

Handläggare
Paulina Slazak
Telefon: 08-508 25 247

Till
Socialnämnden
2022-08-30

Centralisering av hälso- och sjukvårdsansvaret inom socialpsykiatrins särskilda boenden

Förvaltningens förslag till beslut

- Socialnämnden godkänner socialförvaltningen tjänsteutlåtande om centralisering av hälso- och sjukvårdsansvaret inom socialpsykiatrins särskilda boenden.

Fredrik Jurdell
socialdirektör

Veronica Wolgast Carstorp
biträdande förvaltningschef

Sammanfattning

I budget 2022 tilldelades socialförvaltningen följande uppdrag: ”Socialnämnden ska i samarbete med kommunstyrelsen och i samråd med stadsdelsnämnderna utreda förutsättningarna för en centralisering av hälso- och sjukvårdsansvaret inom socialpsykiatrins särskilda boenden, i likhet med LSS-hälsan. Utredningen ska inkludera en kostnadsanalys.”

Utredningen slutfördes under våren 2022. Sammanfattningsvis finns det flera fördelar med att centralisera hälso- och sjukvården på socialpsykiatrins särskilda boenden, bostad med särskild service. Det skulle ge en ökad likställighet i staden samt öka tillgången till rehabiliterande insatser för målgruppen. Det skulle även förbättra arbetsmiljön för sjuksköterskorna. I kostnadsanalysen framkommer att det finns ekonomiska vinster med en centralisering.

Vid en centralisering behöver emellertid vissa aspekter beaktas. Om socialpsykiatrins målgrupp exempelvis ska ingå i LSS-hälsans organisation behöver de olika behoven hos målgrupperna tas hänsyn till. En central organisation behöver möjliggöra och arbeta för kontinuitet och delaktighet i vården trots att sjuksköterskorna inte är stationerade i boendet. Vidare bedömer socialförvaltningen att en översyn av ersättningssystemet för socialpsykiatrins särskilda boenden behöver göras. Även förfrågningsunderlag och uppdragsbeskrivningar för denna insats behöver revideras.

Bakgrund

I budget 2022 tilldelades socialförvaltningen följande uppdrag:

”Socialnämnden ska i samarbete med kommunstyrelsen och i samråd med stadsdelsnämnderna utreda förutsättningarna för en centralisering av hälso- och sjukvårdsansvaret inom socialpsykiatrins särskilda boenden, i likhet med LSS-hälsan. Utredningen ska inkludera en kostnadsanalys.”

Socialförvaltningen upphandlade Sweco Society AB (Sweco) för att genomföra utredning och kostnadsanalys. Utredningen har genomförts tillsammans med ansvarig utredare på socialförvaltningen, ansvarig controller på stadsledningskontoret, enhetschef på LSS-hälsan samt berörda chefer och medarbetare på socialpsykiatrins särskilda boenden.

Utredningen har genomförts via intervjuer med enhetschefer och medarbetare på socialpsykiatrins särskilda boenden. Som en del i uppdraget har även en workshop anordnats med enhetschefer och medarbetare bestående av sjuksköterskor och boendestödare från dessa boenden.

Ärendets beredning

Ärendet har beretts inom avdelningen för stadsövergripande sociala frågor. Förvaltningsgruppen har behandlat ärendet den 24 augusti 2022. Rådet för funktionshinderfrågor har haft möjlighet att behandla ärendet den 25 augusti 2022.

Ärendet

Målgruppen på bostad med särskild service SoL

Målgruppen är huvudsakligen personer mellan 20 och 64 år som är aktuella för insatser inom stadens socialpsykiatri och som fått biståndsbeslut för bostad med särskild service. Majoriteten av de personer som bor på bostad med särskild service är i de övre åldersspannen. Inom målgruppen ryms även personer med samsjuklighet i form av exempelvis psykisk funktionsnedsättning och missbruk eller fysisk ohälsa. Denna typ av bostad ses som en permanent boendeform och kvarboendeprincip råder.

Under 2021 bodde 148 personer mellan 20-64 år på bostad med särskild service inom socialpsykiatri¹. Staden har totalt 10 boenden med särskild service inom socialpsykiatri, som alla drivs i egen regi. Totalt finns det 155 lägenheter i bostad med särskild service inom socialpsykiatri. Därtill tillkommer personer som är placerade på individuella avtal utanför valfrihetssystemet.

¹ Socialtjänstrappport 2021, dnr. 3.1.1-494/2021.

Det är sedan länge känt att platserna på bostad med särskild service inom socialpsykiatri är underdimensionerade i förhållande till behovet och kötiden är lång. I stadens boendeplan 2021-2031 framgår att behovet av bostad med särskild service inom socialpsykiatri ökar under hela prognosperioden men ökningstakten avtar mot prognosperiodens slut². På grund av avsaknaden av platser på bostad med särskild service verkställs ofta insatsen på HVB (hem för vård och boende) i avvaktan på en plats i bostad med särskild service. HVB är inte en permanent boendeform och ska ses som ett mer tillfälligt boende under en kortare tid. Det förekommer även att personer som har omfattande behov placeras i stödboende där stödnivån är betydligt lägre för att det inte finns tillgång till platser på bostad med särskild service.

I Stockholm stads socialtjänstrappport 2021 framgår att staden hade 227 personer placerade i HVB. Flertalet av dessa personer hade bott på bostad med särskild service om platser fanns tillgängliga, vilket behöver tas i beaktande när analyser avseende behov och volymerna för hälso- och sjukvårdsinsatserna för målgruppen görs.

Eftersom kvarboendepincipen på bostad med särskild service råder är det många av de boende som tillhör äldreomsorgen. Dessa är inte inräknade i den totala siffran 148 stycken som redovisats tidigare. Många av de personer som bor på bostad med särskild service har omfattande psykiska funktionsnedsättningar, exempelvis psykossjukdomar. Det är vanligt förekommande att personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd oftare får kroppsliga sjukdomar än andra personer, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Troligen beror det på en kombination av en ohälsosam livsstil och metabola biverkningar av antipsykotiska läkemedel. En annan anledning kan vara att personer med psykisk ohälsa får sämre somatisk vård än befolkningen i övrigt.³

Risken för felbehandling, såväl under- som överbehandling, är stor när en patient lider av flera sjukdomar samtidigt och vården tillämpar rekommendationer från flera olika riktlinjer parallellt. Mest sjuka äldre behandlas ofta med flera olika läkemedel, vilket bland annat kan öka risken för allvarliga biverkningar, fallskador, och behovet av akut vård. I bedömningen av olika tillstånd hos de mest sjuka äldre är det viktigt att utgå från en helhetssyn på patienten där fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov beaktas. Mest sjuka äldre har många komplexa behov på grund av svår samsjuklighet och skörhet. Andra faktorer som ensamhet eller

² Boendeplan 2021-2031, dnr. 3.1.1-150/2021

³ [Om schizofreni - Kunskapsguiden](#)

nedsatt kognitiv förmåga påverkar också deras situation. Ofta finns det ett komplicerat samspel mellan flera olika försvårande faktorer. En helhetsbedömning av den enskilde innebär ett systematiskt tillvägagångsätt som ställer krav på multiprofessionellt samarbete samt god geriatrisk kunskap hos vårdgivaren. Mest sjuka äldres särskilda förutsättningar ställer även extra höga krav på klinisk erfarenhet samt individuella bedömningar och uppföljningar hos vårdpersonalen.⁴

Kartläggning och nulägesanalys

Staden har totalt tio bostäder med särskild service inom socialpsykiatrin inom valfrihetssystemet. Samtliga drivs i egen regi. Alla stadsdelsnämnder tillhandahåller inte denna typ av boendeinsats. Antalet platser på boendena varierar mellan stadsdelsnämnderna.

Swecos uppdrag utfördes genom en kartläggning och nulägesanalys via intervjuer med fyra enhetschefer och två sjuksköterskor inom socialpsykiatrins särskilda boenden.

I intervjuerna framkom att boendena har en sjuksköterska stationerad i verksamheten i varierande procentandel. Vissa av boendena är integrerade i vård- och omsorgsboenden, och där ingår sjuksköterskan i en arbetsgrupp som roterar mellan socialpsykiatri och äldreomsorg. De flesta boenden som har varit föremål för kartläggningen har inte fysio- och/eller arbetsterapeut kopplat till boendet.

Sjuksköterskorna inom socialpsykiatrins särskilda boenden sköter sedvanliga sjuksköterskeuppgifter som innefattar medicindelegering, kontakter med övriga vårdaktörer, omvårdnadsansvar samt injektioner. Sjuksköterskan har också en stödjande funktion för övrig boendepersonal. Sjuksköterskan deltar vid arbetsplatsträffar, husmöten och verksamhetsmöten.

I kartläggningen framkommer en varierad bild av möjligheterna till kompetensutveckling och kollegial feedback för sjuksköterskorna. I det fall verksamheten är integrerad i ett vård- och omsorgsboende finns möjlighet för sjuksköterskan att ingå i en större arbetsgrupp med kollegiala utbyten. Det förekommer även visst nätverksarbete verksamheterna emellan där tillfälle för erfarenhetbyte ges. Till stor del är det emellertid ensamarbete som är utgångspunkten i sjuksköterskans dagliga arbete.

Inom ramen för utredningen genomförde Sweco en workshop. I workshopen deltog enhetschefer, sjuksköterskor och boendepersonal från socialpsykiatrins särskilda boenden samt ansvarig utredare på socialförvaltningen. Syftet med workshopen var att diskutera och problematisera resultaten från den pågående utredningen av förutsättningarna för en centralisering av hälso- och sjukvårdsansvaret.

Finansiering och kostnader för hälso- och sjukvårdsinsatser inom socialpsykiatrins särskilda boenden

I Swecos uppdrag ingick att ta fram en kostnadsanalys för en centralisering av hälso- och sjukvårdsansvaret inom socialpsykiatrins särskilda boenden. I underlaget till Swecos kostnadsanalys framför de att analysen är översiktlig. Sweco rekommenderar att en fördjupad kostnadsanalys görs inför ett slutligt beslut om organisationen av hälso- och sjukvårdsansvaret för socialpsykiatrins särskilda boenden.

Sweco genomförde kostnadsanalysen genom att skicka ut en enklare enkät till samtliga boenden i staden. Enkäten skickades ut i syfte att få en bild av hur behovet av sjuksköterskor ser ut både dagtid och kvällstid och hur detta finansieras. Enkäten besvarades av åtta av de tio boenden som finns i staden.

I enkäten har antal boende per nivå hämtats in liksom sjuksköterskans omfattning i boendet och hur hälso- och sjukvårdsinsatser utanför kontorstid hanteras.

Utifrån enkäten har en kostnad för hälso- och sjukvård per boende (anställd sjuksköterska) beräknats. I beräkningen har antaganden gjorts om sjuksköterskors lön samt behov av vård enligt ersättningsnivå 1- 3 gjorts (ersättningsnivåerna förklaras närmre under nästkommande rubrik). Detta är antaganden som Sweco anser kan diskuteras och fördjupas.

Ett genomsnitt per boende för hälso- och sjukvård utanför kontorstid har tagits fram baserat på enkätsvaren. Denna kostnad är mycket varierande enligt uppgift och det finns olika sätt att lösa behovet, där det vanligaste är att upphandla bemanningsföretag som hanterar hälso- och sjukvården utanför kontorstid.

Ersättning till utförare

Verksamheternas intäkter baseras på den resursmätning som beställande handläggare gör i samband med att en ansökan om bostad med särskild service beviljas. Resursmätningen innebär att handläggaren gör en bedömning av den enskildes stödbehov utifrån

standardiserade instrument inom ramen för handläggningsprocessen.

Resursmätningen baseras på tre nivåer och utgår ifrån hur mycket resurser utföraren behöver avsätta för att utföra insatsen. Vid resursmätningen poängsätter biståndshandläggaren olika aktiviteter och hur mycket stöd den enskilde behöver med dessa. Höga poäng innebär ett stort stödbehov och låga poäng innebär ett mindre stödbehov. Resursnivå tre genererar därför högst ersättning och resursnivå ett genererar lägst ersättning. Ersättningen avser dygnskostnad.

I ersättningen ingår samtliga kostnader för insatsens utförande såsom personalkostnader, administration, IT-kostnader, lokal, resor, materialkostnad och hälso- och sjukvårdsinsatser. Med ersättningen finansierar utförarverksamheterna både anställd personal och bemanningsföretag som ansvarar för hälso- och sjukvården under kvällar, nätter och helger. Ersättningen fastställs årligen i stadens budget.

Kostnader per brukare

Utifrån de antaganden som gjorts inom ramen för kostnadsanalysen beräknas kostnaden för hälso- och sjukvård per brukare inom socialpsykiatri grovt till 45 300 kr per år. I denna summa avser 32 300 kr ersättning till sjuksköterskan och 13 000 kr avser bemanning utanför kontorstid. Enligt Swecos beräkningar blir den sammantagna kostnader för hälso- och sjukvård inom socialpsykiatri 5,5 mnkr.

Kostnaden för hälso- och sjukvård för personer inom LSS kan grovt beräknas till en kostnad per brukare om totalt 25 800 kr. Detta är den totala kostnaden per brukare för hälso- och sjukvård och inkluderar fysioterapeut, arbetsterapeut, administration, bemanning utanför arbetstid och sjuksköterska. Vid samma antaganden om kostnad för sjuksköterska som ovan för socialpsykiatri beräknas kostnaden per brukare för sjuksköterskor isolerat till 10 800 kr.

Kostnaderna för hälso- och sjukvård är betydligt högre för socialpsykiatri än inom LSS. Sweco framför i kostnadsanalysen att det behöver utredas vidare hur stor del av skillnaden som är relaterad till behov och hur stor del som är relaterad till organisation.

Sweco bedömer att en centralisering skulle kunna leda till större kostnadseffektivitet vilket innebär att den nya organisationen skulle kunna finansieras med ett lägre belopp än i dagsläget. Bidragande till en ökad kostnadseffektivitet skulle enligt Sweco vara dels en

gemensam upphandling av jour (kvällar och helger), dels att den större organisationen på ett bättre sätt kan finansiera stödinsatser och administration. Därmed frigörs tid från sjuksköterskorna och mer tid kan läggas på hälso- och sjukvårdsinsatser. En centralisering innebär också större flexibilitet. Hälso- och sjukvårdsinsatser kan anpassas utifrån aktuellt behov och sjuksköterskor är inte bundna till sina boenden och fasta tider. Behoven inom respektive boende varierar utifrån brukares individuella behov. En sådan flexibilitet kan vara kostnadsbesparande.

Behoven hos målgruppen inom LSS respektive socialpsykiatri samt förutsägbarheten och möjligheten till planering av vårdinsatser skiljer sig sannolikt åt mellan målgrupperna. En avgörande punkt är insatsernas frekvens och tidsåtgång, och huruvida detta är jämförbart mellan socialpsykiatriens målgrupp och målgruppen inom LSS. Exempelvis kan det handla om hur tillgänglig en sjuksköterska behöver vara och hur ofta en hälso- och sjukvårdsinsats behöver utföras per brukare. Sweco menar att det krävs en fördjupande analys av dessa skillnader inför ett slutligt beslut om centralisering.

Sammanfattningsvis framgår det i kostnadsanalysen att ett centralt organiserat hälso- och sjukvårdsansvar för socialpsykiatriens särskilda boenden kan medföra minskade kostnader jämfört med den organisation som finns idag.

Upplevda för- och nackdelar med nuvarande organisation
Inom ramen för utredningen har Sweco i intervjuer med verksamheter kartlagt vilka för- och nackdelar som upplevs utifrån att varje enskild verksamhet har eget ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser och att verksamheterna skapar sin egen organisation för detta.

I intervjuerna framkom att när det finns en sjuksköterska knuten till boendet bidrar det till trygghet, kontinuitet och flexibilitet. Övrig boendepersonal kan fråga när de behöver hjälp samt att sjuksköterskan har god kännedom om de personer som bor i boendet. Sjuksköterskorna har, på vissa boenden, arbetat fram välfungerande rutiner vad gäller samordning med övriga vårdaktörer så som psykiatri och vårdcentraler.

På vissa boenden hålls husmöten som innebär snabb kommunikation och korta avstämningvägar i verksamheten, vilket bidrar till minskad administration.

De upplevda nackdelarna handlar bland annat om hur sjuksköterskans arbetsmiljö påverkas. I utredningen framkommer exempelvis att sjuksköterskans avsaknad av kollegor och hög

administrativ belastning ses som nackdelar. Det finns ingen sammanhållen kompetensutveckling för de sjuksköterskor som arbetar på boendena.

Det finns utmaningar för sjuksköterskorna att rent fysiskt ta sig runt mellan boendena, i de fall flera boenden delar på en sjuksköterska. Det förekommer att sjuksköterskorna utför vissa uppgifter som i regel kan utföras av boendestödjarna, vilket leder till felanvändning av resurser och kompetens. Det blir även fragilt när hälso- och sjukvårdsansvaret är personbundet.

För målgruppens del framkommer det att patientsäkerhet och jämlik vård såväl som rehabiliterings- och habiliteringsinsatser tenderar att bli eftersatta när hälso- och sjukvårdsorganisationerna skiljer sig åt mellan boendena i staden. Även likställighetsprincipen är svår att uppnå med nuvarande organisation.

Upplevda för- och nackdelar med att centralisera hälso- och sjukvårdsansvaret på socialpsykiatrins särskilda boenden
I intervjuer med personal och chefer inom socialpsykiatrins särskilda boenden framkommer att en centralisering av ansvaret för hälso-och sjukvården kan ha positiv effekt på arbetsmiljön och arbetsbördan för sjuksköterskorna. De skulle även få tillgång till en mer samlad och sammanhållen kompetensutveckling och ges möjlighet att arbeta teambaserat och ingå i en gemenskap med andra kollegor, vilket även gynnar brukarna.
Det framkommer även att organisationen blir mindre sårbar med fler medarbetare, och att lärdomar och goda exempel i större utsträckning sprids mellan boendena. En sammanhållen journalföring i en central organisation underlättar samverkan med övriga vårdaktörer och innebär kostnadsbesparing till följd av färre administrativa system.

I intervjuerna framgår fördelar för målgruppen som bor i dessa bostäder. Patientsäkerheten skulle öka och målgruppen skulle erbjudas en mer jämlik vård över staden. Målgruppen skulle även kunna få bättre tillgång till funktioner som arbets- och fysioterapeuter.

De potentiella nackdelar som lyfts handlar om risken att tappa kompetens och kontinuitet om hälso- och sjukvårdsansvaret centraliseras. Samtidigt finns anledning att tro att kompetensen i större utsträckning kan användas bättre i teambaserade arbetssätt.

Vidare lyfts risken att tryggheten för de boende och övrig boendepersonal kan försvinna om sjuksköterskan placeras centralt långt ifrån verksamheten. Det finns även risk för mer

telefonrådgivning för boendestödjarna, då de får ett större ansvar för att göra en första bedömning. Det upplevs även som en risk att de nätverk och den lokala samverkan som finns idag ska upphöra.

LSS-hälsan

LSS-hälsans utformning och organisation

LSS-hälsan är stadens centrala organisation avseende hälso- och sjukvård för personer med LSS-tillhörighet som bor på stadens särskilda boenden eller deltar i daglig verksamhet.

LSS-hälsans ledning består av en enhetschef och två biträdande enhetschefer som har ansvar för de norra delarna respektive södra delarna av staden. Därtill tillkommer medicinskt ansvarig sjuksköterska och två ytterligare sjuksköterskor som arbetar samordnande och sköter logistiska frågor.

LSS-hälsan har regelbunden kontakt med 1 780 personer, som bor i stadens särskilda boenden eller deltar i daglig verksamhet. Den teambaserade vården utgör navet i verksamheten där gruppansvarig sjuksköterska ansvarar för upp till tio boenden och dagliga verksamheter. Vidare ingår arbetsterapeut, fysioterapeut och tre till fyra sjuksköterskor i teamet.

I intervjuer med LSS-hälsan framkommer att man har en behållning som stor och central organisation och att det är enklare att upptäcka brister och kunna påverka och åtgärda dessa. Det finns också väletablerade samarbeten och gemensamma utbildningar med omsorgspersonal på boendena som leder till trygghet, kontinuitet, ökad patientsäkerhet och ömsesidigt förtroende. De gemensamma riktlinjer som finns och gemensam kompetensutveckling ger goda förutsättningar för jämlik vård och stärkt kompetens kring målgruppen.

De utmaningar som LSS-hälsan har identifierat rör samverkan med övriga vårdaktörer. Det lyfts som viktigt att ha en fungerande kommunikation internt och externt och sammanhållen journalföring.

LSS-hälsans reflektioner angående ett centraliserad hälso- och sjukvårdsansvar för särskilda boenden inom socialpsykiatri

Det framkommer i intervjuer med LSS-hälsan att det sannolikt skulle vara gynnsamt för socialpsykiatriens särskilda boenden att ingå i LSS-hälsans organisation. Den typen av organisationsförändring genererar ökad patientsäkerhet, jämlik vård, tillgång till rehabiliteringsinsatser, teambaserade arbetssätt och ökad kompetensutveckling. Det kan också innebära att

socialpsykiatrins målgrupp och dess behov lyfts och synliggörs i större utsträckning än idag.

Ur ett organisationsperspektiv lyfter LSS-hälsan att en omorganisation behöver ske på ett sätt som innebär att man kan bibehålla sjuksköterskorna och deras kompetens. De sjuksköterskor som finns på boendena har god kunskap om behoven av hälso- och sjukvård på stadens särskilda boenden inom socialpsykiatri och den kompetensen är viktig att bevara. Resursmässigt framkommer att det eventuellt finns behov av att rekrytera ytterligare personal, specifikt nämns ytterligare en biträdande enhetschef som kan ansvara för socialpsykiatrins målgrupp.

Genomförd workshop inom ramen för utredningen

Syftet med workshopen var att diskutera och problematisera resultaten från den pågående utredningen av förutsättningarna för en centralisering av hälso-och sjukvårdsansvaret inom socialpsykiatrins särskilda boenden.

Under workshopen arbetade deltagarna utifrån fiktiva fallbeskrivningar. En av dessa fallbeskrivningar utgick från att ett övergripande problem var att sjuksköterskorna saknar andra sjuksköterskekollegor. Under workshopen framkom att detta är problematiskt ur flera synvinklar – bland annat menade deltagare att det handlar om känslan av att vara ensam och inte ha någon inom samma profession att samtal med, samt att möjligheten till kompetens- och erfarenhetsutbyte blir begränsad när sjuksköterskan är ensam.

I workshopen framkom att avsaknaden av sjuksköterskekollegor innebär att ett större ansvar läggs på den enskilda sjuksköterskan, då det inte finns någon att dela arbetsbördan med. Detta kan ha en negativ påverkan på såväl arbetsmiljö samt patientsäkerhet. Deltagarna diskuterade att lösningen på detta är att ge sjuksköterskorna möjlighet att ingå i ett sammanhang med andra sjuksköterskekollegor. Det kan exempelvis handla om att ingå i nätverk med andra sjuksköterskor inom socialpsykiatri och därmed få tillgång till kollegiala utbyten. Ett sådant nätverk kan även bidra till att skapa en känsla av sammanhang.

Under workshopen diskuterades också riskerna med en centralisering av hälso- och sjukvården. Bland annat lyftes risken att sjuksköterskorna kommer för långt bort från verksamheten och att det blir svårare med kunskapsöverföring mellan sjuksköterska och boendestödare och även andra grupper när fler personer är inblandade. Det finns därmed en risk att ansvaret läggs över på

någon annan, exempelvis att man hoppas att nästa person skriver in uppgifter i systemet.

Lösningen att komma tillrätta med risken att sjuksköterskorna kommer för långt bort från verksamheten var att dela in sköterskornas arbete i mindre områden. Ett förslag var fyra geografiska arbetsområden till skillnad från LSS-hälsans två, vilket skulle kunna innebära bättre planeringsmöjligheter.

Under workshopen framkom behovet av utökad samverkan mellan socialpsykiatrins särskilda boenden och staden centralt. Deltagarna uppgav att det fanns ett behov av att staden tar ett mer samlat grepp om de socialpsykiatriska boendena genom att föra dialog och kartlägga förutsättningarna för de olika verksamheterna. På så sätt kan arbetet med att skapa lika arbetssätt och förutsättningar underlättas.

Jämställdhetsanalys

I socialpsykiatrins målgrupp finns en överrepresentation av kvinnor. Det kan finnas olika förklaringsmodeller till detta, både modeller som utgår i sociala konstruktioner och normer samt medicinska förklaringsmodeller som utgår ifrån olika symptombilder för män respektive kvinnor. Det mest troliga är att förklaringen ligger i en kombination av båda och med stor sannolikhet även ytterligare förklaringsmodeller.

Av de personer som bor på socialpsykiatrins särskilda boenden är 49 procent kvinnor och 51 procent män⁵. En rapport från Socialstyrelsen visar att män lever ohälsosammare än kvinnor och att samsjukligheten är högre. Män konsumerar mer alkohol och lider i större utsträckning av övervikt och fetma⁶.

I stadens *Program för ett jämställt Stockholm 2018-2022* framgår att ojämställdhet i stadens verksamheter uppstår och återskapas i det dagliga arbetet – i beslutsfattande, resursfördelning samt i verksamhetsplanering och uppföljning. Därför måste arbetet för att skapa jämställda förutsättningar integreras i ordinarie processer⁷.

Förvaltningens synpunkter och förslag

Bostad med särskild service är ett bostadsalternativ för personer med omfattande tillsyns- och stödbehov som medför kontinuerlig närvaro av personal så att den enskildes hela stödbehov tillgodoses. Bostäderna består av ett antal fullvärdiga lägenheter som är

⁵ Socialtjänstrapport 2021, dnr. 3.1.1-494/2021, avser personer under 65 år.

⁶ Socialstyrelsen (2004) *Jämlik vård? – könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Art.nr 2004-103-3, s.7

⁷ *Program för ett jämställt Stockholm 2018-2022*, s.5.

grupperade kring gemensamhetsutrymmen. Service och omvårdnad kan ges alla tider på dygnet.

Kommunen ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser till och med sjuksköterskenivån vilket gör att i utförarens uppdrag ingår också hälso- och sjukvård till motsvarande nivå.

Swecos utredning

I Swecos utredning framkommer en nulägesanalys samt olika aspekter att ha i åtanke vid en eventuell organisationsförändring. Socialförvaltningen har tagit del av utredningen och löpande haft avstämningar med Sweco under arbetets gång.

I utredningen framgår att socialpsykiatrins särskilda boenden har etablerat en fungerande hälso- och sjukvårdsorganisation i de enskilda verksamheterna, men att faktorer som möjligheter till likställighet i staden, sjuksköterskornas arbetsmiljö och kompetensutveckling innebär utmaningar. I utredningen framkommer att en centraliserad hälso- och sjukvård för socialpsykiatrins bostäder med särskild service i större utsträckning skulle möjliggöra för en bättre arbetsmiljö för sjuksköterskorna och en ökad likställighet.

I utredningen framkommer även de fördelar som en centralisering av hälso- och sjukvårdsansvaret skulle innebära för målgruppen. Exempelvis skulle likställigheten i hälso- och sjukvårdsinsatser öka över staden. Personer med psykisk funktionsnedsättning har en förkortad livslängd, som i stor utsträckning beror på somatiska sjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes. Dels drabbas gruppen i högre utsträckning av dessa sjukdomar, dels får de som drabbas inte alltid fullgod vård. Ytterligare en sjukdomsorsak är biverkningar av antipsykotiska läkemedel. Andra orsaker är rökning, ohälsosamma matvanor och för lite motion. Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör därför erbjuda insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor.⁸ En centraliserad organisation skulle ge staden möjlighet att erbjuda detta på ett samordnat och likställt sätt.

Socialpsykiatrins målgrupp, och specifikt personer som bor i bostad med särskild service, är en grupp som har mycket begränsad förmåga att etablera och upprätthålla kontakter med hälso- och sjukvården. I det fall hälso- och sjukvården på bostäder med särskild service blir centraliserad, exempelvis inom ramen för LSS-hälsan, skulle det innebära att målgruppen får en ökad tillgång till

⁸ Socialstyrelsen (2019), *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning*. Art.nr. 2018-9-6, s. 7

funktioner som arbets- och fysioterapeut och således sannolikt får en förbättrad hälsa och mer likställd och patientsäker vård. En centralisering av hälso- och sjukvården skulle också innebära ett samlat grepp om målgruppens behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Det innebär också en möjlighet, som framgår i Swecos utredning, att gemensamt kunna synliggöra och påverka frågor som rör målgruppen.

Samverkan med andra aktörer

I Swecos utredning framkommer att de sjuksköterskor som idag tjänstgör inom socialpsykiatrins särskilda boenden i många fall har etablerat en välfungerande samverkan med andra vårdgivare, ex. den psykiatriska vården och vårdcentraler. I intervjuerna som gjorts inom ramen för utredningen framkommer att det finns en viss oro att den personbundna samverkan, som fungerar bra idag, ska påverkas negativt av en centralisering av hälso- och sjukvården.

Det framkommer också att personkännedom om de boende och personalkontinuiteten potentiellt kan försämrats om en organisationsförändring i form av centralisering av hälso- och sjukvårdsansvaret genomförs.

Socialförvaltningens bedömning är att detta resonemang behöver beaktas. Förvaltningen ser trots detta att de positiva följderna av en centralisering av hälso- och sjukvårdsansvaret är övervägande. Samverkansfrågor är förenade med utmaningar oavsett hur organisationen ser ut. Det är också möjligt att dessa utmaningar blir mindre i det fall man har en centraliserad organisation som erbjuder kollegialt stöd till verksamheterna, teamarbete och stadsövergripande strukturer och rutiner.

LSS-hälsan

Socialförvaltningen bedömer det som möjligt att integrera socialpsykiatrins målgrupp och det centraliserade hälso- och sjukvårdsansvaret inom ramen för LSS-hälsan. En centralisering av hälso- och sjukvårdsansvaret på socialpsykiatrins bostäder med särskild service innebär emellertid en påverkan på LSS-hälsans organisation.

I Swecos utredning framkommer i intervjuer med LSS-hälsan att det kommer medföra behov av utökad central bemanning om hälso- och sjukvården på socialpsykiatrins särskilda boenden centraliseras. Det finns också ett behov av en viss grundläggande kunskap om psykiska funktionsnedsättningar och bemötande hos samtliga medarbetare. Vidare krävs det kunskap om vad olika professioner kan bidra med i arbetet med personer som har psykiska funktionsnedsättningar. Socialförvaltningen ser utifrån detta att det

finns behov av kompetenshöjning och tillkommande utbildningsinsatser. Det är av stor vikt att organisationen tillgodoser medarbetarnas behov av kompetensutveckling för att på bästa sätt möta individens enskilda behov.

I Socialstyrelsens meddelandeblad 9/2020, *Kommunal hälso- och sjukvård*, framgår att ansvaret för habilitering och rehabilitering följer med hälso- och sjukvårdsansvaret och är en integrerad del av all hälso- och sjukvård. Det innebär att kommunen i samband med hälso- och sjukvård i de verksamheter som omfattas av kommunens ansvar ska erbjuda habilitering och rehabilitering för personer med funktionsnedsättning.⁹

Så som organisationen ser ut i dagsläget framgår skillnader mellan målgrupperna inom funktionshinderområdet. Personer som idag har insatsen bostad med särskild service eller daglig verksamhet enligt LSS har tillgång till hela LSS-hälsans kompetens i form av hälso- och sjukvård, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Målgruppen inom socialpsykiatri har i nuläget inte samma möjligheter att erbjudas dessa typer av hälso- och sjukvårdsinsatser på ett samordnat och likvärdigt sätt i staden. En centraliserad hälso- och sjukvård för personer med psykiska funktionsnedsättningar i socialpsykiatriens särskilda boenden möjliggör för även denna målgrupp att på ett samordnat och tillgängligt sätt ges möjlighet att utnyttja ytterligare kompetenser än den som sjuksköterskorna besitter.

God och nära vård – en primärvårdsreform

Riksdagen har beslutat att anta regeringens förslag till ändringar i bl.a. hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (HSL) gällande en stärkt primärvård. Lagändringarna, som trädde i kraft 1 juli 2021, innebär att definitionen av primärvård ändras på så sätt att primärvården svarar för behovet av åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Vidare innebär de att det införs en ny bestämmelse om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag.

Hälso- och sjukvården avses ställas om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. En utveckling

⁹ Socialstyrelsens meddelandeblad nr 9/2020, *Kommunal hälso- och sjukvård*.

mot en mer nära vård med fokus på primärvården syftar vidare till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt.¹⁰

Äldreformen som ägde rum 1992 innebar att kommunerna övertog viss typ av vård från regionerna. Både regionerna och kommunerna är därmed huvudmän för hälso- och sjukvård. Med kommunal hälso- och sjukvård avses sjukvård som genom kommunens åtagande och ansvar ges i patientens bostad eller där patienten vistas.¹¹

Enligt såväl socialtjänstlagen (SoL, 2001:453) som HSL har kommunerna och regionerna skyldighet att samverka både på övergripande nivå och på patientnivå. Samordning och samverkan mellan huvudmännen, och mellan olika enheter hos huvudmännen utgör, befintliga författningskrav till trots, fortsatt stora utmaningar i hälso- och sjukvården, och omsorgen. Detta tenderar att drabba de mest utsatta/de med mest komplexa vårdbehov som samtidigt har sämst förutsättningar att samordna sin egen vård och föra sin egen talan i vården. Till exempel kan bristande samordning mellan vården och omsorgen resultera i att personer får för många olika läkemedel – många som är direkt olämpliga att kombinera – eller upplever sig otrygga och får en ökad risk för fallskador. Dessutom kan det medföra att det förebyggande och rehabiliterande arbetet brister.¹²

I utredningen *Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård* föreslås ett tydliggörande avseende ett personcentrerat arbetssätt och en tydligare inkludering av den kommunala verksamheten. Patientens delaktighet betonas och det tydliggörs att primärvården är navet i vården och omsorgen. Primärvården ska även samspela med övriga insatser från specialistvård på och utanför sjukhus samt med övrig kommunal hälso- och sjukvård och omsorg.¹³

I utredningen synliggörs också primärvårdens uppdrag att samordna och koordinera patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård. Detta innebär att det är primärvårdens ansvar att göra den helhetsbedömning som krävs för att patienten ska få adekvata hälso- och sjukvårdsinsatser och samordna dessa.

¹⁰ Ibid.

¹¹ SOU 2018:39 *Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård*, s. 268

¹² God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39), s. 269

¹³ Ibid, s. 17.

Utredningen menar att en nyckel till framtidens hälso- och sjukvård är förebyggande insatser. Utredningens förslag är att det av primärvårdens grunduppdrag ska framgå att primärvården ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov. I primärvården ska också tillhandahållas rehabiliterande åtgärder.¹⁴

Delbetänkande God och nära vård – rätt stöd till psykisk hälsa

I januari 2021 överlämnades delbetänkandet *God och nära vård – rätt stöd till psykisk hälsa* med förslag på att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa.

I utredningen framkommer att en del av den hälso- och sjukvård som regionen bedriver med stöd av HSL, samt all hälso- och sjukvård som kommunen bedriver med stöd av samma lag, faller inom ramen för definitionen av primärvård. Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Primärvården ska svara för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

Primärvården kännetecknas således av sin generalistkompetens och sitt breda uppdrag.¹⁵

Sammanfattningsvis påverkas de förändringar som utredningarna föreslår för primärvården även den vård som drivs av kommunen som huvudman, det vill säga den hälso- och sjukvård som bland annat drivs på socialpsykiatrins särskilda boenden. Tilläggas bör att majoriteten av de personer som bor i dessa bostäder förvisso har sin psykiatriska kontakt inom specialistpsykiatri, men som tidigare nämnts har många av dessa personer en somatisk samsjuklighet. I dessa fall får primärvården en central roll, som med sitt samordnande ansvar som förtydligats i och med primärvårdsreformen.

Vid ett beslut om att centralisera hälso- och sjukvården i socialpsykiatrins särskilda boenden behöver det tas i beaktande att den vård som bedrivs av kommunen i dessa boenden är att betrakta och definiera som primärvård, och att det i den definitionen ligger ett samordnande ansvar enligt de statliga offentliga utredningar som gjorts.

¹⁴ Ibid, s. 19

¹⁵ God och nära vård - rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6), s.99-100

Swecos kostnadsanalys

I underlaget till Swecos kostnadsanalys framförs att analysen är översiktligt. Sweco rekommenderar att en fördjupad kostnadsanalys görs inför ett slutligt beslut om organisationen av hälso- och sjukvårdsansvaret för boende inom socialpsykiatri.

Socialförvaltningen gör samma bedömning som Sweco angående behovet av en fördjupad kostnadsanalys.

I kostnadsanalysen framkommer att det med stor sannolikhet blir mer kostnadseffektivt att centralisera hälso- och sjukvården för bostäder med särskild service inom socialpsykiatri. Det finns kostnadsbesparande samordningseffekter och möjlighet att effektivisera arbetssätt.

Socialförvaltningen vill, i likhet med Swecos resonemang, framföra att behoven mellan målgrupperna inom socialpsykiatri respektive personer med LSS-tillhörighet kan skilja sig åt. Psykiska funktionsnedsättningar, och särskilt de funktionsnedsättningar som är till följd av psykossjukdomar, är ofta oförutsägbara och har en symptombild som går i skov. Det innebär att behovet av hälso- och sjukvård för dessa personer snabbt kan förändras och försämrans. Behoven kan också snabbt minska i det fall en person i boendet försämrans så pass mycket att heldygnsvård blir aktuellt. I dessa fall blir sjuksköterskans uppgift att samverka med heldygnsvården inför utskrivning, snarare än att utföra medicinska hälso- och sjukvårdsinsatser på boendet.

Vidare bedömer socialförvaltningen att en översyn av ersättningssystemet för socialpsykiatriens särskilda boenden bör göras inför en eventuell centralisering. I dagsläget ingår hälso- och sjukvårdsinsatser i ersättningen till utföraren. Om beslut om centralisering fattas behöver ersättningssystemet korrigeras. Även förfrågningsunderlag och uppdragsbeskrivningar för denna insats behöver revideras.

Socialförvaltningens bedömning

Sammanfattningsvis bedömer socialförvaltningen att en centralisering av hälso- och sjukvårdsansvaret skulle innebära en positiv utveckling för såväl målgruppen och verksamheterna. Staden skulle kunna erbjuda en likställd hälso- och sjukvård och rehabiliteringsinsatser till de boende som de i nuvarande organisation inte erbjuds i lika stor utsträckning. Det skulle också innebära ett sammantaget förhållningssätt utifrån målgruppens hälsa och skapa förutsättningar för att förbättra hälsa och livskvalitet. En organisationsförändring av denna typ är också ett sätt att ytterligare belysa denna målgrupp som ofta hamnar i skymundan.

En centraliserad organisation skulle även innebära en bättre arbetsmiljö för sjuksköterskorna som ges möjlighet till kompetensutveckling och teambaserade arbetssätt.

Socialförvaltningen ser ett behov av en översyn av ersättningssystemet för socialpsykiatrins särskilda boenden. Vid ett beslut om centralisering behöver ersättningssystemet korrigeras. Socialförvaltningen ser vidare ett behov av att fortsätta utreda och klargöra huruvida anledningarna till de höga kostnaderna för hälso- och sjukvårdsinsatser inom socialpsykiatrins särskilda boenden härstammar från organisationsformer eller faktiska behov hos målgruppen. Vid ett beslut om centralisering behöver även förfrågningsunderlag och uppdragsbeskrivningar för denna insats revideras.

Utifrån Swecos kostnadsanalys skulle en centralisering även kunna innebära kostnadseffektiva arbetssätt där kostnader för hälso- och sjukvård per individ sannolikt kommer minska och hälso- och sjukvårdsinsatser kan ges mer effektivt.

Socialförvaltningen vill framföra att det som framkommit i Swecos utredning som avser farhågor och eventuella nackdelar med att centralisera hälso- och sjukvårdsansvaret behöver tas i beaktande inför ett beslut om centralisering. En organisationsförändring som innebär att sjuksköterskorna från stadens bostäder med särskild service inom socialpsykiatri ingår i LSS-hälsan ställer krav på att fortsatt arbeta för kontinuitet och trygghet hos de boende. LSS-hälsan är idag organiserad i olika team som ansvarar för olika boenden, vilket i sig möjliggör för kontinuitet och personlig kännedom om de personer som bor i boendena. Socialförvaltningen ser inga hinder att göra på liknande sätt för de socialpsykiatriska boendena för att bibehålla den värdefulla personkännedom som sjuksköterskorna innehar. Socialförvaltningen ser däremot ett behov av att, inför en centralisering, se över personalfrågor som rör de sjukskötersketjänster som finns på boendena i dagsläget.

Socialförvaltningen vill lyfta det faktum att målgruppen på bostad med särskild service inom socialpsykiatri skiljer sig från målgruppen inom bostad med särskild service och daglig verksamhet inom LSS. Det är även en äldre målgrupp, med de fysiska och psykiska åkommor som följer med ett åldrande. Det är inte ovanligt att den psykiska hälsan försämras vid högre ålder. Vid en organisationsförändring behöver staden ta i beaktande att, även om vissa arbetssätt och rutiner kan fungera övergripande, behöver det ändå finnas utrymme och möjlighet till individuellt anpassade insatser och vård för målgruppen.

Vid en eventuell centralisering av hälso- och sjukvård på socialpsykiatrins särskilda boenden är det därför viktigt att fortsatt kunna erbjuda individuellt anpassad vård och beakta de faktorer som påverkar äldre med psykiska funktionsnedsättningar i form av samsjuklighet i somatiska sjukdomar, försämringar och sjukdomar där symtombilden går i skov samt behov av samverkan med andra aktörer. Eftersom kvarboendepincipen råder på dessa boenden är det vanligt förekommande att äldre personer bor kvar på boendet. I vissa fall är detta gynnsamt för de äldre, eftersom det innebär att de inte behöver flytta från ett boende de bott i under flera år och betraktat som sitt hem. Det kan däremot bli aktuellt med flytt till ett vård- och omsorgsboende i de fall de somatiska sjukdomarna och behoven blir för omfattande för personalen i bostad med särskild service att tillgodose.

Med anledning av den primärvårdsreform som utretts och beslutats inom ramen för staten offentliga utredningar *God och nära vård* med tillhörande delbetänkanden, där hälso- och sjukvård med kommunen som huvudman ingår, är denna typ av hälso- och sjukvård att betrakta som primärvård, dvs. första linjens sjukvård. Socialförvaltningen ser att ett centraliserat ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på stadens bostäder med särskild service inom socialpsykiatri på ett bättre sätt kan möta de krav som ställs på primärvården samt kan möta kraven på kvalitet i densamma. I utredningen avses primärvården vara navet i vården, och målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. Socialförvaltningen bedömer att en centralisering av stadens hälso- och sjukvård ger bättre förutsättningar för att uppnå dessa mål.

I Socialstyrelsens meddelandeblad 9/2020, *Kommunal hälso- och sjukvård* framgår att ansvaret för habilitering och rehabilitering följer med det hälso- och sjukvårdsansvar som kommunen är huvudman för och ska ses som en integrerad del av all hälso- och sjukvård. Det innebär att kommunen i samband med hälso- och sjukvård i de verksamheter som omfattas av kommunens ansvar ska erbjuda habilitering och rehabilitering för personer med funktionsnedsättning. Med anledning av det som framkommit i Swecos utredning ser socialförvaltningen att detta är ett förbättringsområde för socialpsykiatrins särskilda boenden.

Ansvar för rehabilitering är något som i större utsträckning skulle kunna uppfyllas vid en centraliserad hälso- och sjukvårdsorganisation, där de personer som bor i dessa boenden får

en bättre och mer likställd tillgång till fler funktioner och kompetenser som kan öka livskvaliteten och stötta i rehabiliterings- och återhämtningsprocessen.

Bilaga

Swecos kostnadsutredning avseende hälso- och sjukvårdsansvaret inom socialpsykiatri