrepsykiatri alla sjukdomar och tillstånd med psykiska eller kognitiva symtom hos äldre oavsett orsak. Det gäller såväl kognitiva nedsättningar vid demens, konfusion eller vid andra psykiska eller somatiska sjukdomar som affektiva sjukdomar, ångest, konfusion, psykoser, kriser, beroendesjukdomar,

<sup>9</sup> Socialförvaltningen: Riktlinjer för utredning, dokumentation mm inom stadens socialpsykiatri, 2012

<sup>10</sup> Stockholms stad: Riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg, 2013

<sup>11</sup> Stockholms stad, Äldreförvaltningen: Revidering av riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg, 2013

personlighetsstörningar mm. Inom äldrepsykiatri krävs större somatisk kompetens än inom allmänpsykiatri då psykiska och somatiska sjukdomstillstånd ofta förekommer samtidigt och interagerar med varandra.

Behovet av äldrepsykiatrisk kompetens uppkommer framför allt när det biologiska åldrandet accelererar eller annan sjuklighet och kognitiva svårigheter gör sig gällande. Äldrepsykiatrisk kompetens kan också användas när yngre personer drabbas av kognitiva sjukdomar eller multisyjuklighet.

När människor behöver mer specialiserad psykiatri träder landstinget in. Flera olika lagar reglerar den psykiatriska vården:

- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
- Sekretesslagen
- Patientdatalagen
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)
- Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)
- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Enligt de skrivningar som kommer att gälla från den 1 januari 2015 innebär det att vården ska särskilt:

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lättillgänglig
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården

En patient kan omhändertas i tvångsvård enligt LPT om hon/han har en allvarlig psykiatrisk störning (förvirring, tankestörningar, hallucinationer, vanföreställningar mm), säger nej till frivillig vård och om vården inte kan hjälpa personen på annat sätt än genom psykiatrisk dygnetruntvård. Så snart en patient tagits in för tvångsvård ska en vårdplan upprättas. Planen ska, så långt som möjligt, formuleras i samråd med patient och anhöriga. Normalt är tvångsvården kortvarig (oftast bara den tid som behövs för att häva ett akut tillstånd).

### ***Landstingets organisation***

De organisationer som är aktuella inom vården av äldre med psykisk ohälsa omfattar stora delar av sjukvården och följande vårdgrenar.

- Allmänpsykiatri och beroendevård
- Geriatrisk vård
- Primärvård
- Övrig somatisk akutsjukvård

Uppdragen för dessa olika verksamhetsgrenar är ofta olika strukturerade. Psykiatri är organiserad utifrån en kombination av subspecialiserad vård och ansvar för ett visst upptagningsområde. Trenden inom den psykiatriska vården går mot en ökad subspecialisering. Begreppet upptagningsområde har i praktiken fått minskad betydelse i och med det fria valet för patienter. Inom vissa områden är

exempelvis öppenvårdsdelarna av vårdkedjan förlagd hos en vårdgivare, medan slutenvårdsdelen är förlagd inom en annan del. Ansvar för första linjens psykiatri ligger hos primärvården. De senaste åren har en utökning av fler psykologer och kuratorer skett inom ramen för vårdvalet för att möta det snabbt växande behovet av psykosocial kompetens.

Den geriatriska vården bedrivs av 12 geriatriska kliniker med ett geografiskt områdesansvar. Till de olika geriatriska klinikerna kommer äldre personer med både somatiska som psykiska problem. Äldre personer har inte sällan en mångsjuklighet som kan vara svår att bedöma och som innebär att många aktörer är inblandade i samarbetet runt patienten/brukaren. De psykiatriska enheterna är på olika sätt inblandade i de geriatriska klinikerna runt dessa personer.

Primärvården är organiserad utifrån det fria vårdvalet med 210 vårdcentraler av olika storlek, från små tvåläkarstationer till stora vårdcentraler. Den somatiska akutsjukvården är till största delen lokaliserad till de sju akutsjukhusen inom SLL.

Människor som söker hjälp för sin psykiska hälsa kan vända sig direkt till psykiatrins olika mottagningar samt till den akuta länsmottagningen utan att först ha varit på vårdcentralen.

Landstingets egen psykiatri finns inom ramen för SLSO. Befolkningsuppdraget som omfattar Stockholms stad är uppdelad på Norra Stockholms psykiatri, NSP, Psykiatri Södra Stockholm (PSS) samt Psykiatri sydväst. I psykiatriuppdraget ingår att personer över 65 år ska erbjudas särskilda team för äldre. Hur det ska se ut är dock upp till varje aktör.

För personer bosatta i Hägersten/Liljeholmen, Skärholmen och Älvsjö har landstinget sedan 2012 avtal med vårdföretaget PRIMA. PRIMA har befolkningsansvaret för dessa stadsdelar.

Landstingets habiliteringsverksamhet ingår i SLSO. Det finns övergripande överenskommelser om samverkan kring målgruppen mellan Stockholms läns landsting och Stockholm stad. Lokala överenskommelser har slutits med t ex Kungsholmen, Norrmalm och Östermalm. Där äger regelbunden samverkan rum vid styrgruppsmöten på enhetschefs- och verksamhetschefs nivå. Personer över 65 år är inte särskilt uppmärksammade i dessa sammanhang, men kan enligt intervjupersoner ingå i det löpande samarbetet. Att samverka på en övergripande nivå uppfattas oftare vara lättare än att få till samarbetet i det dagliga arbetet, exempelvis på grund av oklarheter kring uppdrag, felaktiga förväntningar eller bristfälliga resurser.

## **Formella krav på samverkan mellan landstinget och staden**

### ***Lagar och riktlinjer om samverkan***

#### *Samordnad individuell plan (SIP)*

Ansvar för att samverka förtydligades 2010 i en proposition om *Samordnad individuell vårdplanering*<sup>12</sup>. Ansvar skrevs in i Socialtjänstlagen (SoL) 2 kapitlet 7§ och Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) 3§. Skyldigheten gäller såväl vuxna som barn och unga och är inte begränsad till att innefatta de personer som har stora och omfattande behov.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (3 f §) gäller bland annat följande: När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

---

<sup>12</sup> Se Socialstyrelsens termdatabank – kan användas synonymt med begreppet individuell vårdplanering i SoL och HSL.



Av planen ska det framgå:

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. Lag (2009:979).

Enligt 8 § HSL gäller: I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare. Lag (1995:835).

Landstinget ska vidare, enligt 8 a §, ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. Lag (2009:979).

#### *Samordnad Vårdplanering*

Inför utskrivning från slutet till öppen vård<sup>13</sup> ska det ske en samordnad vårdplanering, vilket innebär ett strukturerat samarbete mellan landsting och kommun för att hantera informationsöverföring och vårdplanering avseende insatser efter slutenvårdstillfället samt betalning för de patienter som omfattas av kommunens betalningsansvar.

#### ***Övergripande samverkansöverenskommelse mellan landstinget och staden***

Stockholms läns landsting och Stockholms stad har enats om en samverkansöverenskommelse<sup>14</sup>. Den innehåller gemensamma utgångspunkter för samverkan mellan kommunen och landstinget när det gäller personer med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning.

I avtalet slås bland annat fast att:

båda huvudmännen har ett ansvar. Kommunernas uppdrag gäller bland annat äldre över 65 år.

Landstingets uppdrag gäller bland annat första linjens psykiatri och den specialiserade psykiatrin den som berörs ska ha inflytande, t ex genom brukarorganisationerna  
att det finns en fastslagen struktur och ansvar för samverkan  
att det ska vara individnära samverkan  
individuella planer ska upprättas  
insatser för habilitering och rehabilitering ska samordnas

#### ***Två exempel på lokala samverkansavtal mellan landstinget och staden***

Nedan redovisas två exempel på lokala samverkansöverenskommelser mellan stadsdelsförvaltningar och landstinget.

##### *Samverkansöverenskommelse mellan Farsta och Skarpnäcks stadsdelsförvaltningar, Psykiatri Södra Stockholm*

Farsta och Skarpnäcks stadsdelsförvaltningar, Psykiatri Södra Stockholm och Stockholms Läns sjukvårdsområde har slutit<sup>15</sup> en lokal övergripande samverkansöverenskommelse. Där anges att målet för samverkan är att det för den enskilde ska sakna betydelse vem av parterna som ansvarar för vården. Parternas samverkan ska utvecklas så att den enskilde får adekvat vård, stöd och behandling utifrån sina behov. Bland innehållet i överenskommelsen kan särskilt nämnas individnära samverkan och vikten av samordnad individuell plan (SIP) samt bilaga 2 som är en överenskommelse om samverkan kring vuxna med psykisk funktionsnedsättning.

<sup>13</sup> Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen

<sup>14</sup> KSL: Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning, 2012

<sup>15</sup> Överenskommelse mellan Farsta stadsdelsförvaltning, Skarpnäcks stadsdelsförvaltning och Psykiatri Södra Stockholm (PSS), Stockholms Läns sjukvårdsområde (SLSO) om samverkan kring personer med psykiska funktionsnedsättningar, 2013

*Lokal övergripande samverkansöverenskommelse mellan stadsdelsförvaltningarna i Hässelby-Vällingby och Bromma, socialnämnden i Ekerö kommun och Norra Stockholms psykiatri och Beroendecentrum Stockholm<sup>16</sup>.*

Överenskommelsen syftar till att samarbeta med fokus på patientens/klientens bästa. Ett mål för samverkan är att det ska sakna betydelse för den enskilde att det är flera aktörer och olika huvudmän som ansvarar för vård och omsorg. När det gäller målgruppen så ska äldreomsorgen ge dem som har behov därav hjälp eller stöd i vardagen genom t ex hemtjänst, ledsagning, dagverksamhet eller vård- och omsorgsboende. Socialtjänsten ska bistå med att hitta rätt form av stöd och omsorg för att kunna bo, arbeta, studera eller delta i fritidsaktiviteter. Landstingets vård ska i första hand genomföras av husläkarverksamheten. Den specialiserade psykiatriska vården riktar sig till personer i behov av psykiatrisk vård på specialistnivå som inte ryms inom primärvårdens uppdrag.

Båda huvudmännen har ansvar. I de fall då lagar, föreskrifter och riktlinjer inte ger tydlig vägledning om ansvarsgränser ska frågan lösas genom samverkan och överenskommelser mellan huvudmännen.

#### *Rutiner mellan staden och landstinget*

I samverkansöverenskommelser ingår rutiner för hantering av situationer där planering eller samordning inte fungerar. Det kan exempelvis gälla vilka mått och steg som ska tas för att få samverkan att fungera. Ett exempel på rutin är att skriftligt framföra sitt klagomål till representant i arbetsgruppen<sup>17</sup>. Därefter ska återkoppling och åtgärdsförslag ske skyndsamt, alternativt efter ett arbetsgruppsmöte. En sammanfattning av varje års inkommande synpunkter, brister och/eller klagomål ska sedan behandlas i styrgruppen vid årets sista möte.

## **Om målgruppen**

Målgruppen är heterogen och uppvisar skiftande sjukdomsbilder. Vanliga symptom är oro, depressionssjukdomar (frekvent bland äldre), psykosor med vanföreställningar och ångest<sup>18</sup>. Det kan medföra att den äldre behöver basal hjälp med att komma igång på morgonen, att organisera sin tid och bryta sin isolering. En del är mycket ensamma. Många lider också av andra sjukdomar, har så kallad mångsjuklighet, som påverkar ett tidigt åldrande och ger kortare livslängd.

Sjukdomar som följer av åldrandet eller användning av läkemedel kan i vissa fall ge symptom som är svåra att skilja från de beteenden som personer med psykisk funktionsnedsättning visar. Därutöver kan vissa sjukdomar såsom ämnesomsättningsrubbnings, lungsjukdomar och olika typer av cancersjukdomar åtföljas av psykiska symptom. Det finns ett samband mellan alla typer av psykiska sjukdomar och översjuklighet/överdödlighet. Psykotiska symptom ökar vid degenerativa hjärnprocesser såsom demens. De flesta som drabbas av demens har någon gång under förloppet även psykotiska symptom.

Äldre personer med psykisk funktionsnedsättning har många gånger upplevt svåra - och obearbetade - trauman bakåt i tiden. Det finns forskning som visar att trauman som skett långt tidigare i livet inte behöver visa reaktion förrän efter många år, ibland ända upp till 30 år senare. Ofta är själva åldrandet en utlösande faktor.

Det är av flera skäl svårt att få en exakt uppgift om hur stor denna grupp är. Enligt USK beräknas 15% av personer i 75-års åldern ha psykiatriska diagnoser och därmed ingå i denna grupp. Inbegriper man även personlighetsstörningar, somatoforma syndrom<sup>19</sup>, demens och missbruk i sådan grad att det innebär ett dagligt lidande växer siffran till cirka 25 %. Majoriteten är kvinnor.

---

<sup>17</sup> Lokal övergripande samverkansöverenskommelse mellan Hässelby-Vällingby, Bromma och SLL

<sup>18</sup> Stockholms stads utrednings- och statistikkontor (USK, numera Sweco): Äldre med psykiska funktionshinder - en kartläggning 2008

<sup>19</sup> Somatoforma syndrom är en psykiatrisk sjukdomsbild med olika typer av kroppsliga symptom utan organisk bakgrund (t ex hypokondri) som gör att man söker läkare gång på gång för samma symptom.

Psykiskt funktionshindrade är en heterogen grupp, men behoven är gemensamma. Bland annat beskrivs målgruppen som känsligare för förändringar än andra äldre och yttre faktorer kan innebära dramatiska förändringar.

Det finns äldre som inte haft eller upplevt någon psykisk funktionsnedsättning tidigare i sitt liv men som drabbas av t ex depression i hög ålder. Den gruppen har dock inte inbegripits i denna granskning eftersom fokus ligger på samverkan vid övergången till 65 år.

## **lakttagelser**

### **Äldre med psykisk funktionsnedsättning - samverkan mellan staden och landstinget**

#### ***Samverkan på övergripande nivå***

Ursprunget till den samverkan som nu sker mellan psykiatrin i Stockholms läns landsting och Stockholms stad är den övergripande överenskommelsen som tagits fram mellan Stockholms läns landsting och Kommunförbundet Stockholms län (KSL). Överenskommelsen är godkänd av Stockholms stad genom beslut i kommunfullmäktige.

Det ytterst ansvaret för att överenskommelsen vårdas har *SLL:s och KSL:s politiska beredning*. Överenskommelsen är generell och omfattar alla patienter och brukare. Under åren har det framkommit att personer över 65 år med mycket speciella behov inte får den uppmärksamhet i överenskommelsen som svarar mot deras behov. På uppdrag av den politiska beredningen genomförs därför ett utvecklingsarbete som innebär att överenskommelsen kommer utökas med ett antal olika bilagor. Gruppen "äldre personer över 65 år med psykiska funktionshinder" kommer att bli en särskild bilaga som syftar till att deras behov bättre ska tillgodoses.

Tjänstemännens samverkan på övergripande och regional nivå sker i *det regionala samverkansrådet*. Där förs diskussioner av strategisk art. Dessa upplevs som fruktbara dialoger mellan jämbördiga parter. Däremot har det saknats ett speciellt fokus på den äldre åldersgruppen med psykiska funktionshinder.

Inom SLSO pågår för närvarande ett utvecklingsarbete som tagit fram olika förslag kring hur den äldrepsykiatriska kompetensen skulle kunna förstärkas i länet och därmed underlätta för lokal samverkan. Dessa processer kommer att implementeras de kommande åren. Det har fått till följd att just samverkansfrågorna på övergripande nivå inte är deras fokus för tillfället.

Landstingets psykiatriavtal med SLSO och med vårdföretaget PRIMA anger på flera punkter samverkan både på övergripande- och individnivå. Vårdgivaren ska enligt dessa avtal bland annat känna till och följa beslut och riktlinjer i *samverkansöverenskommelser som finns mellan SLL och andra huvudmän*, delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå samt *aktivt bidra till samverkan* för patienter som har behov av vård och omsorg *från andra vårdgivare och huvudmän*.

När det gäller uppföljning av dessa avtal ska hälso- och sjukvårdsförvaltningen enligt beslut 2013 att särskilt koncentrera sig på att följa upp antalet genomförda vårdplaner.

#### ***Samverkan på lokal nivå***

Som tidigare nämnts finns lokala samverkansavtal mellan landstinget och olika stadsdelar, t ex Hässelby-Vällingby, Bromma, Södermalm, Farsta, Skarpnäck, Enskede-Årsta-Vantör. Dock är målgruppen äldre med psykisk funktionsnedsättning inte alltid specificerad i dessa avtal. Eftersom det centrala avtalet nu revideras och bilagor om särskilda målgrupper, däribland om äldre med psykisk funktionsnedsättning, ska läggas till bör det vara en signal att efterfölja detta på den lokala nivån.

Intervjupersoner menar att förekomsten av avtal stärker ansvaret och viljan hos berörda parter att verkligen samverka. "Det blir i sig ett incitament". Däremot finns ingen rak koppling till att man inte samverkar där det inte finns ett avtal. Intervjuade i en stadsdel som för närvarande saknar samverkansavtal beklagar denna situation eftersom "fördelen med ett skriftligt samverkansdokument är det underlättar kommunikationen till personal ute på fältet".

### ***Samverkan på individnivå***

På individuell nivå sker samarbete - med eller utan samverkansöverenskommelser - kring gemensamma patienter/brukare. Det äger rum i samband med in- och utskrivningar och i andra gränssnittssituationer där den andra huvudmannen behöver informeras eller ta över ett ansvar. Också här ska ökad användning av SIP lyftas fram. Enligt lag och avtal mellan vårdgivare och producenter ska det finnas vårdplaner som grund för samverkan på individnivå.

På uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting och Kommunförbundet i Stockholms län har ett Vägledningsdokument för samordnad individuell plan (SIP) för vuxna och äldre tagits fram. Syftet med vägledningen är att ge praktiskt stöd till huvudmännens personal i deras gemensamma arbete. Vägledningen beskriver hur arbetet ska gå till när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Målet med SIP är att individen ska få den hjälp denna har behov av och rätt till samt att dennes inflytande och delaktighet säkerställs.

De brukare som intervjuats i fokusgrupper kan inte erinra sig ha varit med om några vårdplaneringar.

### ***Bedömningar och slutsatser***

Det övergripande samverkansdokument som styr samverkan mellan landstinget och staden är under revidering. Vissa bilagor ska läggas till, bland annat en om äldre med psykisk funktionsnedsättning. Det är en indikation om att samverkansområdet i sig - och särskilt kring denna målgrupp - behöver stärkas, bland annat för att målgruppen beräknas öka kraftigt under de kommande åren.

Det arbete som redan gjorts kring överenskommelser är en god bit på väg att implementeras, även om det inte är framme vid mål. Det finns fungerande strukturer och fora för att styra samverkan på den övergripande nivån. På de lokala nivåerna finns utvecklingsområden av olika slag. De som har skriftliga överenskommelser är nöjda, eftersom det tydliggör och sätter tryck i frågan på att arbeta gemensamt kring brukaren/patienten.

Användningen av SIP är, trots att det tydligt anges i överenskommelsen, fortfarande ett utvecklingsområde. SIP kan ses som en formell bekräftelse, där alla åtgärder och insatser i samband med en vårdövergång nedtecknas. Det har därför ett stort värde för fortsatta insatser till målgruppen.

Om man gör en koppling till tankesättet bakom personcentrerad vård och omsorg och SIP så görs vårdplaneringen regelmässigt i hemmet för att inte missa viktig information som personens hela miljö. Det inbegriper även en bredd av sociala dimensioner och involvering av hela vårdkedjan. Vissa erfarenheter tyder på att det också kan leda till sänkta kostnader för vården och omsorgen, ge en effektivare användning av de sammantagna personalresurserna och mer mångfacetterat beslutsunderlag för patienten/brukarens fortsatta vård och omsorg. Det stärker också synsättet att brukaren/patienten är delaktig i sin vård och omsorg<sup>20</sup>. En reflektionsfråga är: Kan integrering av detta synsätt öka motivationen att alltid göra samordnad individuell planering med personer och anhöriga i målgruppen?

---

<sup>20</sup> T ex närsjukvård i västra Skaraborg, där samverkan mellan landsting och kommuner pågått sedan Ädelreformen

### Slutsatser

Att samverkan ska ske är väl förankrat och accepterat. Det är ett arbete som kontinuerligt bör hållas levande, eftersom det är människor som ska omsätta samverkansöverenskommelser i konkreta termer. En vanlig anledning till att samverkan och samarbete rinner ut i sanden är personalrörlighet. Därför bör organisationerna också ha bärande strukturer för att överbygga byte av personal.

Samverkansöverenskommelser på lokal nivå bör skrivas/revideras av respektive lokala aktörer när de nya bilagorna är fastställda av respektive huvudman.

Prioritet bör ges åt ökad användning av SIP, t ex genom att bygga in incitament eller pröva erfarenheterna från personcentrerad vård och omsorg.

## Hur sker samverkan inom staden?

Överlag saknas interna lokala samverkansöverenskommelser *inom* staden. Södermalms stadsdelsförvaltning är ett undantag. Där arbetades en överenskommelse om samverkan fram 2010. Personalen involverades i framtagandet. Överenskommelsen omfattar samverkan mellan social omsorg, stöd och service till personer med psykisk funktionsnedsättning samt äldreomsorg. I

Andra exempel är Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning där all myndighetsutövning oavsett ålder tillhör avdelningen för social omsorg och även här finns samverkansrutiner. Kungsholmen, Norrmalm, och Östermalms stadsdelsförvaltningar (KNÖ) har tagit fram lokala rutiner i arbetet mot våld i nära relationer som även inkluderar personer över 65 år.

Ett flertal stadsdelsförvaltningar har fungerande rutiner för överföring av ärenden mellan avdelningar liksom praktiskt samarbete kring enskilda personer, t ex vid övergång från socialpsykiatri till äldreomsorgen. Det finns också utarbetade rutiner mellan handläggare och chefer på olika nivåer rörande samverkansmöten, ärendehantering och hantering av situationer för att lösa uppkommen samverkansproblematik.

Det finns ett glapp mellan stadens riktlinjer för socialpsykiatri och äldreomsorg. Det saknas tydlighet om gränssnittet och vilket ansvar som socialpsykiatri respektive äldreomsorgen har för boendestöd, sysselsättning, stödboendeformer och det borde även återspeglas i andra styrdokument såsom anvisningar och avgifter inom äldreomsorgen.

Det råder samstämmighet bland respondenterna i staden att kommunikationen fungerar bättre *inom* staden än med landstinget. Detta anses främst bero på att man befinner sig lokalmässigt på samma plats och att samverkan vid övergången till 65 år kräver samverkan.

I stadsdelarna är det vanligt att samverkan mellan socialtjänsten och äldreomsorgen initieras tre månader innan brukaren fyller 65 år. Då kontaktas blivande handläggare inom äldreomsorgens beställarenhet för att planera framtida insatser av den nuvarande handläggare. Intervjupersoner beskriver att denna process inte alltid är friktionsfri. Det sägs hänga samman med att de delvis styrs av olika regelverk, har delvis olika insatsområden och att det råder brist på boenden för målgruppen (även de yngre).

En del stadsdelar strävar efter att sudda ut åldersgränsen genom att integrera arbetssätt och organisation mellan socialpsykiatri och äldreomsorgen. "Individen ska inte märka att det sker förändringar bara för att den fyllt 65 år". Det krävs mycket samarbete mellan de enskilda handläggarna för att etablera en god kontakt med brukarna vid övergångarna.

Både mellan socialförvaltningen och socialpsykiatri på stadsdelarna och mellan äldreförvaltningen och äldreomsorgen på stadsdelarna förekommer regelbundna möten för att dryfta angelägna frågor, inhämta kunskaper, utbyta information och samverka. Även äldreförvaltningen och socialtjänstförvaltningen har regelbundna möten i stadsdelarna där övergripande frågor tas upp.

Intervjuade på profilboenden<sup>21</sup> anser att samverkan med äldreomsorgen och psykiatrin inte fungerar så bra som de önskar. Samarbete sker ofta vid inflyttning till boendet i samband med gemensam vårdplanering med biståndshandläggaren, men det kommer inte alltid till stånd. Ibland får de endast ett skriftligt eller muntligt besked om inflyttning. Någon regelbunden kontakt därefter sker inte, vilket är ett önskemål från de som intervjuats. Biståndshandläggarna har ett uppföljningsansvar för de äldre som får insatser, men det tillgodoser inte detta önskemål om löpande kontakt.

De intervjuade brukare som varit med på gemensamma överlämningssamtal från socialpsykiatrin och äldreomsorgen talar positivt om dessa möten. Däremot - vilket inte primärt hänger samman med samverkan - var erfarenheten att biståndshandläggare ofta byter jobb och att brukarna därför får träffa nya personer varje gång. Vidare påtalade brukare att de har svårt komma i kontakt med sin handläggare. Bekymmer uppstår särskilt när brukare flyttar och ska träffa ny personer inom stadsdelen.

### ***Bedömningar och slutsatser***

Generellt sker en planerad samverkan i de känsliga lägen som byte av handläggare och avdelning är för just denna målgrupp. Framförallt skriftliga rutiner, men även andra samverkansdokument reglerar övergången från socialpsykiatrin till äldreomsorgen. Det sker ofta en planering av övergången, t ex genom ett gemensamt möte med klienten och handläggare från socialpsykiatrin och äldreomsorgen inför 65-årsdagen. Det finns också en insikt om nödvändigheten av samverkan i överföringen. Däremot fungerar det inte alltid smidigt i praktiken, vilket bland annat hänger samman med olika lagrum och brist på boenden för personer med psykisk funktionsnedsättning, oavsett ålder.

Det finns dock ett glapp mellan stadens riktlinjer för socialpsykiatri och äldreomsorg rörande gränssnittet och ansvaret dem emellan. Det rör framförallt boendestöd, sysselsättning, stödboendeformer.

#### ***Slutsatser***

Interna skriftliga samverkansöverenskommelser är inte så vanligt som skriftliga rutiner. Rutinerna används och är funktionella.

Det glapp som finns i gränssnittet mellan socialpsykiatris och äldreomsorgens ansvarsområden bör förtydligas. Ju mer entydigt formulerade de formella förutsättningarna är desto lättare blir det att upprätthålla en god samverkan.

Samverkan är ett etablerat synsätt och förekommer på olika sätt, minst vid övergången från socialpsykiatrin till äldreomsorgen.

Samverkan är ett ständigt utvecklingsområde. Samverkan manifesteras när människor samarbetar och därför är system för kontinuerlig uppföljning och rutiner för hantering av oenighet nödvändiga instrument att stödja en positiv samverkan.

Ur denna grupp brukares perspektiv är "sömlösa", integrerade organisationer ofta att föredra eftersom övergångarna kan göras smidigare för dem.

### **Är ansvaret tydligt?**

När det gäller uppföljning står angivet i Överenskommelsen att "uppföljning av den enskildes vistelse, vård och insatser som är gemensamt planerade ska gemensamt och regelbundet följas upp av båda huvudmännens berörda verksamheter. Uppföljningen kan göras på olika sätt men ska ske både på individ- och verksamhetsnivå. Tidpunkterna för uppföljning och avstämning ska anges i den individuella planen." Överenskommelsen som tagits fram av SLL och KSL gemensamt riktar sig till alla personer med psykiska funktionshinder. Endast ett kort stycke finns som handlar om äldre. Där står:

---

<sup>21</sup> Profilboende är ett boende profilerat mot en särskild målgrupp med särskilda behov utifrån någon form av av gemensam sjukdomsdiagnos eller funktionsnedsättning

”Äldreomsorgen är för dem som har fyllt 65 år och som har ett behov av hjälp och stöd i sin vardag. Äldreomsorgen kan ge olika insatser som till exempel hemtjänst, ledsagning, dagverksamhet eller vård- och omsorgsboende.”

Diskussioner om avtalets tydlighet kan uppstå när parterna ska lösa enskilda ekonomiska frågor, såsom köp av plats för någon person utanför länet. Det kan också handla om tillämpning av betalningsansvarslagen vid brukarens/patientens utskrivning från slutenvården beroende på om kommunen har 5 dagar eller 30 dagar på sig att förbereda personens hemgång.

Det förekommer att personer ur målgruppen som bor i ett gruppboende och behöver psykiatrisk vård inte läggs in när de kommer till akuten utan skickas tillbaka till boendet. För patientens bästa bör staden och landstinget samverka kring att dessa personer får den psykiatriska vård de behöver även om de har ett gruppboende.

Enligt intervjupersoner är det i stora drag tydligt såväl i avtal som i det praktiska arbetet vem som ansvarar för vad. I en bilaga som medföljer överenskommelsen anges vilka grupper där behov av samverkan är vanligt.

Det som kan störa arbetet är snarare uppfattade tvetydigheter i komplexa gränssnittssituationer men framförallt att ett högt tryck på vissa verksamheter, t ex primärvården, gör att brukare/patienters behov inte alltid kan mötas upp snabbt.

### **Bedömningar och slutsatser**

Ansvaret är i princip tydligt vilket också stämmer med intervjupersonernas uppfattning. Eftersom samverkan rör personer där drastiska förändringar snabbt kan uppstå, så finns en inbyggd problematik i att endera aktörerna inte kan vidta tillräckligt snabba åtgärder av platsbrist etc. Det kan orsaka irritation i vardagssamarbetet. Lösningen är kontinuerlig samverkan och samarbete över tid för att bättre förstå den andra partens förutsättningar och kanske komma upp med andra lösningar.

#### *Slutsats*

- Ansvaret är idag tillräckligt tydligt.

### **Finns det incitament i avtalen för en fungerande samverkan?**

Ett incitament är i vid mening en anledning för någon att utföra en viss handling. Av de intervjuer som genomförts med företrädare både för landstinget och för staden ger många uttryck för att de upplever att det finns incitament för samverkan. De incitament som annars åsyftas är främst lagstiftningen i allmänhet och regelverket för samordnad vårdplanering i synnerhet. Bägge parter baserar sitt arbete på vårdprogram och riktlinjer som betonar vikten av samarbete. Även den regionala överenskommelsen uppges vara ett incitament.

#### *SLL*

Inom landstinget återfinns i de avtal som upprättas med vårdgivarna anvisningar om *strukturell samverkan*, exempelvis<sup>22</sup>:

- Vårdgivarna ska känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkansöverenskommelser mellan SLL och andra huvudmän
- Upprätta skriftliga samverkansöverenskommelser med vårdgrannar och säkerställa vårdkedjan ur ett patient- och närståendeperspektiv
- Aktivt bidra till samverkan för patienter som har behov av vård och omsorg från andra vårdgivare och huvudmän.

<sup>22</sup> Exemplet är hämtat från specifik uppdragsbeskrivning och uppföljning, psykiatrisk specialistvård för vuxna, 2013-01-01 – 2014-12-31, Stockholms läns sjukvårdsområde, Psykiatri Södra Stockholm

Bland de åtgärder som psykiatrin ska utföra återfinns även *individuell samverkan*. Det kan exempelvis vara att säkerställa att behandling av vissa patienter ska ske samtidigt och samordnat genom förankring hos alla aktörer – psykosteam, beroendevård och socialtjänst. Vårdgivarna är även skyldiga i många fall att genomföra konsultationer i det geografiska området och tillhandahålla specialistkompetens till andra vårdgivare kring enskilda individer som är patienter hos vårdgivarna.

De intervjuade bland landstingets vårdgivare ger uttryck för att de upplever sig ha incitament för samverkan, citat: *"Våra dokument trycker på att vi alla har skyldighet att samverka vilket ger en bra förutsättning"*.

#### *Staden*

Inom staden återfinns inga explicita ekonomiska incitament för samverkan. En vanlig uppfattning bland dem som arbetar inom socialpsykiatrin och äldreomsorgen är trots detta att de upplever starka incitament för samverkan. Citat:

*"Ja, genom att det är en överenskommelse som ska leda till att det blir bättre för den äldre. Det har stor betydelse att den finns."*

*"Det finns en syftesinriktning om vad det ska leda till. Det är kanske inte incitament utan mer en indikation om vilka krav vi har på oss."*

I vissa stadsdelar träffas samverkansgrupper månatligen. I sådana grupper medverkar representanter både för äldreomsorgen och socialpsykiatrin, missbruk med flera. Flera intervjuade lyfter även fram de samverkansaktiviteter som startats med stöd av statliga medel inom ramen för PRIO (regeringens plan för insatser inom området psykisk hälsa). I Hägersten-Liljeholmen träffas alla chefer för de myndighetsutövande enheterna tillsammans med avdelningscheferna varannan vecka.

### **Bedömningar och slutsatser**

Ekonomiska incitament existerar endast i mycket begränsad omfattning för att stimulera en effektiv och patientfokuserad samverkan. En överväldigande del av de som intervjuats både från stadens och landstingets verksamheter hävdar samtidigt att denna typ av incitament inte behövs eftersom de styrande dokumenten och överenskommelserna är så tydliga över vilken samverkan som krävs.

Samtidigt visar allmänna erfarenheter att benägenheten att samverka i hög grad är en resursfråga. I granskningen har bland annat konstaterats att samordnad individuell vårdplanering (SIP) endast sker i begränsad omfattning. Komplexiteten och svårigheten ses i detta sammanhang som en bromsande faktor. Anvisande av ekonomiska incitament exempelvis för utförande SIP skulle enligt vår bedömning vara verkningsfullt för att stimulera sådana aktiviteter.

#### *Slutsatser*

- Det starkaste incitamentet är själva förekomsten av samverkansavtal på olika nivåer.
- Någon form av ekonomiska eller andra incitament för användande av SIP bör övervägas.

## **Finns otydligheter kring kostnadsansvar?**

### **Formella utgångspunkter**

#### *Lagen om kommunernas betalningsansvar<sup>23</sup>*

Kostnadsansvaret mellan kommun och landsting regleras av Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. För psykiatrisk vård gäller, enligt 10 §, att en kommun har betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård eller psykiatrisk vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan är upprättad. En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren

<sup>23</sup> Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård med ändringar from 1 juli 2003



inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. Särskilda regler gäller för utskrivning. Bland annat ska en vårdplan upprättas för en patient som efter att ha skrivits ut från en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård av den behandlande läkaren bedöms behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.

Kommer inte ett landsting och en kommun överens om en annan tidpunkt inträder kommunens betalningsansvar dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad. För en patient i den psykiatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast trettio vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen (11 §). Ersättning för vård av utskrivningsklara patienter fastställs årligen av regeringen.

Kommunen är inte betalningsansvarig om patienten stannar kvar inom slutna hälso- och sjukvård till följd av att landstinget inte kan erbjuda personen sådan öppen hälso- och sjukvård som landstinget ansvarar för och som vårdplanen anger ska lämnas. SOSFS 2005:27 ska tillämpas.

#### *Överenskommelser inom regionen*

*I överenskommelsen mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län om samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning berörs kostnadsansvaret endast när den enskilde vistas på Hem för vård eller boende (HVB). Här framkommer att i samband med beslut om placering på HVB ska en individuell plan upprättas. I den individuella planen ska det framgå hur den enskildes behov av socialtjänstinsatser, insatser enligt LSS samt hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoseas och följas upp under vistelsen på HVB.*

Den individuella planen ska vara så preciserad att den kan utgöra underlag för hur kostnaderna ska fördelas mellan huvudmännen i de fall HVB svarar för landstingets hälso- och sjukvård. Huvudregeln är att varje huvudman svarar för de kostnader som kan knytas till var och ens ansvar. Om huvudregeln inte ger tillräcklig vägledning för kostnadsfördelningen ska frågan lösas i samverkan.

*Enligt Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län angående samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården ska betalningsansvarslagen gälla även när det gäller patient i öppen psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård.*

#### **Staden/landstinget**

Av vad som framkommit i intervjuerna hanteras betalningsansvaret från fall till fall. Större problem att komma överens är inte, enligt vad som framkommit, så vanliga, men de förekommer. Respondenter efterlyser en övergripande överenskommelse när det gäller fördelning av kostnaderna när det gäller HVB.

På den regionala nivån fanns det tidigare en "tvistegrupp". Den skulle hantera de ekonomiska frågor som man inte var överens om mellan staden och landstinget. Det handlade om köp av platser för personer som inte kan bo hemma och där landstinget står för den medicinska behandlingen och staden för omsorgen. Tvistegruppen är numera nerlagd och frågorna ska lösas på lokal enhetsnivå. Ett Flera intervjupersoner saknar tvistegruppen, men trots det verkar de olösta frågorna ändå lösas ut även om det ibland tar längre tid.

Den vanligaste fördelningen mellan staden och landstinget är att staden betalar två tredjedelar och landstinget en tredjedel. Inom landstinget hanteras dessa frågor något olika inom de psykiatriska områdena. Inom Norra Stockholms Psykiatri finns speciell arbetsgrupp som hanterar kostnadsfrågor.

Från landstingets psykiatri uttrycks dock starka invändningar mot att färdigbehandlade patienter blir kvar på vårdavdelning upp till 30 dagar i avvaktan på att kommunernas betalningsansvar ska träda in. Det innebär att många bäddar i slutna vården upptas av personer som bättre skulle kunna vårdas i

sitt hem. Problemet med den sena hemgången skylls både platsbrist i staden och bristande kompetens i den kommunala omsorgen att ta hand om personer med psykiska funktionshinder.

Diskussionen om kostnadsansvaret mellan huvudmännen tas av stadsdelen. Ibland förekommer diskussion med stadsdelarna om extra resurser kring vissa personer som kräver extra mycket tillsyn för att inte störa andra, avvika eller bli allmänt störande i ett boende. Ofta slutar det med att boendet får omprioritera sina egna resurser, vilket lägger extra börda på personalen som redan har fullt upp. Man upplever inte landstingets personal som någon resurs, då de inte kan erbjuda stöd till personalen.

### ***Staden/staden***

Inom staden finns inarbetade rutiner som innebär att oenigheter om betalningsansvar hanteras i linjen – för juridiskt och/eller politiskt avgörande i sista hand. I vissa stadsdelar finns en särskild tjänsteman som hanterar oenighet om kostnadsansvar. Kostnadsansvaret mellan äldreomsorgen och socialpsykiatri är formellt sett tydligt. Ansvaret går över från socialpsykiatri till äldreomsorgen när personen fyller 65 år. Kostnadsansvaret går över från socialpsykiatri till äldreomsorgen även när brukaren fortsättningsvis åtnjuter socialpsykiatriens omsorg. Äldreomsorgens kostnadsansvar tycks överlag vara accepterat men kan i konkreta bristsituationen leda till spänningar i det praktiska handhavandet och bli en anledning till oenighet.

### ***Bedömningar och slutsatser***

Enligt vad som har framkommit fungerar hanteringen av kostnadsansvaret relativt bra i praktiken i samverkan mellan staden och landstinget. Det hindrar inte att de gällande överenskommelserna kan kompletteras med skrivningar om grundläggande principer för hur kostnadsansvarsfrågor ska hanteras även för äldre. Sådana skrivningar saknas för närvarande helt. Erfarenheter visar även att det bör finnas en förutbestämd ordning för hur eventuella tvister mellan parterna ska hanteras. Vår bedömning är att överenskommelserna bör kompletteras på dessa punkter.

Inom Stockholms stad tillämpas en formell grund – 65 årsgränsen - för fördelning av kostnadsansvar mellan socialpsykiatri och äldreomsorgen. Ansvaret är enligt vår bedömning tydligt.

#### ***Slutsatser***

- Mellan staden och landstinget bör överenskommelser generellt kompletteras med rutiner för hur kostnadsansvarsfrågor ska hanteras och hur tvister ska lösas.
- Inom staden är kostnadsansvaret tillräckligt tydligt.

### **Finns en avvikelshantering för avvikelser gällande samverkan?**

Det har inte framkommit i intervjuerna att en sådan gemensam rapportering och analys sker, utan varje huvudman gör sina avvikelserapporteringar och arbetar internt med dessa i sin egen organisation.

Ett exempel på hantering av avvikelser i själva samverkan anges i samverkansöverenskommelsen mellan Farsta och Skarpnäcks stadsdelsförvaltningar och SLL: "Brister i samverkan, resurser eller arbetssätt ska lösas av de direktinblandade. Parterna utvecklar ett gemensamt system för avvikelshantering. Avvikelse rapporter skall åtgärdas omgående av den som tar emot rapporten. Stadsdelen och psykiatrien sammanställer inför varje lokalt samverkansmöte de avvikelserapporter man mottagit (i särskild bilaga). Uppföljning sker fortlöpande samt uppföljning av avvikelshantering årligen".

Ett annat exempel kommer från Hässelby-Vällingby, Bromma och SLL som har formulerat en plan för att få samverkan att fungera. Rutinen är att skriftligt framföra sitt klagomål till representant i

arbetsgruppen<sup>24</sup>. Därefter ska återkoppling och åtgärdsförslag ske skyndsamt, alternativt efter ett arbetsgruppsmöte. En sammanfattning av varje års inkommande synpunkter, brister och/eller klagomål ska sedan behandlas i styrgruppen vid årets sista möte.

Intervjupersoner har konstaterat att det är inte någon vanligt förekommande åtgärd att göra en skrivelse om själva samverkan till en berörd chef. "Man måste vänja sig och förstå att detta sätt att hantera frågan gör att det kan bli bättre samtal och bättre lösning."

### **Bedömningar och slutsatser**

Enligt vår bedömning finns behov av en samlad och för parterna gemensam hantering av avvikelser där hela vårdkedjan belyses. Det finns exempel på förekommande system för avvikelshantering, men det är ett utvecklingsområde. Avsaknaden av rutiner för avvikelser som inträffar vid samverkan beskrevs som ett problemområde i rapporten "Sköra länkar i vården"<sup>25</sup> om utkom 2011. Fortfarande saknas enligt vår bedömning en samlad avvikelserapportering som rutin för utveckling och kvalitetssäkring av hela vårdkedjan.

#### *Slutsats*

- Arbetet med att fastslå, kommunicera och använda rutiner för avvikelshantering bör fortsätta.

## **Hur påverkas insatser/behandling/stöd när en person fyller 65 år?**

I landstingets psykiatriska verksamheter finns ingen åldersgräns, vilket innebär att byte av behandlare etc inte äger rum på grund av ålder. Däremot är äldrepsykiatri ett växande område, med brist framförallt på psykiatrisjuksköterskor och psykiater.

Från landstingets sida tillkommer vissa vårdformer för målgruppen. Dit hör de geriatrika klinikerna med bland annat stöd- eller terapisaftal (mest KBT), hembesök av mobila team, gruppsamtal med skiftande inriktning, exempelvis mansgrupper och sorgegrupper. På äldrepsykiatriska avdelningen på S:t Görans sjukhus konstateras att behovet av t ex mansgrupper ökar kraftigt. På olika håll inom landstinget erbjuds även stöd och kurser till anhöriga.

Det finns bland personal i staden uppfattningar om eller erfarenheter av att det är svårare för personer över 65 år att bli inlagda på psykiatrisk avdelning eller bli utredda för eventuell diagnos. Personal på boenden har erfarenheter av att äldre som bor på boenden och behöver psykiatrisk vård skickas tillbaka när det framkommer att de bor i ett boende. Från psykiatrins sida bestrider man detta. "Det alltid görs en bedömning".

Insatser enligt SoL i Stockholms stad för personer i målgruppen är förutom det ordinarie utbudet: hemtjänst med inriktning mot psykiskt funktionshinder på vissa stadsdelar (t ex Södermalm och Kungsholmen), särskilda boendeformer/profilboenden, boendestöd (på vissa stadsdelar under förutsättning att man samtidigt har hemtjänst), sysselsättningsverksamhet/träfflokaler, kontaktperson. Vad gäller hemtjänst så finns möjlighet för boende vid flera stadsdelsförvaltningar att ta del av hemtjänst med fokus på psykisk funktionsnedsättning genom stadens valfrihetssystem. En insats som fått gehör är äldretelefon som drivs av Föreningen för psykisk hälsa med stöd av Äldreförvaltningen. En förekommande uppfattning är att äldreomsorgen och framförallt hemtjänsten ofta saknar psykiatrisk kompetens, vilket kan medföra att den äldre inte så lätt gör sig förstådd eller får sina behov tillgodosedda.

I Stockholms stad förs brukare vid fyllda 65 år över till äldreomsorgen. Något som ofta uppmärksammas under intervjuerna är bristen på boenden både för den äldre och yngre gruppen med psykisk funktionsnedsättning. När beslut - i enlighet med stadens kvarboendepincip - fattas om

<sup>24</sup> Lokal övergripande samverkansöverenskommelse mellan Hässelby-Vällingby, Bromma och SLL

<sup>25</sup> Sköra länkar i vårdkedjan: Landstingsrevisorerna SLL, Stadsrevisionen Stockholms stad, revisionen Täby kommun

att en person som fyller 65 år ska få bo kvar i sitt boende inom socialpsykiatri så övertar äldreomsorgen kostnadsansvaret. Detta beslut som gynnar den äldre har en baksida - varje plats som upptas av en äldre person inom socialpsykiatri försvårar för unga personer att få ett boende. Det händer att dessa personer, på grund av rådande bostadsbrist, placeras på HVB-hem, vilket kanske inte är lämpligt för individen och kostsamt för staden.

Ovan beskrivna bild stämmer relativt väl med brukarnas erfarenheter. För de flesta fortsätter landstingskontakterna även i högre ålder. Några har överförts till primärvården och blivit nöjda med det. Däremot har de som flyttat till en annan stadsdel märkt av skillnader i landstingets utbud, exempelvis i förändring av antalet stödsamtal eller terapitillfällen. Liknande erfarenheter beskrivs om Stockholms stad. Några erfarenheter:

"Jag har inte märkt någon skillnad på landstinget, får min injektion regelbundet och stödsamtal där. En gång per år är det vårdplanering".

"Det är svårt med kontinuitet hos personalen. Det påverkar".

"Det är stor skillnad, som natt och dag. Får ingen psykiatrisk hjälp nu".

Deltagarna kom från olika stadsdelar och jämförde sina erfarenheter. De fann skillnader i huruvida biståndsbedömd sysselsättning beviljades eller ej och om stadsdelen eller de själva betalade. Några citat:

"Förr när jag tillhörde socialpsykiatri fick jag kurser gratis, men nu måste jag betala dem själv. Hade velat vara kvar på socialpsykiatri".

"Jag får inte längre boendestöd eller kontaktperson som jag hade tidigare. Har ingen hjälp från kommunen".

Tillgängligheten hänger samman med upplevelsen av insatser, stöd och behandling. För denna grupp intervjupersoner var svårigheten att få kontakt med äldreomsorgens handläggare ett återkommande tema under samtalen. Några erfarenheter:

"När man vill ha något ska man ringa ett särskilt nummer. Människan i växeln stoppar alla samtal till handläggaren och sen skickar hon en ny blankett".

"Varje gång ska de komma hem och varje gång är det en ny handläggare. Jag vill kunna ringa till handläggaren".

"Fick inte tag på någon i psykiatri när jag mår dåligt på sommaren. Svårt med alla knappar, fel telefontid, ingen svarade på telefon och de hade bara telefontid en gång per vecka".

### **Bedömningar och slutsatser**

På landstingssidan ska tillgången till utbudet vara åldersoberoende och fortsätta som tidigare även efter 65, något som personer i staden som arbetar nära målgruppen inte erfar. Det rör framförallt inläggning och diagnos. Inom landstinget finns utöver den ordinarie psykiatri ett utbud riktat till denna målgrupp. Eftersom målgruppen kommer att fortsätta öka bör beredskapen, inte minst den ekonomiska, vara hög för att möta kommande behovsökning.

I Stockholms stad skulle tryggheten och förståelsen för sammanhangen öka med en mer flexibel och "sömlös" övergång mellan socialpsykiatri och äldreomsorgen, både när det gäller personkontinuitet och insatser. Som tidigare beskrivits i avsnitt 3.4 så beskrivs målgruppen som känsligare för förändringar än andra äldre och yttre faktorer kan innebära dramatiska förändringar.

Som en förlängning och fördjupning av den samordnade vårdplaneringen skulle ett utvecklat personcentrerat synsätt kring brukaren/patienten och den samlade personalen kunna överbrygga sådana gränssnitt som ter sig obegripliga och triggat patientens/brukarens ångest.

Utifrån patienten/brukarens horisont räcker det inte att själva vården/insatsen är god och tillgodoser behoven. Även kring- och stödfunktioner måste vara lättillgängliga och begripliga för dem. Dit hör sådant som att klara telefonerandet, tekniken, väntandet etc.

### *Slutsatser*

Tillgången till vård och insatser är i huvudsak adekvat och god i dagsläget men kommer inte att vara tillräckligt i ett längre perspektiv

Fortsatt strävan mot sömlösa övergångar i staden är av godo för brukaren

Brukarnas möjlighet till lättillgängliga kontaktvägar till vården och omsorgen bör ses över.

## **Bedömningar och slutsatser**

### **Övergripande fråga**

Denna granskning genomförs i samverkan mellan stadsrevisionen i Stockholms stad och landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting. Syftet är att bedöma hur samverkan i vården och omsorgen av äldre med psykisk funktionsnedsättning fungerar i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare.

Den övergripande revisionsfrågan är att bedöma hur samverkan i vården och omsorgen av äldre psykisk med funktionsnedsättning fungerar i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare.

### ***Kartläggning av samverkan 2008***

Äldrecentrum lät 2008 i samverkan med USK<sup>26</sup> kartlägga<sup>27</sup> äldre med psykiska funktionshinder. I kartläggningen pekas på flera förbättringsbehov som rör både staden och landstinget. En slutsats var att samverkan med äldreomsorgen och psykiatri/primärvård behöver förstärkas för att säkerställa en sammanhållen vård och tillgång till specialistkompetens. Bland annat lyftes behovet av ett *länsövergripande avtal kompletterat med lokala avtal* fram kan stödja en sådan utveckling.

Flera av kartläggningens förslag riktade sig direkt till staden. Förslagen var bland annat:

Förstärkt spetskunskap hos den personal som inom hemtjänst eller vård- och omsorgsboende arbetar med gruppen äldre personer med psykiska funktionshinder.

Borttagande av organisatoriska hinder, såsom att vissa insatser har en övre åldersgräns vid fyllda 65 år.

Tillskapande av fler profilboenden som ett kommunövergripande ansvar.

Tillskapande av speciella hemstödsteam som kan erbjuda såväl boendestöd som hemtjänst

Förutsättningarna för samverkan har förändrats i flera avseenden sedan denna kartläggning gjordes. Framförallt har lagstiftaren både i SoL och HSL förtydligat kraven på att huvudmännen ska samverka baserat på patientens behov. Patientperspektivet förstärks ytterligare i de lagändringar som kommer att träda i kraft vid årsskiftet 2014/2015. Den nya lagstiftningen trycker exempelvis på att vård och omsorg ska bygga på respekt för brukarens/patientens självbestämmande och integritet och att tillgodose dennes behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Den samverkansstruktur som efterlystes 2008 finns nu till stora delar på plats. Däremot kvarstår en stor del av den problematik som uppmärksammades avseende kompetens och organisatoriska hinder.

### ***Samverkan stad/landsting***

Granskningen har visat att samverkan som arbetsform är väl förankrad i både landstinget och staden. Det finns en länsövergripande överenskommelse som på många håll brutits ner i skriftliga lokala överenskommelser och riktlinjer. På andra håll sker samverkan utan lokala styrdokument. Bland de

<sup>26</sup> Nuvarande Sweco

<sup>27</sup> Äldre med psykiska funktionshinder – en kartläggning 2008, Birgitta Ljungdahl, USK, i samarbete med Sven Erik Wånell, Äldrecentrum, I Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrums rapportserie nummer 2009:5

många som intervjuats är synpunkten att samverkan fungerar relativt väl i vardagen. Även parternas ansvar och roller är i huvudsak tydligt bland den personal som berörs både i staden och i landstinget. Vår bedömning är, trots detta, att samverkan mellan staden och landstinget brister i systematik.

Organisationer samverkar- människor samarbetar. Även med väl utvecklade samverkansdokument kan samarbetet fallera. Därför bör chefer och anställda vara observanta på att snabbt vidta åtgärder när samverkan eller samarbetet brister. Genom att systematiskt använda sig av avvikelshantering för avvikelser i samverkan och fortlöpande uppföljning bör sådana brister kunna reduceras.

Vår bedömning är att vårdplanering, särskilt i form av samordnad individuell planering (SIP), inte sker i den omfattning och med den kvalitet som föreskrivs i SoL och HSL. Det framkommer även i brukarintervjuerna att de känner ett svagt förtroende för den vårdplanering som förekommit i deras fall.

Det förekommer att personer ur målgruppen som bor i ett gruppboende och behöver psykiatrisk vård inte läggs in när de kommer till akuten utan skickas tillbaka till boendet. För patientens bästa bör staden och landstinget samverka kring att dessa personer får den psykiatriska vård de behöver även om de har ett gruppboende.

Landstingets organisation är komplex med flera interna gränssnitt. För att målgruppen ska ha tillgång till den vård som erbjuds behöver framförallt primärvården som första linjens psykiatri och geriatriken som gränssnitt till psykisk funktionsnedsättning kraftigare integreras i samverkan.

### ***Samverkan stad/stad***

Samverkan kring äldre patienter med psykisk ohälsa handlar framförallt om samspelet mellan socialpsykiatri och äldreomsorg. Generellt framkommer att de som arbetar med den berörda målgruppen upplever att samverkan inom staden i många fall fungerar smidigt och är enklare än att samverka med landstingets enheter.

Flera av de problem som beskrevs av USK/Äldrecentrum 2008 kvarstår dock fortfarande. Biståndsinsatser för äldre med psykiska funktionshinder riskerar att avslutas när brukaren fyller 65 år. Hit hör bland annat boendestöd och dagliga aktiviteter. Åldersgränsen 65 år är fortfarande påtaglig för många brukare som är beroende av stadens tjänster. Den betyder ofta byte av handläggare och förändrade insatser som brukaren kan komma ifråga för.

Stadsdelarna har fokus på denna problematik och har valt olika vägar för att lindra dess effekter. Det framkommer till exempel att där en ökad integration mellan socialpsykiatri och äldreomsorgen utvecklats har det varit positivt ur ett brukarperspektiv. Den sammantagna konsekvensen av detta är dock att det har uppstått ett frågetecken om den omsorg som staden erbjuder denna målgrupp är likvärdig och jämlik. Fler exempel på detta har angivits ovan.

I granskningen har det även framgått att det saknas psykiatrisk kunskap i äldreomsorgen hos många av de personer som ger omsorg till den berörda målgruppen. Kompetensbristen utgör en risk för att den enskilde brukaren inte bemöts på rätt sätt relaterat till sin sjukdomsbild. Det kan även försvåra en professionell samverkan inom staden och mellan staden och landstinget. Inom socialpsykiatri finns denna kunskap, framförallt i bemötandefrågor, som äldreomsorgens personal skulle behöva få ta del av.

Det har vidare framkommit att bristen på boende inom staden för såväl äldre som yngre personer med psykisk funktionshinder är en flaskhals för en brukarfokuserad samverkan.

*Samlad bedömning* av samverkan inom staden är att samverkan i de gränssnitt som finns i stadens organisation normalt fungerar smidigt och baseras på ett tydligt regelverk som anger roller och ansvar. När omsorgstagaren fyller 65 år brister det många gånger i övergången från socialpsykiatri till äldreomsorg. För många brukare innebär övergången minskad trygghet och ökad oro. Olika lösningar

och hanteringar har utvecklats lokalt i stadsdelarna med följden att den omsorg staden erbjuder målgruppen inte blir likvärdig.

## **Förslag till förbättringar**

Vid granskningen har behov av flera förbättringar identifierats. I samverkan mellan staden och landstinget vill vi föreslå att den samverkan som sker bör dokumenteras bättre samt att avvikelser som uppstår i samverkan rapporteras och följs upp gemensamt av parterna. Parterna bör därför överväga om särskilda ersättningar eller andra incitament ska tillskapas för att stärka samverkan. Likaså bör en övergripande överenskommelse om fördelning av kostnader och återförande av Tvistegruppen övervägas.

Vidare bör staden och landstinget i samråd se över vilka gemensamma insatser som kan göras för att en tidigare utskrivning och hemgång utifrån patientens bästa kan åstadkommas samt att äldre i olika gruppboenden får tillgång till psykiatrisk vård och inläggning när de så behöver.

I den samverkan som sker inom staden vill vi lämna följande förslag till förbättringar. Staden bör se över arbetssätt och rutiner rörande insatser för personer med psykisk ohälsa som fyllt 65 år. Det glapp som finns i gränssnittet mellan socialpsykiatrins och äldreomsorgens ansvarsområden bör förtydligas. Ju mer entydigt formulerade de formella förutsättningarna är desto lättare blir det att upprätthålla en god samverkan.

Ambitionen bör vara att skapa en sömlös övergång från socialpsykiatri till äldreomsorgen och att de insatser som erbjuds målgruppen uppfyller kraven på en likvärdig vård och omsorg. Här inbegrips även lösningar på boendefrågan för äldre personer med funktionsnedsättning

Kompetensen bör höjas hos den personal som inom hemtjänst eller vård- och omsorgsboende arbetar med gruppen äldre personer med psykiska funktionshinder.

Det bör förtydligas hur samtliga vårdgrenar i landstinget ska förhålla sig till existerande samverkansstrukturer för äldre med psykiska funktionshinder.

För att stärka inslagen av personcentrerad vård bör samordnad individuell vårdplanering ske i större omfattning. Vård- och omsorgsgivarnas deltagande i sådant samarbete är tidskrävande, varför beredskap för motivationsarbete och/eller någon form av incitament kan övervägas.

## **Bilaga 1: Intervjupersoner och workshop med brukare/patienter**

*Intervjuer har genomförts med 38 personer enligt nedan samt kortade telefonintervjuer med åtta personer.*

Enskede-Årsta-Vantör sdf: Två chefer och en samordnare

Hägersten-Liljeholmen sdf: Fyra personer (chefer och personal)

Hässelby-Vällingby sdf: Fyra chefer

Grubbostad: En chef och fem medarbetare

Katarinahuset; Psykiatrisk verksamhet: En chef, en samordnare, en sjuksköterska

Södermalms sdf: Två chefer

Prima psykiatri: En chef

Två profilboenden: Två chefer, tre medarbetare

Socialförvaltningen: En chef

St Görans sjukhus, äldrepsykiatrisk avdelning: En chef

SLL (psykiatri och habiliteringen): En chef och två specialister

SLSO: Tre chefer

Äldreförvaltningen: Två handläggare

Äldrecentrum: En forskare

*Korta telefonintervjuer med åtta personer*

Åtta chefer på olika stadsdelar

*Fokusgrupper med 11 brukare och två anställda*

Två fokusgrupper med 11 brukare och 2 anställda på Schizofreniförbundet har genomförts.