

Äldrenämnden
Östermalms stadsdelsnämnd
Skärholmens stadsdelsnämnd

ÄLDRE MED SAMMANSATTA VÅRDBEHOV I GRÄNSSNITTET MELLAN LANDSTING OCH KOMMUN

Revisorsgrupp 1 har den 24 februari 2011 behandlat bifogad revisionsrapport, nr 2/2011.

Tidigare granskningar som Stadsrevisionen i Stockholms stad har genomfört tillsammans med Landstingsrevisorerna har pekat på behovet av samverkan i vårdnätverket för den äldre. Denna granskning visar att flera av tidigare gjorda iakttagelser kvarstår, vilket revisorerna anser vara mycket anmärkningsvärt. Revisorerna vill därför understryka vikten av att åtgärder vidtas för att förbättra samverkan avseende äldre med sammansatta vårdbehov.

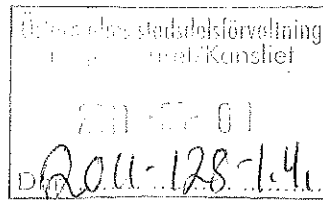
Revisorerna hänvisar till rapporten och överlämnar den till äldrenämnden, Skärholmens stadsdelsnämnd och Östermalms stadsdelsnämnd för yttrande. Yttrandet ska ha inkommit till revisorsgruppen senast 2011-04-28. Kommunstyrelsen och de stadsdelsnämnder som inte ingått i granskningen får rapporten för kännedom.

På revisorernas vägnar

Bengt Akalla
Ordförande

Hans Ravelius
Vice ordförande

Stefan Rydberg
Sekreterare



SID 2 (2)
2011-02-09

Kopia:

Kommunstyrelsen

Stadsdirektören

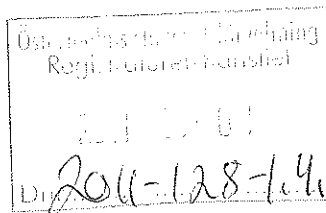
Stadsdelsdirektörerna för stadsdelsförvaltningarna Östermalm och Skärholmen

Nämnder och förvaltningschefer: Stadsdelsnämnderna Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta,

Hässelby-Vällingby, Bromma, Kungsholmen, Norrmalm, Södermalm, Hägersten-

Liljeholmen, Älvsjö, Enskede-Årsta-Vantör, Skarpnäck och Farsta





Rapportsammandrag

SKÖRA LÄNKAR I VÄRDKEDJAN

ÄLDRE MED SAMMANSATTA VÅRDBEHOV I GRÄNSSNITTET MELLAN LANDSTING OCH KOMMUN

BAKGRUND OCH SYFTE

Revisionen i Stockholms stad, Täby kommun och Stockholms läns landsting har granskat hur vården av äldre med sammansatta vårdbehov fungerar i gränssnitten mellan kommunernas och landstingets ansvarsområde. Med ett stort antal olika uppdrag och utförare blir gränssnitten många och därmed risken för gråzoner stor. Syftet med granskningen är att besvara den övergripande revisionsfrågan avseende hur vården och omsorgen av äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare fungerar. Granskningen har genomförts med hjälp av konsult.

IAKTTAGELSER OCH SLUTSATSER

Huvudmännens skyldighet att samverka läggs fast i såväl lagstiftning som föreskrifter. I Stockholms län har det utifrån dessa i viss utsträckning tecknats samverkansavtal mellan landstinget och kommunerna på olika nivåer. Revisionen konstaterar att med vårdval inom flera gränssnittsområden fungerar inte längre de gamla *strukturen för samverkan*.

Samverkan i vård och omsorg om äldre med sammansatta vårdbehov bedöms vara ett riskområde. Samtidigt saknas fungerande rutiner för *systematisk avvikelserapportering* och uppföljning av området.

Vid in- och utskrivning från slutenvården är *WebCare* det IT-system som används för informationsöverföring mellan vård-/omsorgsutförare i värdkedjan. Granskningen visar att systemet måste bli en mer pålitlig kommunikationskanal.

När sjukhuset bedömer att det kommer att krävas omvårdnads- och omsorgsinsatser efter sjukhusvistelsen ska sjukhuset kalla till en *samordnad vårdplanering*. Det grundläggande problemet i vårdplaneringen idag är att den vanligtvis sker mellan två parter, sjukhuset och kommunens biståndsbedömare. Husläkarmottagningen deltar sällan. Inte heller någon från särskilt boende (SÄBO) brukar delta när placering ska göras där. Risken är därmed att den medicinska aspekten inte blir tillräckligt belyst vid vårdplaneringen.

Individuell vårdplanering i hemmet är påbjuden i lag sedan årsskiftet 2009/2010. Ännu lyser dock dessa vårdplaneringar i huvudsak med sin frånvaro. Med ett stort antal utförare kan individuell vårdplanering i hemmet vara en metod att hantera samverkan.

Det är vanligt att distriktssköterskor i hemsjukvården ger hemtjänstpersonal *delegation att utföra vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter* för att vården ska fungera så smidigt som möjligt.

Granskningen visar att de pragmatiska lösningar som utformats svarar dåligt mot de föreskrifter som gäller.

Rehabilitering är ett av de områden där gränstvisterna är mest uppenbara. Problemen grundar sig på att kommunen inte anser att de har ansvar för rehabilitering men däremot viss form av vardagsträning. Revisionen konstaterar att samtidigt som det finns en oenighet om vem som har ansvaret, finns det en stor samsyn kring att målgruppen behöver dessa insatser.

Konsulten konstaterar i sin rapport att avgörande för att den som bor i **SÄBO** varken ska riskera att i onödan behöva sändas till sjukhus eller att få en otillräcklig vård på boendet är att det finns rätt tillgång till läkare och dygnetruntbemanning av sjuksköterska samt att det finns utbildade undersköterskor och vårdbiträden. Ett grundläggande problem är, enligt konsult-rapporten, att det saknas mål som landstinget och kommunerna är ense om.

Om vården av den äldre så långt möjligt ska ske i hemmet/SÄBO och inläggningar i akutsjukvården ska undvikas ställs stora krav på samverkan/-gränsöverskridande arbetssätt. Men ska samverkan lyckas krävs det att uppdragen från respektive beställare, liksom ersättningar och **incitamentsstrukturer**, är utformade så att de stödjer detta.

Beställningar till utförare inom såväl primärvård som äldreomsorg har en tendens att göras varje del för sig, skriver konsulten i sin rapport. Antalet utförare och gränssnitt blir då allt fler, vilket ökar risken för gråzoner. Revisionen anser att det är viktigt att finna **helhetslösningar för den äldre**, som innebär ansvar över hela dygnet och att olika behov tillgodoses och samordnas.

Utifrån denna granskning riktar revisionen i Stockholms stad nedanstående rekommendationer till Äldrenämnden samt stadsdelsnämnderna Skärholmen och Östermalm. Landstingsrevisionen

och kommunrevisionen i Täby riktar samma rekommendationer till respektive huvudman.

Huvudmännen måste gemensamt:

- ta fram tydliga samverkansöverenskommelser samt skapa en samverkansstruktur anpassad till nya organisationsmodeller
- säkerställa att det finns en fungerande systematisk avvikelserapportering som ger underlag till att identifiera och åtgärda samverkansproblem
- enas om avtals- och regeltolkningar bl.a. när det gäller uppdragen för SÄBO, korttidshem och rehabilitering
- skapa incitament som främjar samverkan över gränssnitten mellan vårdgivarna
- säkerställa att lagstadgad individuell vårdplanering i hemmet genomförs
- utveckla formerna för informationsutbytet mellan vårdgivarna så att dessa blir säkrare och effektivare.
- säkerställa att utförarna följer aktuella lagar och föreskrifter för delegering av hälso- och sjukvård och särskilt följer upp att dessa efterlevs.

Stockholms stad behöver också tydliggöra gentemot utförarna vad det särskilda boendet/-vård- och omsorgsboendet ska klara när det gäller hälso- och sjukvård.

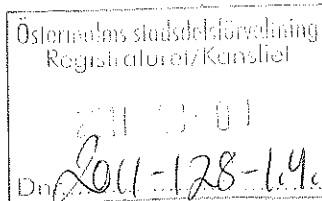
GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Granskningen har ett styr- och brukarperspektiv och är koncentrerad till gränssnittet mellan landstinget och kommunen. Granskningens målgrupp är äldre personer med sammansatta vårdbehov. En del av granskningen är generell för länet medan andra delar rör hur det ser ut i Täby kommun och två stadsdelar i Stockholms stad, Östermalm och Skärholmen.

FRÅGOR OM RAPPORTEN BESVARAS AV

- Förtroendevald revisor Bo Dahlström
08-690 43 68, 070-890 43 68
- Förtroendevald revisor Siv Rodin
08-39 35 36, 070-720 00 54
- Stadsrevisor Staffan Moberg
08-508 29 414

Rapporten finns på www.stockholm.se/revision



Nr 2

Februari 2011

DNR 420-140/2010

Sköra länkar i vårdkedjan

Äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan landsting och kommun

- Av de problem som granskningen visar vill revisionen särskilt lyfta:
 - samsverkanstrukturen behöver anpassas till nya organisationsmodeller
 - incitament som stödjer gränsöverskridande arbetssätt behöver utvecklas
 - samordnad vårdplanering är knappast samordnad
 - individuell vårdplanering i hemmet är sällsynt
 - stor variation i delegeringsförfarandet vad gäller hälso- och sjukvårdsuppgifter svarar dåligt mot socialstyrelsens föreskrifter
 - definitionstvister kring rehabilitering leder till ett vakuum
 - de särskilda boendenas roll är oklar
 - fungerande rutiner för avvikelshantering måste skapas
 - WebCare – måste utvecklas till en pålitlig kommunikationskanal.
- Huvudmännens ouppklarade avtals- och regeltolkningar leder till gränstvister mellan vårdens utförare. Vårdpersonalen och de mest sjuka äldre får ta konsekvenserna.





Äldrenämnden
Östermalms stadsdelsnämnd
Skärholmens stadsdelsnämnd

ÄLDRE MED SAMMANSATTA VÅRDBEHOV I GRÄNSSNITTET MELLAN LANDSTING OCH KOMMUN

Revisorsgrupp 1 har den 24 februari 2011 behandlat bifogad revisionsrapport, nr 2/2011.

Tidigare granskningar som Stadsrevisionen i Stockholms stad har genomfört tillsammans med Landstingsrevisorerna har pekat på behovet av samverkan i vårdnätverket för den äldre. Denna granskning visar att flera av tidigare gjorda iakttagelser kvarstår, vilket revisorerna anser vara mycket anmärkningsvärt. Revisorerna vill därför understryka vikten av att åtgärder vidtas för att förbättra samverkan avseende äldre med sammansatta vårdbehov.

Revisorerna hänvisar till rapporten och överlämnar den till äldrenämnden, Skärholmens stadsdelsnämnd och Östermalms stadsdelsnämnd för yttrande. Yttrandet ska ha inkommit till revisorsgruppen senast 2011-04-28. Kommunstyrelsen och de stadsdelsnämnder som inte ingått i granskningen får rapporten för kännedom.

På revisorernas vägnar

Bengt Akalla
Ordförande

Hans Ravelius
Vice ordförande

Stefan Rydberg
Sekreterare



Kopia:

Kommunstyrelsen

Stadsdirektören

Stadsdelsdirektörerna för stadsdelsförvaltningarna Östermalm och Skärholmen

Nämnder och förvaltningschefer: Stadsdelsnämnderna Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta, Hässelby-Vällingby, Bromma, Kungsholmen, Norrmalm, Södermalm, Hägersten-Liljeholmen, Älvsjö, Enskede-Årsta-Vantör, Skarpnäck och Farsta



INNEHÅLL

1. UTGÅNGSPUNKTER FÖR GRANSKNINGEN	1
1.1 Motiv till granskningen	1
1.2 Revisionsfråga	1
1.3 Avgränsning	1
1.4 Revisionskriterier	2
1.5 Metod	2
2. GEMENSAMMA KOMMENTARER OCH SLUTSATSER	2
3. STOCKHOLMS STADS REVISIONSKONTORS SLUTSATSER	6

Bilaga: Äldrecentrums rapport



1. Utgångspunkter för granskningen

Revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad och Täby kommun har granskat hur vården av äldre med sammansatta vårdbehov fungerar i gränssnitten mellan kommunernas och landstingets ansvarsområde. Äldre med sammansatta vårdbehov får insatser från en mängd utförare från såväl landsting som kommun. Med ett stort antal olika uppdrag och utförare blir gränssnitten många och därmed risken för glapp och gråzoner stor. Granskningen har inriktats på de ställen i vård- och omsorgsnätverket där problemen uppfattas vara störst.

1.1 Motiv till granskningen

Revisionen i Stockholms läns landsting har tillsammans med revisionen i några av länets kommuner tidigare pekat på brister i vård och omsorg för äldre med sammansatta vårdbehov.¹ Problemen handlar ofta dels om informationsöverföring och vårdplanering vid övergång från en vårdgivare till en annan, dels om gränstvister avseende ansvaret. Gränstvisterna kan ofta härledas till resursfrågan.

Hösten 2010 publicerade landstingsrevisorerna en granskning om problemen i gränssnitten mellan verksamheter för äldre med sammansatta vårdbehov inom landstingets ansvarsområde.² I den nu aktuella granskningen är fokus flyttat till gränssnitten i vård och omsorg mellan *landsting och kommun* för denna målgrupp.

1.2 Revisionsfråga

Den övergripande revisionsfrågan för granskningen är:

Hur fungerar vården och omsorgen av äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare?

Den övergripande revisionsfrågan bryts ner i följande delfrågor:

- I vilka gränssnitt finns det problem?
- Vilka konsekvenser kan problemen leda till?
- Vad beror problemen på?
- Vad görs/kan göras för att minska problemen?

1.3 Avgränsning

Granskningen har ett styr- och brukarperspektiv och är koncentrerad till gränssnittet mellan landstinget och kommunen. Granskningens målgrupp är äldre personer med sammansatta vårdbehov. En del av granskningen är generell för länet medan andra delar

¹ Rapporterna: 9/1999 Tänk om någon såg helheten, Landstingsrevisorerna/ Stockholms stads revision, 5/2003 Samverkan inom vård och omsorg för äldre i Täby, Landstingsrevisorerna/revisionen i Täby, 19/2005 Styckevis och delat, Landstingsrevisorerna/revisionen i Stockholms stad, Huddinge och Norrtälje

² Rapporten: 5/2010 Problem i vårdens gränssnitt - för äldre med sammansatta vårdbehov, Landstingsrevisorerna

rör hur det ser ut i Täby kommun och två stadsdelar i Stockholms stad, Östermalm och Skärholmen.

1.4 Revisionskriterier

Landstingens och kommunernas skyldigheter inom vård och omsorg inklusive samverkan läggs huvudsakligen fast i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Lagtexten har därefter bl.a. specificerats i föreskrifter och riktlinjer från Socialstyrelsen. På regional nivå har övergripande samverkansavtal tecknats mellan Stockholms läns landsting och länets kommuner. Därutöver finns överenskommelser inom äldreområdet med vissa kommuner. Utifrån dessa lagar, föreskrifter, överenskommelser och avtal har granskningen genomförts.

1.5 Metod

Granskningen har genomförts med fokus på hur det fungerar i gränssnitten mellan landstinget och kommunerna. För granskningen har stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (ÄC) anlåtats. För en mer detaljerad redovisning av hur granskningen genomförts hänvisas till konsultbilagan.

Granskningen redovisas i tre delar.

- I den första delen redovisas revisionens gemensamma kommentarer och slutsatser.
- I den andra delen, d.v.s. avsnitt 3, redovisar revisionen i Stockholms stad, Täby kommun respektive landstinget var för sig de särskilda frågor de vill lyfta inklusive rekommendationer. Denna del ser således olika ut för de tre organisationerna.
- Den tredje delen består av ÄC:s rapport som är rubricerad som bilaga.

Granskningen har genomförts i dialog mellan konsulten och en styrgrupp med följande deltagare: Anders Olsson och Britt-Marie Erlandsson, Stockholms läns landsting, Maria Lindgren Persson, Stockholms stad och Bo Ädel, KPMG, revisionsbiträde i Täby kommun.

2. Gemensamma kommentarer och slutsatser

Revisionen vill utifrån iakttagelserna i denna granskning av hur vården och omsorgen för äldre med sammansatta vårdbehov fungerar i gränssnitten mellan vårdgivare lyfta fram nedanstående iakttagelser.

Behov av ny samverkansstruktur och kontaktpersoner

Huvudmännens skyldighet att samverka läggs fast i såväl lagstiftning som föreskrifter. I Stockholms län har det utifrån dessa i viss utsträckning tecknats samverkansavtal mellan landstinget och kommunerna på olika nivåer. Granskningen lyfter fram vikten av att dessa är tydliga för att ge en bra grund för en bra vård och omsorg och att de stödjer att det blir kontinuerliga gemensamma möten mellan såväl beställare som utförare. Revisionen konstaterar att med vårdval inom flera gränssnittsområden fungerar inte längre de gamla strukturerna för samverkan. Det behöver dessutom förtydligas vem som företräder såväl landstings- som kommunsidan i

samverkan. Ett problem som lyfts upp i en tidigare revisionsrapport³ och som enligt granskningen kvarstår.

Rutiner för avvikelshantering saknas

Många rapporter, exempelvis från ÄC, Handelshögskolan och revisionen, har konstaterat att samverkan i vård och omsorg om äldre med sammansatta vårdbehov är ett riskområde. Samtidigt saknas fungerande rutiner för systematisk avvikelserapportering och uppföljning av området. Detta trots att det bl.a. i samverkansavtalet mellan Stockholms stad och landstinget anges att sådana rutiner ska finnas. Revisionen efterlyser en strukturerad form för avvikelshantering, gemensamma genomgångar, åtgärder och uppföljning som kan identifiera samverkansproblem och i förlängningen öka patientsäkerheten och tryggheten för den äldre.

WebCare – osäkert informationsutbyte

Ju fler utförare som är involverade desto viktigare är det med fungerande informationsutbyte. Vid in- och utskrivning från slutenvården är WebCare det IT-system som används för informationsöverföring mellan vård-/omsorgsutförare i vårdkedjan. Granskningen visar att systemet måste bli en mer pålitlig kommunikationskanal. Rutinerna kring användandet behöver säkras och kunskapen om handhavandet av systemet måste bli bättre. Därutöver bör även hemtjänst, särskilt boende⁴ (SÄBO) och primärvårdsrehabilitering ha tillgång till systemet, vilket de inte har idag. Om all information inte sänds, blir läst eller kommunicerad till dem det berör så är risken att nästa länk i vårdkedjan gör fel insatser eller inga alls, vilket kan få allvarliga konsekvenser för den äldre.

Samordnad vårdplanering knappast samordnad

När sjukhuset bedömer att det kommer att krävas omvårdnads- och omsorgsinsatser efter sjukhusvistelsen ska sjukhuset kalla till en samordnad vårdplanering. Det grundläggande problemet i vårdplaneringen idag är att den vanligtvis sker mellan två parter, sjukhuset och kommunens biståndsbedömare. Husläkarmottagningen som ska ta det medicinska ansvaret efter utskrivning till eget hem deltar sällan, utan får sin information via telefon och WebCare. Inte heller någon från SÄBO brukar delta när placering ska göras där, fast de kommer att ha det medicinska ansvaret för de som bor eller flyttar till SÄBO. Risken är därmed att den medicinska aspekten inte blir tillräckligt belyst vid vårdplaneringen. Eftersom inte heller kontaktpersoner från hemtjänsten eller primärvårdsrehabiliteringen deltar, kan man knappast tala om samordnad vårdplanering, menar ÄC. Denna brist skulle delvis kunna kompenseras om denna första vårdplanering följdes upp med en individuell vårdplanering i hemmet någon tid efter sjukhusvistelsen.

³ Rapporten: 5/2009 Landstingets samverkan med kommunerna inom vård och omsorg, Landstingsrevisorerna

⁴ I Stockholms stad benämnt vård och omsorgsboende



Individuell vårdplanering i hemmet sällsynt

Individuell vårdplanering i hemmet är påbjuden i lag sedan årsskiftet 2009/2010 och finns med i avtalen med utförare från både Stockholms stad och landstinget. Det är tänkt att vara ett viktigt verktyg för att få en trygg vård och omsorg för den äldre genom att samla berörda utförare i hemmet. Ännu lyser dock dessa vårdplaneringar i huvudsak med sin frånvaro.

Granskningen visar att det även saknas rutiner mellan hemtjänst och hemsjukvård kring när denna typ av vårdplanering ska ske, vem som ska kalla, hur den ska dokumenteras och hur den ska följas upp. Med ett stort antal utförare kan individuell vårdplanering i hemmet vara en metod att hantera samverkan. Revisionen anser mot bakgrund av ovanstående att individuell vårdplanering i hemmet är ett angeläget område att utveckla.

Stor variation i delegeringsförfarandet

Det är vanligt att distriktssköterskor i hemsjukvården ger hemtjänstpersonal delegation att utföra vissa hälso- och sjukvårdsuppgifter för att vården ska fungera så smidigt som möjligt. Granskningen visar att de pragmatiska lösningar som utformats svarar dåligt mot de föreskrifter som gäller. Föreskrifterna utgår från att delegation kan ske om det gagnar den äldre. Exempelvis kan husläkarmottagningarna, enligt granskningen, dela upp hemtjänstutförarna sinsemellan och svara för delegering till dessa utförare. Den äldre kan då ha en annan distriktssköterska än den som gett den äldres vårdbiträde delegering. Störst patientsäkerhetsrisk ligger dock sannolikt inte i delegeringsförfarandet utan i utebliven handledning eller bristande arbetsrutiner, skriver ÄC.

Ett annat problem som pekas på är en minskande vilja hos främst privata hemtjänstutförare att ta emot delegering, vilket får konsekvenser för den äldre som ofta har behov av samordnad vård. Ekonomisk ersättning och utformning av uppdrag torde ligga bakom denna utveckling.

Fokus i dialogen mellan huvudmännen kring delegering tycks varken vara på hur delegeringsrutinerna kan säkerställas eller hur vården ska fungera så bra som möjligt, utan på vem som ska betala. Revisionen anser att detta förhållande är anmärkningsvärt och borde lyftas till central samverkan mellan kommun och landsting.

Rehabilitering - vem ska göra vad?

Rehabilitering är ett av de områden där gränstvisterna är mest uppenbara. Tvisterna har en historia som går tillbaka till ÄDEL-reformen. Problemen grundar sig på att kommunen inte anser att de har ansvar för rehabilitering men däremot viss form av vardagsträning. Frågan är då var gränsen går mellan dessa två aktiviteter? Definitionstvisterna har lett till ett vakuum, som berör såväl ordinärt boende, korttidsboende som SÄBO. Revisionen konstaterar att samtidigt som det finns en oenighet om vem som har ansvaret, finns det en stor samsyn kring att målgruppen behöver



dessa insatser. Det är därför hög tid att landstinget och kommunerna kommer överens om hur detta ska lösas – vem som har ansvaret och vem som ska göra vad, i såväl korttidsboendet som hemmet. Ett möjligt alternativ skulle kunna vara att utveckla olika former av gemensamt finansierad rehabilitering.

SÄBO:s roll är oklar

ÄC konstaterar i sin rapport att avgörande för att den som bor i SÄBO varken ska riskera att i onödan behöva sändas till sjukhus eller att få en otillräcklig vård på boendet, är att det finns rätt tillgång till läkare och dygnetruntbemanning av sjuk-sköterska. Därutöver behöver det finnas utbildade undersköterskor och vårdbiträden för att det ska bli en god vård.

Ett grundläggande problem är, enligt konsultrapporten, att det saknas mål som landstinget och kommunerna är ense om. D.v.s. man är inte överens om vilken roll SÄBO ska ha i vård- och omsorgssystemet för de svårast sjuka äldre. Detta leder till oklarheter kring ansvarsgränser mellan kommunens, ASIH:s⁵ och sjukhusens hälso- och sjukvårdsansvar. Även kring korttidsboendes roll finns delade meningar. Revisionen menar att klarhet kring ansvarsgränserna är en grundläggande förutsättning för att samverkan och gränsöverskridande arbetssätt ska fungera.

Incitament som stödjer samverkan och gränsöverskridande arbetssätt saknas

Om huvudmännen är överens om att vården av den äldre så långt möjligt ska ske i hemmet/SÄBO och att inläggningar i akutsjukvården ska undvikas, ställs stora krav på samverkan/gränsöverskridande arbetssätt mellan sjukvårds- och hemtjänstutförarna. Men ska samverkan ha en möjlighet att lyckas krävs det att utförarna av vården, såväl på landstings- som kommunsidan, förses med förutsättningar för att arbeta i den riktningen. D.v.s. uppdragen från respektive beställare, liksom ersättningar och incitamentsstrukturer, måste vara utformade så att de stödjer detta. Revisionen menar att det vore önskvärt med gemensamma ”omsorgsrationella vårdprocesser” i stället för de ”företagsrationella stuprör” som har utvecklats och som lätt leder till suboptimering och Svarte-Petter spel. Här har huvudmännen en viktig roll att fylla.

Helhetslösningar minskar risker

Beställningar till utförare inom såväl primärvård som äldreomsorg har en tendens att göras varje del för sig, skriver ÄC i sin rapport. Antalet utförare och gränssnitt blir då allt fler, vilket ökar risken för gråzoner och ”fall mellan stolarna”. Risken för suboptimering i stället för en ”omsorgsrationell vårdprocess”, som nämns ovan, ökar. Idag kan uppdragen till och med vara delade mellan dagtids- och jourtidsutförare, med samordningsproblem och ibland informationsbrist som följd⁶. Revisionen anser

⁵ Avancerad sjukvård i hemmet

⁶ Utförarna kan ha olika journalsystem och har då inte tillgång till varandras information.



att det är viktigt att finna helhetslösningar för den äldre, som innebär ansvar över hela dygnet och att olika behov tillgodoses och samordnas. Detta skulle sannolikt underlätta samverkan och öka patientsäkerheten.

Revisionens övergripande slutsatser

Om samverkan och gränsöverskridande arbetssätt ska fungera i praktiken mellan de olika vårdutförarna, krävs det att huvudmännen gemensamt reder ut hur vårdprocesserna för de svårast sjuka äldre ska se ut. Roller och ansvarsgränser måste redas ut på högsta samverkansnivå. Därefter behöver beställningar – uppdragsbeskrivningar, ersättningar och incitamentsstrukturer - inom respektive organisation anpassas till den överenskomna vårdprocessen. Utan den grunden är sannolikheten för fortsatta ”gränsstrider” mellan utförarna överhängande. Det är vårdens utförare och de svårast sjuka äldre som får ta konsekvenserna av huvudmännens öppklarade avtals- och regeltolkningar.

3. Stockholms stads revisionskontors slutsatser

Gränssnitten mellan olika verksamheter, där ansvarsförhållandena är otydliga, utgör riskområden. I dag när det finns många utförare har antalet gränssytor ökat, vilket ställer krav på nya strukturer och former för samverkan.

Tidigare granskningar som Stadsrevisionen i Stockholms stad har genomfört tillsammans med Landstingsrevisorerna har pekat på behovet av samverkan i vårdnätverket för den äldre. Denna granskning bekräftar de tidigare gjorda iakttagelserna och leder i flera fall fram till tidigare lämnade rekommendationer.

Äldrenämnden har ett ansvar för att samordna och utveckla äldreomsorgen i Stockholm stad. Nämnden har också ansvar för att följa upp stadens samlade äldreomsorg. Revisionskontoret anser därför att nämnden har en viktig roll när det gäller att tillsammans med stadsdelsnämnderna utveckla och förbättra samverkan med landstinget avseende äldre med sammansatta vårdbehov.

Utifrån denna granskning riktar revisionen i Stockholms stad nedanstående rekommendationer till Äldrenämnden samt stadsdelsnämnderna Skärholmen och Östermalm. Landstingsrevisionen och kommunrevisionen i Täby riktar samma rekommendationer till respektive huvudman.

Huvudmännen behöver gemensamt:

- ta fram tydliga samverkansöverenskommelser samt skapa en samverkansstruktur anpassad till nya organisationsmodeller
- säkerställa att det finns en fungerande systematisk avvikelserapportering som ger underlag till att identifiera och åtgärda samverkansproblem
- enas om avtals- och regeltolkningar bl.a. när det gäller uppdragen för SÄBO, korttidshem och rehabilitering



- skapa incitament som främjar samverkan över gränssnitten mellan vårdgivarna
- säkerställa att lagstadgad individuell vårdplanering i hemmet genomförs
- utveckla formerna för informationsutbytet mellan vårdgivarna så att dessa blir säkrare och effektivare, och att fler aktörer, som t.ex. företrädare för SÄBO, hemtjänst och primärvårdsrehab, får tillgång till WebCare
- säkerställa att utförarna följer aktuella lagar och föreskrifter för delegering av hälso- och sjukvård och särskilt följer upp att dessa efterlevs.

Stockholms stad behöver också tydliggöra gentemot utförarna vad det särskilda boendet/vård- och omsorgsboendet ska klara när det gäller hälso- och sjukvård.



SKÖRA LÄNKAR I VÅRDKEDJAN

EN STUDIE OM GRÄNSYTOR I VÅRDEN OCH OMSORGEN OM DE MEST SJUKA ÄLDRE

INGER WEURLANDER
SVEN ERIK WANELL

Rapport från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum på uppdrag av
revisionskontoren i Stockholms stad och Stockholms läns landsting och
revisorerna i Täby kommun; 2011-02-11

äldrecentrum
FORSKNING & UTVECKLING 



SAMMANFATTANDE REFLEXIONER OCH SLUTSATSER	5
BAKGRUND	11
LAGAR, FÖRESKRIFTER OCH AVTAL	13
Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen	13
Sekretesslagen	13
Egenvård	14
Delegeringsförordningen	14
Lagen om betalningsansvar	15
Samverkansavtal	15
Avtal med utförarna	16
GENERELLA IAKTTAGELSER	17
Faktorer som försvårar samverkan	17
Strukturerna för samverkan i Stockholms län	17
GRÄNSYTOR	19
Mellan slutet och öppen vård	19
In till slutenvården	19
Direktintag geriatrisk klinik	20
Ut från slutenvården	21
Korttidsboendets möjligheter för rehabilitering	25
Primärvård och hemtjänst	27
Hemsjukvårdspatienten	27
Hemsjukvård dagtid och jourtid	27
Samarbetet hemtjänst - hemsjukvård	28
Individuell vårdplanering	29
Delegering	29
Rehabiliteringens roll	30
Gränsytan myndighetsutövning - utförande	31
Bostadsanpassning	31
Gränsytan basal - avancerad hemsjukvård	32
Samverkan psykiatri – primärvård - hemtjänst	32
Det särskilda boendet	33
Läkaren och sjuksköterskan	33
När den äldre kommer från slutenvården	34
När den äldre sänds till slutenvården	34
Bilaga 1, Östermalm	38
Beskrivning av stadsdelen	38
Avtal/samverkansmöten/samverkan	38
Ansvarsområden öppen – slutenvård	39
	3

Rehabilitering – ingen kommunal uppgift?	39
Hemtjänst och hemsjukvård	40
Äldre med psykisk funktionsnedsättning	40
Utvecklingsområden	41
Bilaga 2, Skärholmen	42
Beskrivning av stadsdelen	42
Avtal/samverkansmöten/samverkan	42
Ansvarsområden öppen – sluten vård	43
Rehabilitering – ingen kommunal uppgift?	43
Hemtjänst och hemsjukvård	44
Psykatri	44
Utvecklingsområden	45
Bilaga 3, Täby kommun	46
Beskrivning av kommunen	46
Struktur för samverkan	46
Samverkan vid inskrivning till sluten vård	47
Samverkan vid utskrivning från sluten vård	47
Särskilt boende	48
Samverkan – hemtjänst och hemsjukvård	49
Rehabilitering	50
Uppföljning av brister i samverkan	51
Jämförelse med revisionsrapport januari 2003	51
Utvecklingsområden	51
Bilaga 4, Samverkansproblem under 1990-talet och en jämförelse med idag	53
Gränssytor sluten - öppen vård	53
Särskilt boende	54
Primärvården	54
Vård vid livets slut	57
Psykiska funktionshinder	57
Anhörigstöd	57
Bilaga 5, Uppdragen till hemtjänst i Stockholms stad och hemsjukvård enligt landstingets regelbok	59
Bilaga 6 Intervjuguide, förteckning intervjuade, förkortningar	62
REFERENSER	65

SAMMANFATTANDE REFLEXIONER OCH SLUTSATSER

Äldre med stora och sammansatta behov ska ha en trygg och sammanhållen vård och omsorg, om det är alla överens. Ändå visar studie efter studie att det inte förhåller sig så. Olika försöksverksamheter har startats för att finna fungerande former. Oavsett om dessa försök varit lyckosamma eller ej har de vanligen avvecklats.

Revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad och i flera av länets kommuner har i flera tidigare granskningar pekat på brister i vård och omsorg för äldre med sammansatta vårdbehov. Revisionen i landstinget, Stockholms stad och Täby kommun har därför tagit initiativ till en ny granskning. Denna skulle koncentreras till gränssnitten mellan landstingets respektive kommunernas ansvarsområden.

Den övergripande revisionsfrågan för projektet har varit: *Hur fungerar vården och omsorgen av äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare?*

Studien har bedrivits dels genom intervjuer med tjänstemän med god insikt i problematiken i Täby kommun och två av Stockholms stadsdelar, Skärholmen och Östermalm, dels genom att ta del av andra aktuella studier inom området. En jämförelse har också gjorts med tidigare studier gjorda under 1990-talet samt en revisionsstudie i Täby kommun.

Samverkansfrågorna har varit i fokus under decennier. Jämförelsen med ett antal studier från 1990-talet (bilaga 4) visar att det inte går att tala om några förbättringar idag jämfört med då. Olika försök har gjorts att forma samverkanslösningar, men de har sällan varit långlivade. Ett skäl kan vara att fokus i beställningarna från huvudmännen inte varit på att beställa helhetslösningar utan på att ge uppdrag till olika verksamhetsområden var för sig.

Gränssnitten mellan sluten och öppen vård är möjligen de tydligaste, vilket kan förklara att många av de intervjuade lyft fram dem som de svåraste. Viktigast för den enskilde torde dock vara att det fungerar i vardagen, i hemmet.

De problem i gränssytorna mellan vårdgivare som i denna studie framtonat som mest riskabla för den enskilde är

- att distriktssköterska och vårdbiträde är i olika organisationer och att samarbetet dem emellan i så hög grad är personberoende,

- att det inte finns en samsyn mellan huvudmännen kring vilken hälso- och sjukvård det särskilda boendet ska klara,
- att information vid in- och utskrivning från slutna vård inte alltid når fram till rätt person, och inte alltid är fullständig.

Kommunaliserad hemsjukvård lösningen?

När vi ställt frågan till de tjänstemän som intervjuats i denna studie vad de vill ändra så svarar många "kommunalisera hemsjukvården". Mycket talar för att det blir så också i vårt län. Det är då önskvärt att kommunerna inte ger uppdragen hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering var för sig så att de blir skilda verksamheter. Då har man knappast vunnit något. De förhoppningar som de intervjuade knyter till denna framtida lösning får dock inte innebära att man lägger en blöt filt över det utvecklingsarbete som behöver ske redan nu.

Beställ helheter

Många av de intervjuade pekar på de problem som uppstår genom att huvudmannens beställningar är uppdelade, mellan olika verksamhetsområden och mellan dagtid och jourtid. Det kan därför ses som önskvärt att beställarna i kommun och landsting på ett bättre sätt tar vara på de möjligheter som finns lokalt i en kommun eller stadsdel att samordna verksamheter såväl över dygnet som över professionsgränser. Den fokus som beställarna har på tydliga uppdrag/regelböcker till utförarna innebär att utförarna på motsvarande sätt har sin fokus på sitt eget uppdrag, det man får betalt för och ska svara för mot uppdragsgivaren. Detta innebär att ingen får en tydlig fokus på gräzonerna, gränsytorerna mellan de olika vårdgivarna. *De nu så specialiserade enheterna fokuserar på egna interna mål och att klara sin egen budget, istället för att se till helheten och brukarnas totala upplevelse* (Kraus 2008)

Individuell vårdplanering i hemmet

Individuell vårdplanering i hemmet är påbjuden i lag sedan årsskiftet 2009/2010. Den är föreskriven i regelboken för husläkarmottagningarna sedan 2008. Den anvisas som det viktigaste verktyget för att få en samordnad och trygg vård och omsorg för den äldre i en fokusrapport om den basala hemsjukvården (Törnkvist 2008). Ännu lyser de individuella vårdplaneringarna dock i huvudsak med sin frånvaro.

Det saknas rutiner mellan hemtjänst och hemsjukvård kring när den ska ske, vem som ska kalla, hur den ska dokumenteras och hur den ska följas upp. Här finns ett stort utvecklingsområde för lokala samverkansgrupper mellan primärvård, primärvårdsrehab och hemtjänst.

I dagens värld med många aktörer måste samverkan utgå från individen. Individuell vårdplanering kan vara en metod att hantera mångfalden av utförare.Handledning genom att distriktssköterska och vårdbiträde eller sjukgymnast/arbetsterapeut och vårdbiträde möts hemma hos den äldre kan vara en annan form. Den tillämpas redan där man arbetar klokt. Men ett sådant arbetssätt får inte bli beroende av enskilda personer, det måste vara en självklar rutin, som stöds av ekonomiska incitament och krav av beställaren och som regelmässigt följs upp.

Delegation av hälso- och sjukvårdsinsatser till vårdpersonal

Delegation av hälso- och sjukvårdsinsatser ska ske under betryggande förhållanden och om det gagnar den äldre. Som framgår av denna studie varierar det mycket hur delegationen genomförs. Oftast sker den i grupp – ibland till personal som går till någon som inte är "listad" hos aktuell husläkarmottagning. De pragmatiska lösningar som utformats svarar dåligt mot de föreskrifter som gäller.

Diskussionen har mycket handlat om hur insatser utförda med delegation ska ersättas. Ur den äldres synpunkt är det dock viktigare att säkerställa rutiner istället för att diskutera kostnadsersättning.

Rehabilitering

Den generella uppfattningen hos samtliga informanter i denna undersökning är att den rehabilitering som kan betecknas som vardagsträning blivit en fråga som ingen äger.

Det finns utförare i denna undersökning som kan visa att när man får utökad tid en bestämd period efter hemgång så kan hjälpinsatserna senare minskas eftersom den äldre klarar sig bättre på egen hand. Men hemtjänstpersonal får alltför sällan tid för att bistå vid träning i hemmet, inte ens när det gäller vardagsträning som att våga stå i köket för att koka ett ägg eller gå på toaletten.

Landstinget och kommunerna bör utveckla olika former av gemensamt finansierad rehabilitering, såväl på korttidsboende som i hemmet. Goda exempel har funnits.

Att få välja helheten, teamet en framtidsmodell

Ett steg mot en mer sammanhållen vård och omsorg är att ge hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att fokusera på den grupp där primärvården haft svårast att lyckas i sitt uppdrag för den äldre befolkningen, äldre med stora och sammansatta behov. Det kan då vara en fördel att enbart ha ansvar för denna grupp. En sådan verksamhet bör ha ett geriatriskt arbetssätt och ha en anknytning till en geriatrisk

klirik och ASIH som ger närhet till den medicinska kompetensen och till personal dygnet runt.

Nästa steg är att huvudmännen finner former inom vård- och kundvarelets ramar för att erbjuda äldre med stora och sammansatta behov ett sammanhållet team, där det finns undersköterskor och vårdbiträden, läkare, distriktssköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut, och möjlighet att knyta till sig andra specialister som apotekare, dietist och kurator.

Samordnad vårdplanering sällan samordnad

Ett problem denna studie påvisar och som stöds av andra studier är att det inte är en samordnad vårdplanering vid utskrivning från sjukhus eftersom alla aktörer inte är på plats. Det är inte heller realistiskt. Men med användning av modern teknik borde en samordnad planering kunna komma till stånd då det bedöms som nödvändigt, utan att ta alltför stora tidsresurser i anspråk.

Trygghetskvitto till den äldre förutsätter att informationssystemet WebCare blir en mer pålitlig informationskanal. Intervjuerna i denna studie visar att informationen via WebCare inte alltid är fullständig och inte alltid når fram. Flera lyfter behovet av att också hemtjänst, särskilt boende och primärvårdsrehabiliteringen ska ingå i WebCare.

Avtal och gemensamma möten kan ge en grundstruktur för samverkan

Den enklaste och mest generella formen för att främja samverkan är att avtala om den. Samverkansavtalens viktigaste funktion är att skapa ett regelverk för att personal från de båda huvudmännen ska mötas. Sådana möten skedde fram till 2007, och behöver nu återskapas. Ur dessa möten kan en samverkansanda födas, förutsatt kontinuitet i deltagandet och en ömsesidig vilja att lösa problem. Vid dessa möten kan rutiner utarbetas och förankras avseende exempelvis

- hur vårdplaneringen på sjukhus ska kunna bli såväl samordnad som effektiv,
- hur individuell vårdplanering i hemmet, gemensam för alla berörda, ska kunna bli verklighet,
- hur en patientsäker delegering ska kunna ske i dagens vårdvals- och kundvalssystem, och vilka rutiner som ska gälla för egenvård,
- hur avvikelser mot god samverkan ska dokumenteras och följas upp.

Tolv punkter för förbättring

Några av de slutsatser som kan dras av studien är, i prioritetsordning

1. Det krävs tydliga samverkansavtal mellan landstinget och länets kommuner. De avtal som nu bör arbetas fram ska stödja att det blir kontinuerliga gemensamma möten mellan såväl beställare som utförare. De ska vidare stödja att gemensamma rutiner utarbetas för bl.a. samordnad och individuell vårdplanering, delegering, informationsöverföring, gemensamt ansvar för rehabilitering och för insatser jourtid.
2. Det behöver utses tjänstemän såväl hos HSN-f som i respektive kommun och stadsdel med ett uttalat ansvar för och tid till att vårda dessa gemensamma mötesplatser genom att förbereda och följa upp.
3. Uppföljningen av brister i samverkan måste skärpas, bl.a. genom att skapa fungerande rutiner för hantering av avvikelser för att med detta som grund förbättra rutiner och därmed skapa god samverkan.
4. Alla berörda behöver tillsammans utarbeta lokala rutiner för att individuell vårdplanering i hemmet, gemensam för alla berörda, ska gå från lagstadgad och i avtal påbjuden till att bli verklighet.
5. Fokus måste flyttas från vem som ska betala för delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter till hur patientsäkerheten bäst kan säkerställas.
6. Det behövs kraftsamling kring den utveckling som är på gång av metoder för hur den samordnade vårdplaneringen på sjukhus ska göra skäl för begreppet *samordnad*, dvs. att alla berörda aktörer ges förutsättningar att delta med rimlig tidsinsats.
7. WebCare måste bli en mer pålitlig kommunikationskanal mellan alla berörda, även hemtjänst, särskilt boende och primärvårdsrehabiliteringen. Tekniken fungerar, men om all information inte sänds, blir läst eller kommunicerad till dem det berör så är systemet inte tillräckligt säkert. Med en pålitlig informationsöverföring kan trygghetskvittot till den äldre bli verklighet.
8. Beställningarna till utförare inom såväl primärvård som äldreomsorg har en tendens att göras för varje del för sig. En fungerande samverkan förutsätter beställningar som bygger på helhetslösningar. Det inbegriper ansvar hela dygnet och att den äldres olika behov tillgodoses och samordnas.

9. Det är önskvärt att kunna erbjuda äldre med stora och sammansatta behov huvudmannaskapsövergripande teambaserade lösningar, gärna i samverkan med ASIH och geriatriken. En utmaning är att ta vara på de goda erfarenheter som gjorts i olika försöksverksamheter.
10. Ekonomiska incitament bör på ett helt annat sätt än idag stödja samverkan, gränsöverskridande arbetssätt, "omsorgsrationalitet", och inte stödja suboptimerande "företagsrationalitet".
11. Huvudmännen bör arbeta fram ett gemensamt synsätt kring vilken hälso- och sjukvård som ska kunna erbjudas i det särskilda boendet och hur denna nivå ska uppnås, så att äldre personer ska få en god vård där hon/han bor och inte i onödan behöva läggas in i slutenvård.
12. Huvudmännen bör söka gemensamma lösningar för korttidsvård, rehabilitering och funktionsstödande träning i hemmet för att komma ifrån dagens situation där det för närvarande är viktigare att inte göra det som är den andra huvudmannens åtaganden än att ge den äldre de insatser hon behöver.

BAKGRUND

Problem att samverka mellan vårdens och omsorgens huvudmän, landsting och kommun har stått i fokus åtminstone de senaste 60 åren. Olika sätt att lösa dessa frågor har vidtagits under åren, allt från lokala lösningar till lagstiftning. I Stockholms län har huvudmännen angett vikten av samverkan genom att teckna särskilda överenskommelser om hur samverkan ska utformas på alla de områden där kommunernas socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård har beröringspunkter.

Revisionen har i flera tidigare granskningar pekat på brister i vård och omsorg för äldre med sammansatta vårdbehov. Vid en hearing hos landstingsrevisorerna 2008 framkom att problemen kring gränssnitten mellan de olika vård- och omsorgsgivarna består. Problemen handlar ofta dels om brister i informationsöverföring och vårdplanering vid övergång från en vårdgivare till en annan, dels om gränstvister avseende ansvaret. Gränstvister kan ofta härledas till resursfrågan.

I denna studie används begreppen gränssnitt och gränssytor för att beskriva den gråzon i ansvar som finns mellan olika vårdgivare. Det avser alla former av gränssytor, mellan öppen och slutet vård, mellan huvudmännen, inom huvudmännen och inom samma verksamhet mellan den som har ansvar dagtid och den på jourtid.

Uppdrag

Denna studie koncentreras till gränssnitten mellan landstingets respektive kommunernas ansvarsområden. Den övergripande revisionsfrågan för projektet är: *Hur fungerar vården och omsorgen av äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare?*

Den övergripande revisionsfrågan har brutits ner i följande delfrågor:

- I vilka gränssnitt finns det problem?
- Vilka konsekvenser kan problemen leda till?
- Vad beror problemen på?
- Vad görs/kan göras för att minska problemen?

Avgränsning

Granskningen har ett styr- och brukarperspektiv. Intervjuer har genomförts med ett strategiskt urval personal såväl på beställar- som utförarsidan. Granskningens målgrupp är äldre personer med sammansatta vårdbehov. En del av granskningen är generell för länet, en annan del rör hur det ser ut i Täby och två stadsdelar i Stockholm, Ös-

termalm och Skärholmen. Med ledning av en inledande granskning landstingsrevisorerna gjort avseende gränssytor inom landstingets verksamheter har bland annat följande problemområden i gränssnitten mellan landsting och kommun kommit fram som revisionen vill ha belysta:

- Vårdplaneringen och utskrivningen av patient från slutenvården.
- Hemtjänsten och hemsjukvårdens insatser för personer som bor hemma.
- Den medicinska vård- och omvårdnadsnivån i vård och omsorgsboende.
- Tillgången på och regelverken för korttidsplatser.

Granskningen omfattar inte alla de gränssytor som finns mellan vårdgivare. Så har exempelvis tandvården inte berörts alls och psykiatrin bara marginellt. Detta ska inte ses som någon prioritering, utan att dessa båda områden bör belystas mer grundligt i separata studier.

Metod, inriktning och avrapportering

Granskningen har genomförts genom intervjuer på olika nivåer i organisationerna och genom dokumentstudier. Däri ingår dokumentation från landstingsrevisorernas granskning våren 2010 om gränssnitten i landstingets verksamhet. De verksamheter som främst berörts inom landstinget är husläkarmottagning/hemsjukvård, läkarna i särskilt boende, geriatriken och den somatiska akutsjukvården. På kommunsidan är det bl.a. biståndshandläggare, hemtjänst, vård- och omsorgsboenden inklusive korttidsboenden. Valet av intervjupersoner har skett utifrån vilka personer som i respektive kommun/stadsdel har en god överblick och/eller insikt i hur samspelet är mellan olika vårdgivare. Detta för att få en så allsidig information som möjligt. Intervjuerna har varit semistrukturerade, dvs. fria men följande en intervjuguide. Intervjuguiden och vilka yrkesgrupper som intervjuats redovisas i bilaga 6.

En styrgrupp från revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad och Täby kommun har tillsammans med Äldrecentrum stämt av intervjufrågor och också diskuterat analysen och utformning av rapporten.

Rapporten innehåller generella iakttagelser men även, i bilagor, sådant som är specifikt för hur det fungerar i gränssnitten i Täby respektive de två stadsdelarna i Stockholms stad. Rapporten har sin utgångspunkt i ett brukarperspektiv men även analyser av orsakssamband utifrån styrmekanismer i landsting och kommun. Utredarnas kommentarer ges löpande i resultatredovisningen.

LAGAR, FÖRESKRIFTER OCH AVTAL

Huvudmännens skyldighet att samverka lyfts fram i såväl lagstiftning som i föreskrifter och i t.ex. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Vidare finns det samverkansavtal inom några olika områden samt ett mer övergripande avtal mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad. Dessa lagar, föreskrifter och avtal är det ramverk som granskningen utgår från vid slutsatser och bedömningar.

Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen

Kommuner och landsting har enligt både socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skyldighet att samverka om vården och omsorgen om de äldre (SoL 3 kap § 5 och 5 kap 6§). Landstingens skyldighet att samverka med kommunerna omfattar planering och utveckling av hälso- och sjukvården (HSL § 8) och kommunerna har motsvarande skyldighet (HSL § 21).

Genom en lagstiftningsändring, likalydande i både SoL och HSL, som trädde i kraft vid årsskiftet 2009/2010 har kravet på samverkan ytterligare förtydligats;

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. 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. 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.

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 kommunen eller landstinget, och*
- 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.*

(HSL § 3f, SoL 2 kap § 7)

Sekretesslagen

Inom all vård- och omsorg finns regler om sekretess angående brukarnas/patienternas hälsa och personliga förhållanden. Enligt 7 kap 1 §

sekretesslagen (SFS 1980:100) gäller sekretess inom hälso- och sjukvården. Motsvarande regel för socialtjänsten finns i 7 kapitlet 4 §. Inom enskilt bedriven hälso- och sjukvård gäller sekretess enligt 2 kap 8 – 10 §§ lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531). Bestämmelserna innebär att uppgifter kan lämnas mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten om enskilda personer har lämnat sitt medgivande.

Egenvård

Om den som förskriver läkemedel bedömer att patienten klarar att själv hantera sina läkemedel rör det sig om egenvård. Socialstyrelsen har i en författning (SOSFS 2009:6) redovisat det ansvar landsting och kommun har för samverkan. Huvudmännen ska *tillsammans säkerställa att övergripande rutiner för samverkan i samband med egenvård utarbetas*. Och vidare att *av rutinerna ska det framgå hur huvudmännen för hälso- och sjukvården ska samarbeta i samband med egenvård, och hur huvudmännen för hälso- och sjukvården ska samarbeta med andra aktörer i samband med egenvård*. (3 kap 2 §).

Delegeringsförordningen

Det är vanligt att distriktssköterskor ger hemtjänstpersonal delegation att utföra olika hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det vanligaste uppdraget som kräver delegation är att hemtjänstpersonal överlämnar läkemedel till den äldre. Exempel på andra uppgifter som ofta delegeras är att ge ögondroppar, ta på och av kompressionsstrumpor. Sjuksköterskornas rätt att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter regleras i lagen (SFS 1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får överlåta en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård.

I delegeringsförordningen, SOSFS 1997:14, ges närmare anvisningar. Där framhålls bl.a. att delegering inte är avsett att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Den arbetsuppgift som skall delegeras skall vara klart definierad. En arbetsuppgift som delegeras får inte beskrivas i allmänna termer såsom t.ex. "injektioner" eller "omvårdnadsuppgifter". I stället måste tydligt anges vilken eller vilka uppgifter som delegeringen avser samt under vilka förutsättningar denna delegering skall gälla.

Den som överlåter en arbetsuppgift skall försäkra sig om att den som skall motta uppgiften verkligen har förutsättningar för att fullgöra den. Detta bör ske genom kontroll av de praktiska och teoretiska färdigheterna. Den som meddelat ett delegeringsbeslut skall vid olika tillfällen

under den tid som delegeringen gäller kontrollera att uppgiftsmottagaren fullgör uppgiften på ett riktigt sätt. Han/hon skall ge den som mottagit delegeringen den handledning som kan behövas.

Lagen om betalningsansvar

Den så kallade betalningsansvarslagen reglerar hur landstingen och kommunerna ska samverka vid utskrivningen av äldre från sjukhus. Efter en omarbetning av lagen (SFS 2002/03:193) skärptes och tydliggjordes reglerna för samarbetet och ansvaret för de utskrivningsklara. Den gemensamma vårdplaneringen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och klargöra det samlade behovet av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Kommunens betalningsansvar inträder dagen efter att en läkare har förklarat en patient utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad, dock tidigast fem vardagar efter det att kommunen mottagit kallelse till vårdplaneringen.

Samverkansavtal

Samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården

Stockholms läns landsting och KSL arbetade under våren 2007 fram en överenskommelse mellan kommunerna och landstinget kring rutiner vid in- och utskrivning i slutenvården. Överenskommelsen har godkänts av länets samtliga kommuner. Socialstyrelsen, har efter granskning i ett par kommuner, påpekat att överenskommelsen behöver kompletteras och utvecklas. En ny reviderad överenskommelse mellan landstinget och länets kommuner har varit på tjänstemannaremiss i kommunerna och därefter diskuterats på en dialogkonferens med kommunerna. I juni 2010 sände KSL ut den till kommunerna, med en rekommendation att anta den, vilket vid årsskiftet 2010/2011 18 kommuner gjort.

Övriga samverkansavtal

År 1998 formulerade politiker från kommunerna och landstinget i Stockholms län en gemensam policyförklaring om samverkan om vården och omsorgen av de äldre. För att ytterligare förbättra möjligheten att skapa gemensamma samverkansrutiner mellan huvudmännen träffade Stockholms stad och Stockholms läns landsting en central överenskommelse 2002, vars syfte var att skapa en god samverkansanda, komplettera och förtydliga gällande lagstiftning samt utgöra en grund för lokala överenskommelser för att förbättra vården för den enskilde.

Samverkansavtalens främsta funktion var att ge en stadga och skapa en ram för regelbundna möten (Österman 2007).

Landstinget önskade säga upp avtalen 2006 i samband med övergång till ny organisation av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f¹), och de har i praktiken inte tillämpats sedan 2007.

Stockholms stad och Stockholms läns landsting har träffat ett nytt samverkansavtal som gäller från 2009-07-01. Avtalet avser hälso- och sjukvårdsansvar för äldre samt personer med vissa former av funktionsnedsättning. Avtalet reglerar formerna för samverkan på politisk nivå, stadsövergripande och på stadsdelsnivå. Av avtalet framgår att det ska vara regelbundna möten, att huvudmännen ska fastställa lokala samverkansrutiner och att, som ett led i ett fortlöpande förbättringsarbete, de lokala samverkansgrupperna ska upprätta system för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter rörande brister i samverkan, resurser eller arbetssätt.

Länsövergripande samverkansavtal finns avseende läkarinsatser i särskilda boenden och daglig verksamhet, beträffande personer i behov av andningshjälp i hemmet samt avseende logopedinsatser och medicinsk fotvård i särskilda boendeformer. Arbete pågår med en överenskommelse av bedömningen om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Avtal med utförarna

Uppdraget att samverka finns i de beställningar och uppdrag som huvudmännen har gett sina utförare. I såväl Stockholms stads avtal med hemtjänstutförare som i Stockholms läns landstings regelbok för husläkarmottagningarna finns tydliga skrivningar om hur samverkan ska ske med vårdgrannar. Utdrag ur avtalen redovisas i bilaga 5.

¹ Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning förkortas i denna rapport HSN-f

GENERELLA IAKTTAGELSER

Faktorer som försvårar samverkan

Socialstyrelsen pekade (2001) i rapporten *Framgångsfaktorer för samverkan – en översikt i punktform* på ett antal omständigheter som kan skapa problem för den äldre i gränsytorna mellan olika vårdgivare. Bl.a. lyfte Socialstyrelsen fram att myndigheter har skilda uppdrag och mål som påverkar agerandet i olika frågor och att insatser som görs med det primära syftet att åstadkomma kostnadsminskningar för den egna myndigheten ofta kan missgynna den enskilde. Kulturskillnader och bristande kunskap om andra verksamheter är hinder för samverkan, liksom organisatoriska och yrkesspecifika revir.

Strukturerna för samverkan i Stockholms län

Landstingsrevisorerna skriver i rapport 5/2009: *Vid centraliseringen av HSN-f försvann rollen som kommunsamordnare. Denna funktion saknas. Beställaren är inte närvarande ute i verksamheterna och det är oklart vem som ska föra landstingets talan, beställare eller utförare. Äldrevården sticker ut som det område där de svarande i kommunerna anser att det är svårast att veta vart de ska vända sig.* Av intervjuerna som genomförts nu framgår att denna bild i vart fall delvis står sig.

Regelbundna möten sker mellan presidierna i Hälso- och sjukvårdsnämnden och KSL:s vård- och omsorgsberedning. Vidare mellan de tre sjukvårdsstyrelserna (norra länet, Stockholm + Ekerö, södra länet) och politiker från respektive kommun/stadsdel. I ovanstående möten deltar också tjänstemän från respektive förvaltning. I Stockholms stad sker möten på förvaltningsledningsnivå. Däremot finns det inga möten där t.ex. äldreomsorgschefer eller utförarchefer regelbundet möts med motsvarande funktioner i landstinget, så som var fallet fram till 2007. Genom omorganisationen av HSN-f 2007 saknar länskommunerna en tydlig samtalspart i HSN-f. För Stockholms stads del har en enda tjänsteman den funktionen. De äldreomsorgsansvariga i de båda stadsdelarna och i Täby efterlyser någon på HSN-f med mandat att företräda landstingets beställarsida.

Det kan därför ses som tveksamt om landstinget och länets kommuner uppfyller lagstiftningens regel om att planera sina insatser samordnat. Det kan vidare konstateras att bristen på gemensamma arenor försvårar att finna pragmatiska lösningar på olika samverkansproblem. Den positiva utveckling som kunde skönjas för fem år sedan har brutits, och det återstår nu att återknyta till den utveckling som var på gång.

Genom gemensamma möten byggs kontakter över huvudmannagränserna som är oerhört viktiga. Man får ett ansikte bakom organisationen, parterna vet vem som skall kontaktas om problem uppstår. De personer som ingår i samverkansgrupperna måste vara beredda både att finna lösningar och ha mandat att ta beslut och genomföra besluten. Omorganisationer kan inte undvikas, men det är då – om man vill prioritera samverkan – önskvärt att upprätthålla en personkontinuitet och att rutiner och regelverk är så tydliga att samverkansmötena överlever.

Vår bedömning är också att det måste vara inte bara tillåtet utan önskvärt med olika lösningar i länet. Det har dock i flera av intervjuerna framkommit att det inte upplevs som möjligt att hitta lokala lösningar för kommunen/stadsdelen. De för länets närsjukvård gemensamma uppdragen och regelböckerna försvårar på ett sätt som inte borde behöva vara nödvändigt. Det finns dock exempel på fungerande lokala lösningar som prövats/prövas, som Hökarängens närvårdcentral (Gurner 2006) och Huddinge äldreteam (Hjalmarson 2011).

En etablerad form för förbättringsarbete är att lära sig av misstagen, att ha en systematisk avvikelserapportering och uppföljning. Såväl det tidigare som det nuvarande samverkansavtalet mellan Stockholms stad och landstinget anger att sådana rutiner ska finnas. Varken vid uppföljningen 2006 av det dåvarande avtalet eller i intervjuerna nu har framkommit att det finns några sådana rutiner. Härigenom avhänder sig huvudmännen ett viktigt förbättringsverktyg.

Ett annat mer övergripande önskemål som kommit fram i intervjuerna är önskan att arbetet med en patient - en journal ska komma i mål. Och då tänker man också på möjligheten med en journal som inte följer huvudmannaskapsgränser utan är patientens oavsett huvudmannaskap. Ett första steg borde vara att göra informationsflödet säkrare inom samma verksamhet, t.ex. för hemsjukvården mellan dagtid, helger och kvällar/nätter.

GRÄNSYTOR

I det följande kapitlet redovisas först gränsytan sluten - öppen vård, därefter gränstorna mellan närvård och hemtjänst och slutligen gränstorna kring det särskilda boendet. Problemen med gränstorna beskrivs som störst mellan sluten och öppen vård. Dock måste vi ha i åtanke att den äldre inte lever sitt liv på sjukhuset utan i hemmet. Det är där det är viktigast att de olika utförare hon valt ska ge en samordnad vård och omsorg. Fokus bör därför i första hand vara på samspelet mellan hemtjänst - husläkarmottagning - primärvårdsrehabilitering.

Det saknas en systematisk uppföljning av avvikelser beroende av samverkansbrister. Det går därför inte att med ledning av de intervjuer som gjorts att uttala sig om hur vanligt de problem som identifierats i de olika gränstorna är. I de fall andra studier är tillgängliga används de för att ge en så allsidig belysning som möjligt.

Mellan sluten och öppen vård

In till slutenvården

I den studie av gränstorna inom landstinget som Landstingsrevisorerna genomförde våren 2010 påtalade de intervjuade på sjukhusen att patienter som borde ha kunnat behandlas i hemmet kommer akut till sjukhus och sedan läggs in. Det har inte gått att belägga i denna studie hur vanligt eller hur stort detta problem är. Det kan dock konstateras att det inte finns några ekonomiska incitament för vårdgivarna i öppen vård, varken i ordinärt eller särskilt boende, att ta på sig ett omfattande hälso- och sjukvårdsansvar. Snarare gäller det omvända att det kan vara "lönsamt" att patienten läggs in på sjukhus i stället.

I intervjuer med hemtjänstutförare framkommer att vårdbiträden kan få rådet från husläkarmottagningen eller den som har ansvaret jourtid att "skicka in" den äldre, när distriktssköterska inte hinner komma och ta ställning.

Från sjukhusen berättas om att patienter sänds till sjukhus från särskilt boende där boendet borde ha kunnat hantera problemet. Detta styrks av en studie av effekterna av vårdval av läkare i särskilt boende som visar att det finns stora och svårförklarliga skillnader mellan olika särskilda boenden vad gäller andel av de boende som under ett år lagts in för sluten vård (Hjalmanson 2010). Data från den longitudinella stu-

dien SNAC-K² visar dock att det är vanligare med slutenvårdsvistelser för personer som bor i ordinärt boende än för personer som bor i särskilt boende, resultat som stöds av en avhandling som bl.a. baserar sig på SNAC i Skåne (Condelius 2009).

Från slutenvårdens sida har några av de intervjuade påtalat att det är alltför knapphändig information om patienten även i de fall då endera husläkarmottagning eller hemtjänst varit involverad vid inläggningen. I Täby finns en blankett som ska kunna följa med patienten in. Den finns bl.a. i den "gröna pärm" som förvaras hemma hos den äldre. Hos Danderydsgeriatriken var den inte känd, men uppskattad när geriatriken via intervjuaren informerades om dess existens.

Direktintag geriatrik klinik

I en översyn av geriatriken av HSN-f (Benner-Forsberg 2008) anges att direktintagning till geriatriken från hem eller akutmottagning skall öka. Detta dels för att patienter skall vårdas på lägsta effektiva omhändertagandenivå, dels för att minska onödiga och påfrestande förflyttningar inom vårdkedjan. Samtliga geriatriska vårdgivare har tecknat avtal om en bonusmodell för år 2009 som ger en förhöjd ersättning vid direktintagning. Andelen patienter som skrevs in direkt från hemmet ökade från i genomsnitt 23 procent år 2008 till 37 procent år 2009 (HSN-f 2010).

De intervjuade som har kunskap om direktintag anser att detta fungerat bra. Den enda invändning som kommit fram är att det finns en risk för att det kan leda till att det blir svårare för patienter inom somatisk slutenvård att få eftervård/rehabilitering inom geriatriken. Vid platsbrist på den geriatriska klinik som har områdesansvaret ska visserligen kliniken köpa plats på annan klinik, men det förutsätter att det finns platser att köpa. I intervjuer med företrädare för geriatriken har också framkommit att de priser som de geriatriska klinikerna debiterar varandra vid sådana platsköp kan innebära att det är en ekonomisk förlust för betalande klinik.

I HSN-f:s årsrapport till sin nämnd redovisas att "*signaler om att geriatriska patienter inte får plats hos de geriatriska vårdgivarna behöver följas upp. Detta gäller även signaler om att patienter med geriatriskt*

² Swedish National Study on Ageing and Care, Äldrecentrum svarar för den del av studien som avser Kungsholmen, där all långvarig vård och omsorg (mer än två månader) följs för personer 65 år och äldre.

vårdbehov onödigtvis vårdas vid akutsjukhusen” (HSN-f 2010). Samma signaler har kommit fram i denna studie.

Ut från slutenvården

Patientgruppen

Det finns få dokumenterade uppgifter om de äldre patienter där samordnad vårdplanering varit aktuell. En studie som ger en bild av patientgruppen genomfördes 2007. Av alla patienter 65 år och äldre boende inom Södermalms stadsdelsförvaltnings område som under oktober 2007 skrevs ut från sjukhus aktualiserades var fjärde för vårdplanering. Mediantiden inom slutenvård (somatisk och geriatrik) var 11 dagar. Två tredjedelar var kvinnor och hälften var 85 år eller äldre. Majoriteten av dem skrevs ut till sitt eget hem. Sex av tio gick med rollator och ett antal var rullstolsburna eller kunde ta enstaka steg med stöd.

Många bodde i bostäder med begränsad tillgänglighet. Hälften av dem som ingick i intervjustudien fick sin bostad anpassad, men även vid intervjutillfället 4-7 veckor efter utskrivningen väntade flera på anpassningsåtgärder.

Vid intervjun i hemmet efter utskrivning konstaterades att sju av tio av kvinnorna låg i riskzonen för undernäring. De flesta av dem hade hemtjänst men drygt hälften av de intervjuade uppgav att det gick elva timmar eller mer mellan måltiderna.

En fjärdedel av de som intervjuats tyckte att de skulle ha behövt stanna längre på sjukhuset för återhämtning eller rehabilitering medan tre fjärdedelar ansåg att de fått stanna på sjukhuset så länge de ville (Larsson 2008).

Informationen når inte fram till alla berörda

En fungerande kommunikation mellan sluten och öppen vård är central för att detta gränssnitt inte ska innebära risker. Patienten får inte glömmas bort när hon kommer hem och viktig information om t.ex. behov av viss behandling eller omvårdnad, nya eller ändrade läkemedel etc. måste nå fram (SOSFS 2005:27). WebCare skapades som ett svar på olika rapporter som visade på en informationskedja som var både osäker och tidsödande. Intervjuerna i denna studie visar att detta IT-baserade informationssystem ännu inte når alla vårdens aktörer, och att det inte alltid används som det är tänkt.

Det finns på sina håll, särskilt på sjukhusen, brister i kunskapen om hur WebCare ska användas. Det kan också ske missar när information tas emot. I intervjuer med hemtjänstutförare framkommer t.ex. att det

kan vara via dem, inte via WebCare, som distriktssköterskan informeras att en patient kommit hem.

I en del fall menar de intervjuade att informationen via WebCare är knapphändig, och epikrisen³ kan dröja. Det kan innebära en risk att viss behandling eller omvårdnadsinsats inte kommer igång så snabbt som planerats från sjukhusets sida.

Att hemtjänstutförarna inte har tillgång till WebCare kan försena deras möjligheter att planera för t.ex. hemgång. I värsta fall når informationen inte alls fram. Det uppges dock vara ovanligt. I regel har man olika personbaserade rutiner för att säkra att den äldre inte glöms bort. En vanlig modell för att göra hemgången något så när säker är att sjukhus och hemtjänst har telefonkontakt med varandra. Systemet skapar således inte en säkerhet att informationen om utskrivning når fram så att den äldre därmed får sin hjälp. Eller att information kommer om t.ex. förändringar av läkemedel eller behov av vissa omvårdnadsinsatser.

Det särskilda boendet har inte heller tillgång till WebCare, vilket innebär att såväl läkaren som sjuksköterskan kan riskera att bli utan nödvändig information från sjukhuset om hur den fortsatta vården bör bedrivas.

Primärvårdens rehabiliteringsutförare saknar också tillgång till WebCare, vilket då och då resulterar i att den äldre inte får de hjälpmedel eller den träning han/hon är i behov av. Eftersom det inte förs någon statistik över avvikelser av denna art går det inte att uttala sig om hur vanligt detta är.

Patienten får inte heller veta om husläkaren och distriktssköterskan känner till det eventuellt förändrade behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser vid hemgången. Trygghetskvitto fungerar ännu inte som det var tänkt, trots att det fördes på tal första gången för mer än tio år sedan.

Samordnad vårdplanering inte samordnad

När sjukhuset bedömer att det kommer att krävas omvårdnads- och omsorgsinsatser efter sjukhusvistelsen ska sjukhuset kalla till en samordnad vårdplanering. Intervjuerna visar att denna fungerar olika vid de sjukhus och geriatriska kliniker som är berörda. Generellt fungerar

³ En epikris är den journalanteckning som skrivs då en patient skrivs ut från en klinik. Den skall innehålla patientens vårdförlopp samt en sammanfattning av den viktigaste informationen under vårdtiden.

de geriatriska klinikerna bättre än de somatiska vårdavdelningarna. Detta beror enligt de intervjuade på att geriatriken har mer tid att lära känna patienten, att geriatriken har ett tydligare uppdrag i rehabiliteringskedjan samt att geriatriken har en struktur för hur vårdplanering ska bedrivas.

Den kritik som framförs avser bl.a. att vårdplaneringen inte är förberedd, att sjuksköterskan från sjukhuset inte alltid känner patienten och att hon/han inte ens alltid är beredd att delta alls. Vidare att det inte finns bra samtalsrum. Även en av stadsdelsförvaltningarna är självkritisk. Alla biståndshandläggare åker på vårdplaneringar och det finns inga goda rutiner för hur dessa ska genomföras säger man där. På andra håll finns en organisation med särskilda vårdplanerare, vilket gör att vårdplaneringen fungerar bättre, men påverkar kontinuiteten för den äldre. Bilderna av hur det fungerar varierar dock för de olika sjukhusen.

Det finns också en obalans genom att kommunen vanligen utför vårdplaneringen genom att vara på plats på sjukhuset, medan distriktsköterskan sköter den per telefon. Det innebär enligt några av de intervjuade att de medicinska frågorna inte uppmärksammas i den samordnade vårdplaneringen, och därmed inte heller om nästa nivå, husläkaren, kan klara att ge den vård som behövs. Det samma gäller för patienter som skrivs ut till särskilt boende. Läkaren i det särskilda boendet är sällan rådfrågad kring patienter hon/han ska ta ansvar för i det särskilda boendet. Patientsäkerheten är därmed inte säkerställd.

Kontaktperson från hemtjänst eller från det särskilda boendet är nästan aldrig närvarande. Primärvårdsrehab vet vanligen inte om att det är en samordnad vårdplanering.

Man kan därför knappast tala om *samordnad* vårdplanering. Denna brist skulle kunna kompenseras om denna första vårdplanering följdes upp med en individuell vårdplanering i hemmet någon tid efter sjukhusvistelsen. Det är dock, som redan nämnts, ovanligt.

Bristerna i den samordnade vårdplaneringen är väl kända. I en fokusrapport ges förslag till förbättringar utifrån en mörk bakgrundsbild; *Trots avtal om samverkan mellan de berörda vårdgivarna saknades struktur och en helhetsansats för att stödja de äldre multistjuka i utskrivningsplaneringen* (Rydeman 2006).

Kritik från båda håll

Sjukhusen menar ganska generellt att kommunerna i för stor utsträckning använder sig av de fem betalningsfria dagarna. Ibland emot den äldres önskemål om att få gå hem. Från kommunhåll, men mer sällan från primärvården, berättas om alltför snabba utskrivningar av

personer i mycket skört tillstånd. De intervjuade på sjukhusen menar att kommunerna i för hög utsträckning använder sig av kvarboendeprincipen.

På kommunsidan menar man tvärtom att det är ett problem att sjukhuset (mer sällan dock geriatriken) "lägger sig i" biståndsbeslutet och mer eller mindre förordar särskilt boende, eller korttidsboende. Att de anhöriga inte är överens med besluten och även önskar sig ytterligare rehabilitering redovisas främst från sjukhussidan som ett observandum.

De olika berättelserna visar enligt vår bedömning på avsaknaden av gemensamma fora. Där skulle problem som de olika aktörerna ser kunna lyftas fram för att söka lösningar. Man skulle få en ökad kunskap om varandras uppdrag. Alla involverade kunde till att börja med få en gemensam problembild.

Modeller för utveckling

Olika modeller prövas för att få den samordnade vårdplaneringen att fungera så att den kan skapa den trygghet och säkerhet för den äldre som det är tänkt. Nordostkommunerna, primärvården, Danderyds sjukhus och Danderydsgeriatriken har genom FoU Seniorium ett gemensamt utvecklingsprojekt.

Östermalm har sedan något år särskilda vårdplanerare som alltid deltar i och fattar beslut vid vårdplanering både på S:t Göran och Stockholmsgeriatriken. Detta har förbättrat vårdplaneringen, men skapat ett nytt gränssnitt mellan vårdplanerarna på sjukhuset och de ordinarie biståndshandläggarna, och med hemtjänsten.

Stockholmsgeriatriken har en utskrivningssköterska på varje avdelning och har tydliga riktlinjer för hur hemgången ska genomföras. Också S:t Göran har en systematisk modell inför vårdplaneringen.

I landet pågår försöksverksamheter med att möjliggöra att fler deltar genom videokonferens (Lindström 2011). I en försöksverksamhet i vårt län (Bromma stadsdelsförvaltning) har hemsjukvårdens, hemrehabiliteringens och hemtjänstens medverkan i vårdplaneringen ännu inte ökat (Henningson 2010),

Sjukhusets ansvar första dagen

Den sjukhusavdelning som skriver ut en patient har ansvar för patienten under själva utskrivningsdagen. Om en äldre patient inte tidigare haft hemtjänst eller behöver mera avancerad hjälp än tidigare så är det viktigt att sjukhuset observerar detta. Om den äldre skrivs ut från sjukhuset på jourtid kan det vara nödvändigt att hjälpa till med att ta

kontakt (om personen bor i Stockholm) med Trygghetsjouren och utföraren som har ansvar för basal hemsjukvård utanför kontorstid.

Stockholms trygghetsjour kan fatta ett tillfälligt beslut om hemtjänst. Jourverksamheten för hemsjukvård kan larmas via Vårdguiden. Jourverksamheten kan utföra och/eller delegera sjukvårdsinsatser tills ordinarie husläkarverksamhet kan ta över ansvaret. Dessa uppgifter var dock inte så kända hos sjukvårdens utförare vilket också det utförande företaget bekräftar.

Hjälpmedlen inte på plats

Vår studie visar samma bild som studien på Södermalm 2007. De äldres hemförhållanden är inte alltid som vårdplaneringen förutsätter, och ibland verkar ingen planering ha skett alls. Det finns ingen säkerhet att hjälpmedel finns vid hemkomsten. Några av de intervjuade lyfter fram detta som det största problemet i gränssnittet mellan slutet och öppen vård.

Problemen är störst vid utskrivning från den somatiska akutsjukvården, där vårdtiderna är kortare, och där det inte är givet att rehabiliteringspersonal överhuvudtaget träffat patienten. Mer ovanligt är det att det klickar vid utskrivning från geriatriken. Sjukhuset har ansvaret att hjälpmedel ska finnas när patienten kommer hem, därefter tar primärvårdsrehabiliteringens ansvar vid. Rehabpersonal från sjukhuset bör ha gjort hembesök. Hembesök kan dock vara svårt att få till stånd eftersom det är tänkt att den äldre själv ska följa med hem vid besöket. Det kan då innebära att ingen sett hur lägenheten ser ut, och sjukhuspersonalen kan överskatta den äldres egen förmåga att bedöma hur det ska gå. Ibland händer det därför enligt några av de intervjuade att den äldre måste återvända till sjukhuset till dess att hjälpmedel ordnats.

Korttidsboendets möjligheter för rehabilitering

Fram till 1994 svarade landstinget för konvalescentvård efter sjukhusvistelse, en verksamhet landstinget behöll ansvaret för vid Ädelreformen. När landstinget upphörde med konvalescentvård fick den korttidsvård kommunerna tagit över vid Ädelreformen delvis ta sig an den uppgift landstinget lämnade. I den proposition som ledde fram till Ädelreformen anges att i de verksamheter som förs över från landstingen till kommunerna ingår resurser för det kortvariga stödet. Regeringen menade att kommunerna med kort varsel ska kunna erbjuda vistelser för t ex rehabilitering, växelvård och avlösning som en del av det särskilda boendet.

Under 1990-talet byggde kommunerna ut denna korttidsvård, medan 2000-talet i flera av länets kommuner snarast kan beskrivas som en

nedmontering. Särskilt är det rehabilitering som strukits ur korttidsvårdens ansvar. Alla kommuner har dock inte resonerat på detta sätt, Täby kommun är ett exempel på en kommun som tvärtom byggt ut korttidsvården och har rehabiliteringspersonal även om rehabilitering inte är ett uppdrag till deras korttidsboenden.

Enligt de intervjuade i Stockholms stads äldreomsorg är den tämligen enhetliga uppfattningen att korttidsboendet är ett boende för sköra äldre som under en period behöver få hjälp med t.ex. regelbundna måltider, dusch och hygien eller andra omsorgsaktiviteter. Den andra målgruppen är äldre som får vård av anhörig i hemmet och fungerar då som avlastning när den anhöriga behöver vila från sitt omhändertagande. Korttidsboendet är inte den form av "konvalescenthem" som sjukvården gärna vill uppfatta det som.

Kommunernas negativa hållning till att på korttidsboendet erbjuda rehabilitering bygger på att kommunen inte har ansvar för rehabilitering i ordinärt boende. En intervjuad hos geriatriken uttrycker att det känns "trist" att sköra äldre skrivs ut till ensamhet i hemmet, när förutom den medicinska kompetensen, gemensamma måltider, gympa i grupp och samtal med andra i ett korttidsboende skulle kunna ge förnyade krafter.

I en fokusrapport konstateras att hemgång inte alltid upplevdes som det bästa men alternativ saknades (Rydeman 2006).

Från kommunhåll påtalas att sjukhusen gärna nyttjar korttidsboende, om det finns, för att kunna skriva ut patienter tidigare. I flera intervjuer i Täby framkom en uppfattning att Danderyds sjukhus anmäler patienter som utskrivningsklara i förhoppningen att biståndsbeslutet ska bli korttidsvård. En förklaring som angavs från öppenvården är att det kan ta tid att invänta ledig plats på geriatriken. En annan förklaring som antogs var att en del av dessa patienter inte hade den rehabiliteringspotential som krävs för att bli en geriatrisk patient, men väl var i behov av "mobilisering".

En reflektion som kan göras med ledning av intervjuerna är att ingen av parterna identifierat samverkansmöjligheterna. Goda exempel har funnits, främst i nordvästra länet, men också i Södertälje och i Skarpnäck. Det har då handlat om samfinansierade verksamheter. Mest framgångsrikt under senare delen av 1990-talet i bl.a. Jakobsberg och Sollentuna. Där behövde personalen inte fundera över vem som hade ansvaret, de hade korttidsrehab på sjukhemmet, i dagrehab och i hemmet. *Vi är vårdkedjan* som en av de som intervjuades uttryckte det (Weurlander 1997). Denna modell lyftes fram som ett föredöme såväl i länet som nationellt. Det är därför anmärkningsvärt att det idag inte ens finns rester kvar av den.

Primärvård och hemtjänst

Hemsjukvårdspatienten

Personer som har hemsjukvård har vanligen också hemtjänst. Det saknas data för länet, men utifrån den longitudinella studien SNAC kan vissa data hämtas som belyser gruppen som har båda insatserna. Av personer som har långvarig hemsjukvård (mer än två månader) har 96 procent också hemtjänst. Av de som har hemtjänst har 31 procent också hemsjukvård.

Tre fjärdedelar av dem som har både hemtjänst och hemsjukvård är kvinnor, sex av tio är 85 år eller äldre. Medelåldern är 85,7 år. En klar majoritet (88 %) är ensamboende. Nästan ingen av dem klarar att städa själv, eller handla mat. Tre fjärdedelar behöver hjälp med matlagningen alternativt få hem matlådor. Nästan sex av tio behöver hjälp med bad/dusch, fyra av tio behöver hjälp att klä sig, var femte behöver hjälp med förflyttning och att komma till toaletten. Sju procent behöver hjälp med matning. Tre av tio har en kognitiv nedsättning. Knappt nio av tio har rörelsehinder. Var sjunde har svår synnedsättning.

Vanliga hemsjukvårdsinsatser enligt SNAC-studien är läkemedel (så gott som alla), provtagningar (nästan två av tre) och sårömläggningar (tre av tio).

De insatser som ska ske i hemsjukvården kan jämföras med den som ges i slutenvård eller i särskilt boende. Förutsättningarna är dock inte alls desamma. Husläkaren förväntas ha patientansvaret, men är beroende av patientens distriktssköterska och även andra vårdgivare. Detta samspel är komplext och inte säkert (Modin 2010).

Hemsjukvård dagtid och jourtid

Husläkarmottagningen har ansvaret för hemsjukvården måndag-söndag 17-08.00. Hälso- och sjukvårdsnämnden har upphandlat hemsjukvården kvällar och nätter. *Med tre vårdgivare för samma uppgift, hemsjukvård hela dygnet, så blir det problem med sammanhang. Det ökar risken för fel* konstaterar en intervjuad husläkare. I en annan studie från Äldrecentrum framkommer att det finns oklarheter hos de husläkarmottagningar som intervjuats kring uppdraget till jourutföraren. Det brister också i informationsöverföringen. Ett annat problem som påtalas är kontakten mellan hemtjänst och jourutförare som är tänkt att gå via Vårdguiden. Det är också problem med delegeringar nattetid, då ska jourföretagets sjuksköterska ge delegeringar till vårdbiträdena, men de får lita på husläkarmottagningens distriktssköterska (Hagman 2011).

Samarbetet hemtjänst - hemsjukvård

I regelboken för husläkarmottagningarna tydliggörs ansvaret för att samverka, och också samordna, främst då genom att distriktssköterskans roll som "spindeln i nätet" lyfts fram. Detta samordningsansvar har enligt de intervjuade inte fått det genomslag man kan tänka sig att beställarna avsett. Det finns helt enkelt inte tid, trots att man vill, är en vanlig kommentar. En förklaring som några av de intervjuade pekat på är att uppdraget inte stöds av de ekonomiska incitamenten och inte har någon framträdande roll i avtalsuppföljningen.

Det beskrivs av vissa intervjuade som tämligen omöjligt att klara gränsyterna på ett för de mest sjuka äldre säkert sätt i den nuvarande organisationen med ett så stort antal utförare utan inbördes samordning – valfriheten kan bli en fälla för de äldre med många behov menar man.

Intervjuerna visar på att det oftast saknas fungerande lokala rutiner för hur samarbetet ska ske mellan distriktssköterska och vårdbiträde. När distriktssköterska och vårdbiträde har ett gott samspel så fungerar det, har de det inte så uppstår missar som krånglar till det för den äldre och i värsta fall kan leda till medicinska komplikationer. Det som gör att det fungerar är när båda vårdgivarna präglas av en god omsorgsrationalitet, när det inte fungerar så kan man snarare tala om en företagsrationalitet, var och en optimerar att utföra just det som står i det egna uppdraget.

Ett sätt att hantera att det är många utförare berättar en distriktssköterska om. Hon ser till att göra hembesök hos den äldre när vårdbiträdet är där. Hon ser det som en fungerad modell för att hantera dagens verklighet med många utförare, som omöjliggör en tidigare arbetsform där distriktssköterskan regelbundet besökte vårdbiträdeslokalen. Den modellen var bra, men förutsatte att man hade ett gemensamt geografiskt ansvarsområde och få utförare.

Särskilt problematiskt synes det vara när ett behov av kontakt uppstår akut. Bilden är dock splittrad, inte mellan de tre studerade delarna av länet utan mellan olika utförare hur väl kommunikationen fungerar mellan distriktssköterska och vårdbiträde. När vårdbiträdet inte får tag på distriktssköterskan och/eller distriktssköterskan inte har tid att göra hembesök så ökar enligt de intervjuade risken att den äldre endera inte får en insats som behövs eller i onödan sänds in till sjukhus.

Dagens verklighet är dock enligt intervjuerna för personberoende, en bild som också framkommer i andra studier. Ett exempel är en rapport om att förstärka vårdkedjan för personer med begynnande demenssjukdom, där nuläget beskrivs som att *personkemi är ett centralt begrepp. Resultatet av arbetet tycks snarare bero på omständigheterna*

än ett väl strukturerat arbetssätt. Det innebär däremot inte att samarbetet per automatik inte fungerar, men avsaknaden av tydliga rutiner kan leda till att personen med demenssjukdom och dennes anhöriga blir drabbade på ett negativt sätt (Hoffman 2010).

Individuell vårdplanering

I intervjuerna med personal såväl inom primärvård som hemtjänst uttrycks önskvärdheten av vårdplaneringar i hemmet. Samma bild framkommer i andra studier, exempelvis den fokusrapport om basal hemsjukvård landstinget gav ut 2008. *När många aktörer är involverade, som hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering, borde det vara en självklarhet med en gemensam individuell vårdplanering i hemmet, tillsammans med den äldre och anhöriga. Så är också föreskrivet i regelboken 2008 för husläkarverksamheten. Denna form av vårdplanering synes dock höra till undantagen. De olika aktörerna har sin egen vårdplan, som inte självklart kommuniceras och stäms av med de övriga vårdaktörerna, och inte ens alla gånger med den äldre själv.* (Törnkvist 2008) Bilden är oförändrad nu, trots den lagändring som skedde vid årsskiftet 2009/2010 som ytterligare gör tydligt att sådan vårdplanering ska ske.

Delegering

Det framgår tämligen tydligt i intervjuerna att delegering är ett område där det finns stora säkerhetsbrister, men få avvikelserapporteringar och förhoppningsvis få faktiska fel. Alla (nästan) vet hur det borde gå till, vad lagstiftning säger och hur delegationen ska utföras. Ändå verkar det ytterst sällan genomföras på korrekt sätt. *Socialstyrelsens författningssamling är en karta som de distriktssköterskor jag intervjuat inte tycker följer verklighetens geografi* berättar Åsa Craftman, doktorand med delegering från distriktssköterska till vårdbiträde som sitt forskningsområde.

Distriktssköterskan ska inte delegera därför att det behövs för att hinna med arbetet, utan för den äldres skull, men en vanlig uppfattning är att de knappast skulle hinna med sitt arbete om hemtjänsten inte tog emot delegeringar.

En modell som tillämpas på flera håll är att husläkarmottagningarna delar upp hemtjänstutförarna sinsemellan och svarar för delegering till dessa utförare. Den äldre kan ha en distriktssköterska som inte är den som gett hennes vårdbiträde delegering. Man är medveten om att detta inte stämmer med delegeringsförordningen, men man ser ingen annan möjlighet att hantera situationen.

Av intervjuerna i denna studie framkommer att en distriktssköterska kan samla ett antal vårdbiträden för genomgång kring delegering. De enhetschefer i hemtjänsten som deltagit anser att den utbildning som getts varit adekvat och tydlig.

Alla distriktssköterskor säger att de går igenom Socialstyrelsens författning. *När jag haft fokusgrupper med vårdbiträden har ingen kunnat minnas att de hört något om författningen, och de har vag kännedom om det som författningen tar upp* (intervju med Åsa Craftman).

En del vårdbiträden har goda grundkunskaper, andra inte. I de fall då de har ytliga kunskaper, kanske är nya i arbetet, ser jobbet som något tillfälligt, då kan delegeringar vara en säkerhetsrisk för patienten.

Den största säkerhetsrisken för att det blir fel, som att den äldre får fel medicin eller ingen alls eller fel dos (t.ex. av ögondroppar) ligger nog inte i delegeringsförfarandet utan i utebliven handledning eller rutiner menar Åsa Craftman, en bedömning som stöds av övriga intervjuer i denna studie.

En utveckling bl.a. Äldreförvaltningens chefer pekar på, och som bekräftats i några ytterligare intervjuer, är en minskande vilja hos främst privata utförare att ta emot delegering. Stockholms stad har uppskattat kostnaden för delegerade uppgifter till den hemtjänst staden bedriver i egen regi till cirka 15 Mkr. Fokus i dialogen mellan huvudmännen kring delegering synes vara inte på hur delegeringsrutinerna kan säkerställas och Socialstyrelsens förordning efterlevas utan på vem som ska betala.

Rehabiliteringens roll

Intervjuerna visar på ett sedan tidigare väl känt faktum, att rehabiliteringen innehåller flera besvärliga gränzoner. En förklaring som framskymtar i intervjuerna är olika syn på vad som skulle kunna benämnas vardagsträning – som att hjälpa den äldre gå istället för att köra henne i en rullstol, att vänta in att hon knäpper knapparna istället för att hjälpa henne med det.

Från hemtjänsten hävdas att de inte får någon extra tid för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt. Enligt dem är biståndshandläggarens motiv att rehabilitering är en landstingsuppgift. De intervjuade biståndshandläggarna håller inte helt med om denna bild, de menar att de exempelvis beviljar tid för promenad som gångträning. Från rehabsidan konstateras att denna vardagsträning inte är en rehabilitering som förutsätter en sjukgymnast på plats, och att det också tidsmässigt skulle vara helt omöjligt. Om sjukgymnasten inte hinner och den äldre inte själv klarar av att följa ett träningsprogram så blir det

ingen träning. Vår slutsats är att detta för den enskilde äldre så viktiga stödet att återfå och behålla sina funktioner har blivit ingens ansvar.

Ett annat problem är möjligheten till handledning för vårdbiträden. De som intervjuats i primärvårdsrehab menar att de har en ambition att handleda vårdbiträden. Problemet är enligt dem att inte alla hemtjänstföretag tycker att det är viktigt att samordna vårdbiträdets tid med sjukgymnastens eller arbetsterapeutens för att få handledning på plats, och inte heller köper utbildning i förflyttningsteknik. Från de intervjuade hemtjänstutförarna är bilden snarare att de gärna vill ha handledning, men att rehabpersonalen inte har tid.

Rehabiliteringen är möjligen det område där beskrivningen av dagens verklighet skiljer sig mest mellan huvudmännen. Det är påtagligt att man inte har ett gemensamt språk och ingen gemensam målbild. Den bild som kommer fram i intervjuerna nu är den samma som i studier på 1990-talet. Lösningen då var att söka lägga pengarna i en "påse" så att personalen kan fokusera på individen och inte på vad som står i ens beställning.

Gränsytan myndighetsutövning - utförande

Vi ska bara utföra det som kommunen beställer. Men ringer en anhörig och är orolig – min mamma verkar ha lagt tillbaka telefonluren fel, hur är det med henne – ja då går vi förstås hem till henne även om vi inte alls skulle besöka henne den dagen. Det får vi inte betalt för men vi gör det. Så beskriver en hemtjänstutförare glappet mellan den äldres behov och den beställning som egentligen ska styra vårdbiträdets arbete. Visserligen för den äldre viktiga insatser, som delegerade uppgifter och träning, ingår inte i beställningen, och insatser den äldre behöver just nu är inte heller alltid beställda, eftersom de inte var förutsedda när biståndsbeslutet fattades.

Bostadsanpassning

En gränsyta som inte heller uppmärksammas så ofta är den till kommunens bostadsanpassning. Bostadsanpassning regleras i Lag (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m. m. Ansökan ska ske av den enskilde till kommunen. Ofta är bostadsanpassning nödvändig för att livet ska fungera, t.ex. efter en stroke. Bostadsanpassningen kan ta tid, och den äldre kan då endera behöva vistas i sitt hem trots att det inte är anpassat för hennes nytillkomna funktionsnedsättningar, eller också tvingas hon under tiden bo i korttidsboende. Det som framskymtar i intervjuerna är att det kan bli missar vid vårdplaneringen, att bostadsanpassningen inte kopplas in tillräckligt snabbt. Ett skäl som

anförs för att det kan bli så är att de som deltagit vid vårdplaneringen på sjukhuset aldrig varit hemma hos den äldre.

Gränsytan basal - avancerad hemsjukvård

Flera av de intervjuade har kommenterat ASIH:s andra uppdrag, dvs. att kunna bistå primärvården och det särskilda boendet exempelvis när det krävs behandlingar som den ordinarie personalen sällan eller aldrig gör. De intervjuade bedömer att denna möjlighet sällan används. Någon kommenterar detta med att det blir ett oklart ansvarsförhållande. Någon menar att ASIH säger nej när de inte hinner. Några av de intervjuade har pekat på hur värdefull denna möjlighet är eller skulle vara för den som behöver mera avancerade sjukvårdsinsatser i hemmet.

Det största problemet synes vara den samma som uppmärksammades i den ovan citerade fokusrapporten om den basala hemsjukvården, att ASIH kan säga nej när de inte har kapacitet, vilket husläkarmottagningen aldrig kan göra. En distriktsläkare säger att *störst problem är nog i de fall då personer faller mellan oss och ASIH. Händer inte ofta men är besvärligt för den enskilde och för oss när det händer. Beror nog vanligen på att ASIH säger nej, de har fullt, kan inte ta sig an patienten, och vi kan ju aldrig säga nej trots att vi inte har kapacitet, kan vara både kunskapsmässigt och tidsmässigt. Svårt också för vår del eftersom verksamheten är uppdelad på tre utförare eftersom två olika har insatserna kväll resp. natt. ASIH har ju allt dygnet runt, det passar de här patienterna mycket bättre.*

Samverkan psykiatri - primärvård - hemtjänst

De intervjuade har haft olika uppfattning om problem för äldre med svåra psykiska problem. Några av de intervjuade har framhållit att dessa äldre är patienter som ingen vill befatta sig med, och de kan ta oerhört mycket resurser både från sjukvård och från äldreomsorg. Andra menar att psykiatrin fungerar, och att gränssnittet mellan psykiatrin och husläkaren inte skapar problem för den enskilde.

När problemen kring en enskild person blir stora kan avsaknaden av psykiatriskt stöd vara besvärande, och då finns det en risk att den personen inte får ett adekvat stöd. I en studie i Stockholms stad konstaterades att psykiatrins konsultationsansvar gentemot vårdgrannar sköts olika inom olika områden i länet och att hur det fungerar i alltför hög grad är personbundet (Ljungdahl 2009).

Ett problem några lyfter upp är den organisatoriska gränsen många stadsdelar och kommuner har mellan socialpsykiatrin och äldreomsorgen. När en person som haft t.ex. boendestöd fyller 65 år är det inte givet att denne får behålla detta stöd. Äldreomsorgen har inte den in-

satsen kan det då heta. Organisationen, inte personens behov, har då fått styra. Stockholms stad har uppmärksammat detta problem och försöker få bort 65-årsgräns för insatser. I Täby synes man gå åt andra hållet.

Det särskilda boendet

Den gränsszon som pekats ut som ett problem för dem som bor i särskilt boende är den mot slutenvården. En bakgrund är det något oklara hälso- och sjukvårdsansvar de särskilda boendena har, en annan det dubbla huvudmannskapet för hälso- och sjukvården i det särskilda boendet.

Läkaren och sjuksköterskan

Vid Ädelreformen 1992 bestämdes att läkarinsatserna skulle förbli ett ansvar för landstingen. Detta har inte varit en oproblematisk lösning. Det har funnits kritik från kommunalt håll om bristande kompetens och kontinuitet och för lite tid för de läkare som av sina landsting fått uppdraget att vara läkare vid de särskilda boendena.

Sedan 1992 har det skett stora förändringar i äldreomsorgen. En stor majoritet av dem som idag bor i det särskilda boendet har ett sjukdomspanorama som förutsätter en hög kompetens hos hälso- och sjukvården i det särskilda boendet för att de ska kunna få det värdiga liv alla önskar. Det krävs därför stabila läkarinsatser och ett bra samspel mellan läkare och den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen.

Stockholms läns landsting införde i maj 2008 ett vårdval för läkare i särskilt boende. Kommunerna gavs möjlighet att välja bland de läkarevårdgivare som auktoriserats för de särskilda boendena i kommunen och den enskilde gavs möjlighet att i stället välja läkare inom ramen för Vårdval Stockholm bland länets alla husläkarmottagningar.

Mycket tyder på att auktorisationsförfarandet varit en framgång. Den helt dominerande andelen av de äldre har valt att ha den läkare som har ansvar för boendet och har inte valt annan husläkare. Kommunerna har fått en reell möjlighet att påverka vilken läkarorganisation som ska ha uppdraget (Hjalmarson 2010).

Samtidigt finns det åtskilliga kvarstående utmaningar. Det nödvändiga samspelet mellan läkare och sjuksköterska försvåras av att de inte har samma journalsystem. Liknande problem kan uppstå när det är ett annat företag som har hand om insatser under jourtid. Bemanningen kvälls- och nattetid är på sina håll alltför knapp såväl på landstings-

som kommunsidan för att kunna säkerställa ett tryggt omhändertagande när det t.ex. behövs kontinuerlig smärtlindring.

När den äldre kommer från slutenvården

I några intervjuer har påtalats att de äldre skrivs ut för tidigt, innan deras hälsotillstånd har hunnit bli stabilt. Som nämnts ovan synes detta vara särskilt vanligt vid utskrivning till korttidsboende. I en studie om läkare i särskilt boende framkom samma bild, att det förekom att alla provtagningar inte var klara eller att läkemedelsbehandlingen inte var inställd när den äldre kom från slutenvården (Hjalmarson 2010).

När den äldre sänds till slutenvården

Onödiga inläggningar?

I de intervjuer landstingsrevisorerna genomförde vintern 2010 framkom från slutenvården att de anser att de ibland får in patienter som det särskilda boendet enligt dem borde ha klarat. Samma uppfattningar framkom i studien om läkare i särskilt boende (Hjalmarson 2010) och i en studie om samordnad vårdplanering i nordost (Lindström 2011).

Det finns bland de intervjuade i vår studie olika syn på i vilken mån de boende i för liten eller i för hög utsträckning sänds till sjukhus. Ett par av de intervjuade menar att om det förekommer kritik så är det vanligen från anhöriga som tycker att deras närstående borde ha sänts till sjukhus.

De flesta av de intervjuade läkarna i studien om läkare i särskilt boende sa att de försökte undvika att skicka in patienter till akutsjukvården.

Störst synes risken för onödiga inläggningar vara på jourtid. Enligt intervjuade nattsjuksköterskor var det relativt vanligt att läkaren istället för att besöka patienten remitterade in honom eller henne till akutsjukhuset. Även flera av de intervjuade läkarna som arbetade jour sa att de ofta valde att skicka in patienter till sjukhus direkt utan att först besöka dem. Flera av läkarna betonade att de inte ville åka till patienter akut om inte en sjuksköterska först hade besökt patienten och undersökt puls, blodtryck och medvetandegrad. Det förutsätter att det finns en sjuksköterska på plats. De intervjuade sjuksköterskorna var eniga om att juren fungerade bäst hos de läkarvårdgivare som hade egen jour. En anledning var att läkarna oftare kände till de patienter som de ringde om och att de hade tillgång till läkarjournalerna och snabbt kunde bilda sig en uppfattning om situationen (Hjalmarson 2010).

De intervjuade MAS-arna i de två stadsdelarna och Täby känner inte igen att boende skulle sändas till sjukhus p.g.a. att det inte funnits sjuksköterska på plats eller bristande sjuksköterskekompetens. En MAS hade hört sig för hos "sina" sjukhus, och ingen av dem kände igen något sådant fall. Däremot säger en MAS att det kan hända att sjuksköterska efter samtal med läkaren kommit fram till att det ur patient-säkerhetssynpunkt är viktigt att den äldre får rätt vård för den aktuella situationen.

Stora skillnader

Det är stora skillnader såväl mellan kommuner som särskilda boenden i antal vårddagar per boende. Det genomsnittliga antalet vårddagar inom slutenvården per boende i särskilt boende räknat för helt år var vintern 2009 knappt 14 dagar och det var knappt en vårdepisod per boende och år. Antalet vårddagar inom slutenvården per boende varierade mellan kommunerna/stadsdelarna från sju dagar till 33 dagar per år, lägst i Vaxholm och Farsta, högst i Älvsjö och Östermalm. Tjugotvå vård- och omsorgsboenden i sex kommuner/stadsdelar special-studerades. Hos dessa varierade antalet vårddagar i slutenvård mellan vid 1:a percentilen⁴ 9 dagar och vid 9:e percentilen 24 dagar, medianvärdet var 12 dagar.

Bland dem som hade mindre än tolv dagar var fyra av de fem bemanade med sjuksköterska dygnet runt. Ett av dessa äldreboenden hade endast sjuksköterskor på plats under kontorstid. Utifrån registerdata går det inte att förklara variationen i konsumtion av slutenvård (Hjalmarson 2010).

Olika syn på vad det särskilda boendet kan klara

Att äldre sänds in akut till sjukhus kan bero på att gränsen för vad som ska ingå i det särskilda boendets hälso- och sjukvård dragits för snävt. I studien om läkare i särskilt boende framkommer att det finns olika uppfattningar om hur avancerad hälso- och sjukvård som ska kunna ges i det särskilda boendet.

Ekonomiska incitament

En faktor kan vara de ekonomiska incitamenten. Uppdraget till de verksamheter som svarar för läkarinsatserna i det särskilda boendet avser hela dygnet. Många företag har valt att anlita en underentreprenör för att klara insatser på jourtid. Beställarna har valt att inte ha

⁴ 1:a percentil = 10 % har lägre värden; 9:e percentil = 10 % har högre värden.

något specifikt ekonomiskt incitament för att läkare ska komma till det särskilda boendet på obekvämt arbetstid. Ersättning för hembesök är 102 kr när på dygnet det än sker. Ersättningen till läkarna i särskilt boende har, till skillnad mot ersättningen till husläkarna, en hög fast del och en låg rörlig del.

Det är svårt att av de intervjuer som genomförts dra några säkra slutsatser kring om ersättningssystemet för läkare i särskilt boende minskar läkares benägenhet till akuta hembesök i sådan grad att en äldre i stället behöver föras till sjukhus. Enligt uppdraget från HSN-f ska läkaren *vid behov av oplanerade insatser i samband med akuta sjukdomstillstånd inställa sig hos patienten inom två timmar efter förfrågan erhållits. Telefonkontakt med tjänstgörande sjuksköterska skall hållas under denna tid.*

Kompetent personal på plats

En vanlig bedömning bland de intervjuade är att det avgörande för att den som bor i särskilt boende varken ska riskera att i onödan behöva sändas till sjukhus eller att få en undermålig vård på det särskilda boendet är att boendet har rätt tillgång till läkare och dygnetruntbemannning av sjuksköterska.

Vad det särskilda boendet klarar beror enligt Hjalmarson (2010) på:

- Bemanningen med sjuksköterska, läkare och omvårdnadspersonal.
- Kompetensen hos omvårdnadspersonalen.
- Tillgång till medicinsk utrustning.
- Tillgång till läkemedelsförråd att kunna sättas in snabbt.
- Att landstinget och kommunen har en gemensam målsättning.

Gemensam målsättning

Ett grundläggande problem är att det saknas mål som Stockholms läns landsting och kommunerna är ense om, exempelvis vilken medicinsk kompetens som ska finnas i det särskilda boendet och vilken nivå hälso- och sjukvårdsinsatserna ska ha. Vidare är gränsen oklar mellan kommunens hälso- och sjukvårdsansvar, avancerad hemsjukvård och vård på sjukhus (Hjalmarson 2010).

”Sjukstuga”

Det skulle underlätta, menar några av de intervjuade, om det i länet fanns möjlighet att erbjuda äldre en vårdform, som är mera avancerad än som kan erbjudas i flertalet vård- och omsorgsboenden men mindre

rehabiliteringsinriktad än den nuvarande geriatriken. Vi kan inte bedöma hur stor målgruppen är för en sådan verksamhet. Ett bättre alternativ torde vara att det särskilda boendet för sjukvårdsinsatser som är mer komplexa biträds av t.ex. ASIH. Dess så kallade andra uppdrag i särskilt boende avser dock enbart avancerad palliativ vård. Insatser för andra patienter skulle kräva tjänsteköp av kommunen, i de fall då kommunen eller dess entreprenör inte har hälso- och sjukvårdspersonal med tillräcklig erfarenhet för den aktuella insatsen på plats.

Bilaga 1, Östermalm

Beskrivning av stadsdelen

Östermalm är en stadsdel med relativt sett välutbildad befolkning, och med låga ohälsotal. Medelåldern är hög jämfört med andra stadsdelar och kommuner i länet.

Östermalm har cirka 64 500 innevånare (årsskiftet 2009/2010). Av dessa är 8 000 i åldern 65-79 år och 4 300 är 80 år och äldre. Östermalm har därmed den högsta andelen äldre (19 %) av stadsdelarna i Stockholms stad. Antalet personer 65-79 år beräknas öka till cirka 11 300 personer och antalet 80+ minska till cirka 3 700 personer till årsskiftet 2019/2020.

Ca 2 700 personer har insatser av hemtjänst eller bor i äldreboende.

Här finns ett stort antal husläkarmottagningar, för närvarande 17, och ett 90-tal hemtjänstutförare erbjuder de äldre sina tjänster. Här finns vård- och omsorgsboenden såväl i privat regi som i stadens, drivna av olika entreprenörer.

Avtal/samverkansmöten/samverkan

Det finns egna överenskommelser sedan ett antal år med husläkarmottagningarna om läkemedelsdelegering och apoteksärenden. Det finns även överenskommelser om samverkan med Stockholmsgeriatriken. Samverkan med Stockholmsgeriatriken fungerar mycket bra enligt stadsdelens bedömning.

Äldreomsorgen på Östermalm har sedan många år regelbundna möten med primärvården. Alla husläkarföretag inbjuds. Det är dock inte så många som kommer. Det är stadsdelsförvaltningen som inbjuder, efterfrågar frågor att ta upp, gör dagordning samt för protokoll. Dessa möten bidrar till mindre "gnissel" i samband med organisationen av vården, för de äldres bästa.

Det har varit svårt för stadsdelen att få till stånd lokala överenskommelser med landstinget, eftersom HSN-f inte haft någon gemensam övergripande funktion.

Det finns en stadsövergripande mötesform där innerstadens nämndordförande och viceordförande tillsammans med stadsdelsförvaltningens chefer träffar primärvården. Om mötet har äldreomsorg som tema är även äldreomsorgscheferna inbjudna. Dessa mötenas syfte är att genom personlig kontakt och informationsutbyte förbättra samarbetet mellan kommun och landsting.

Distriktssköterskorna kommer sällan till vårdplaneringstillfällena, utan signerar dem bara i Webcare. Delegation av läkemedel till hemtjänstpersonalen är trots alla avtal en källa till diskussioner och oenighet.

Mångfalden i vården och valfriheten skapar en stor mängd informationsproblem – det kan fungera i den ursprungliga situationen men bli problematiskt när den äldre får mera sammansatta behov och aktörer som inte känner varandra förväntas samverka kring vård och omsorg.

I stadsdelen övergår Rio servicehus till trygghetsboende. Samarbetet mellan huvudmännen när husläkarmottagningarna övertagit” hemsjukvårdspatienterna är enligt stadsdelsförvaltningen ett exempel på god samverkan.

Ansvarsområden öppen - slutenvård

Östermalm har utarbetat en modell för vårdplanering som tillämpas framför allt i geriatriken men även i akutsjukvården. Stadsdelsförvaltningen har fyra-fem biståndshandläggare som enbart genomför vårdplanering på sjukhusen. Geriatriken har systematiserat sin del av vårdplanering så att en speciell sköterska är utskrivningssköterska på varje avdelning. Avdelningen redovisar vad som gäller för den äldres diagnos, status och prognos när denna är utskrivningsklar och överläter därefter till den äldre, anhöriga och vårdplaneraren att planera för fortsatta vårdformer eller hjälp i hemmet. Biståndsbeslutet vid hemgång fattas för en kortare period, cirka tre månader. Geriatriken skulle önska att man införde en modell där alla, efter att ha blivit bedömda som utskrivningsklara och fått beslut om hjälp i hemmet, efter två veckor skulle få en förnyad vårdplanering i sitt hem

Systemet har fungerat väl även om sjukhuset anser att stadsdelarna i för hög utsträckning utnyttjar de fem ”betalningsfria” dagarna och ibland även driver kvarboendepincipen in absurdum.

Kontakterna mellan geriatriken och stadsdelsförvaltningen är väl utvecklade. Däremot är stadsdelsförvaltningen kritisk mot att akutsjukvården inte alltid har gamla människor i centrum, och menar att vissa konstiga hemgångar kan ske.

Rehabilitering - ingen kommunal uppgift?

Primärvårdsrehabiliteringen bedrivs av Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) som är landstingets egenregiverksamheter. Det finns en gråzon mellan dess uppdrag och hemtjänstens uppdrag vad gäller det man kan benämna vardagsträning. Enklare aktiviteter som att träna

sig att klara sysslor i hemmet – koka gröt, använda badrummet – blir därmed ingens ansvar.

Östermalms stadsdelsförvaltning har en projektanställd sjukgymnast som utbildat personal i ergonomi och lyftteknik och bistår även biståndshandläggaren vid hembesök med ADL och för att se vilka åtgärder i bostaden som kan underlätta för den äldre.

De intervjuade på sjukhusen menar att det finns för få korttidsplatser där den äldre kan få vård och rehabilitering efter en sjukhusvistelse. Stadsdelen har 10 korttidsplatser men de är inte primärt avsedda för rehabilitering efter sjukhusvård.

Hemtjänst och hemsjukvård

Östermalm har ett stort antal hemtjänstutförare liksom många husläkarmottagningar med eller utan distriktssköterskor. Vissa utförare har stadsdelsförvaltningen god kontakt med sedan tidigare, vissa hinner förvaltningen knappt få kunskap om att de finns i området. Det beskrivs av de intervjuade som tämligen omöjligt att klara gränsyterna på ett för de mest sjuka äldre säkert sätt i den nuvarande organisationen med ett så stort antal utförare utan inbördes samordning – valfriheten kan bli en fälla för de äldre med många behov menar man.

Att inte hemtjänstutförarna har tillgång till WebCare bidrar till att dessa inte alltid hinner få information om intagning/utskrivning från sjukhus tillräckligt snabbt. Att få tag på distriktssköterska eller akutsjukhus via telefon för att få någon form av information är tålamodsprovande, tar tid och kan verka gammalmodigt i vår IT-värld.

Frågan om kost och nutrition har observerats som en av gråzonerna mellan hemsjukvårdens hälso- och sjukvårdsansvar och hemtjänstens ansvar för att förse den äldre med måltider. Stadsdelsförvaltningen har ett nutritionsprojekt på gång tillsammans med landstinget.

Äldre med psykisk funktionsnedsättning

Den gråzon flera ser som mest bekymmersam är kring äldre med avancerade psykiska problem. Det finns ingen hjälp att få om man fyllt 65 år säger några. Norra Stockholms Psykiatri (SLSO) har en Äldrepsykiatrisk mottagning, men de intervjuade hos stadsdelen är oklara över dess uppdrag. Organisationen inom psykiatrin och inom stadsdelen kan försvåra att ge adekvata insatser. Stadsdelsdirektörens bedömning är dock att åldersgränsen bara har en organisatorisk och ingen reell betydelse, och därför inte påverkar vilka insatser den enskilde får.

Utvecklingsområden

De befintliga överenskommelserna som finns mellan stadsdelsförvaltningen och husläkarmottagningarna behöver breddas och uppdateras. Dessa lokala överenskommelser med utförarna på landstingsidan behöver förstärkas med ett lokalt samverkansavtal med HSN-f, i enlighet med intentionerna i samverkansavtalet mellan staden och landstinget. Bl.a. behöver följande områden bli säkrare:

Rutinerna för delegering till personal i hemtjänsten.

Rutinerna för informationsöverföring mellan distriktssköterska och vårdbiträde.

Rutinerna för gemensam vårdplanering i hemmet.

Det gemensamma ansvaret för vad som kan benämnas vardagsrehabilitering behöver bli klarlagt såväl mellan beställarna som mellan utförarna.

Bilaga 2, Skärholmen

Beskrivning av stadsdelen

Skärholmen har cirka 33 000 innevånare (årsskiftet 2009/2010). Av dessa är cirka 3 400 i åldern 65-79 år och 1 500 är 80 år och äldre. Skärholmen har något högre andel i åldern 65-79 år och något lägre 80 år och äldre än genomsnittet för Stockholms stad. Antalet personer 65 år och äldre beräknas vara relativt oförändrat vid årsskiftet 2019/2020.

Drygt 1 000 personer har insatser av hemtjänst eller bor i äldreboende. De äldre med utländsk härkomst har ofta hjälp av en anhöriganställning eller av ett företag där personalen pratar den äldres språk.

Det finns ca 70 hemtjänstföretag som driver ca 60 procent av hemtjänsten, medan den kommunala verksamheten har de resterande ärendena. Flertalet äldre i äldreboende bor i vård- och omsorgsboenden i Sättra, med både somatisk och demensinriktning. Stadsdelsförvaltningen har inget eget korttidsboende utan köper platser av Älvsjö stadsdelsförvaltning.

Det fanns vid intervjuperioden tre vårdcentraler i stadsdelsförvaltningen, alla är landstingsdrivna. Vårdcentralen i Skärholmen har ca 18 000 listade patienter där personer med utländsk bakgrund uppgår till ca 80 procent. Eftersom så många av patienterna har utländsk härkomst blir det ibland svårigheter i kontakterna mellan läkare - distriktssköterska - hemtjänst.

Avtal/samverkansmöten/samverkan

Det har tidigare funnits ett samverkansavtal mellan landstinget och stadsdelsförvaltningen. Det har sagts upp, och arbetet med ett nytt avtal utifrån stadens och landstingets nya samverkansavtal har legat still. Nu försöker man på nytt etablera samverkan och överenskommelser. Det finns dock en osäkerhet vem som äger frågan och hur ansvarat för att utveckla överenskommelser ska fördelas mellan beställare och utförare. Ett exempel på detta är att geriatriken på Huddinge sjukhus efterlyser medlemmar i en arbetsgrupp medan kommunens representanter är osäkra på en sådan arbetsgrupps roll.

Geriatriken/KS kallar till samverkansmöten två gånger per år, men stadsdelsförvaltningen har inte i så stor utsträckning ansett att de mötena tillfört något av värde. Förvaltningen avser nu att ta nya tag och i högre utsträckning delta i möten och även själva ta initiativ till sammankomster.

Ett vanligt tema vid dessa samverkansmöten är hur WebCare administreras och används.

Ett tvisteämne har varit stadsdelens beredskap att kunna ta emot utskrivningsklara patienter vid storhelger. *Ofta har vi "samverkan" inför långhelger då geriatriken tar kontakt för att kolla att vi har tillgängliga biståndshandläggare även under helgerna.* Stadsdelsförvaltningen har fått kritik för att inte ha haft erforderlig jour, men har granskat sig själv. Stadsdelens bedömning är att det funnits tillgång till såväl platser på äldreboende som möjlighet till beslut om hemtjänst.

Ansvarsområden öppen - slutet vård

Normalt brukar det gå bra att få äldre med akuta sjukdomssymptom intagna på sjukhuset. Vårdpersonalen tar oftast kontakt med distriktsköterska som vid behov ringer ambulans.

Hemgången blir ofta mera problematisk. Geriatriken är inte så insatt i den kommunala hanteringen enligt stadsdelsförvaltningen. Biståndshandläggarna använder mycket tid till vårdplanering på sjukhuset. Uppfattningen om den enskildes behov och önskemål sammanfaller inte alltid med vad avdelningen anser behövas som insats efter sjukhusvistelsen. Stadsdelsförvaltningen anser att man behöver utveckla sina rutiner tillsammans med den geriatriska kliniken, så att man förstår sina ömsesidiga åtaganden.

Distriktssköterskorna är sällan med på dessa vårdplaneringsmöten.

Hemtjänstutföraren skulle gärna vilja ha tillgång till WebCare. Då kunde man få direktinformation om vad den äldre fått för vård och vad som krävs vid hemgång. Det mesta brukar dock gå att ordna om man får veta detta i tid

Rehabilitering - ingen kommunal uppgift?

Behov av bostadsanpassning och/eller rehabilitering i hemmet är ofta svårlost. Rehabiliteringsverksamheten finns i en egen utförarenhet (Reagera). Stadsdelen beskriver det som att kommunikationen och samverkan varit svår med rehabkliniken, medan företrädare för primärvårdsrehabiliteringen menar att de har en god samverkan och inte kommer in för sent.

Bostadsanpassning i hemmet kan ta flera veckor, och *hur ska den äldre klara sig hemma om man inte kan gå på toaletten?* Däremot kan den enskilde få beslut om extra tid för t.ex. gångträning i hemmet. Mera tid en kortare period gynnar den äldre och kan på sikt innebära ett mindre hjälpbehov, säger hemtjänstutföraren.

Stadsdelsförvaltningen i Skärholmen köper korttidsplatser av Älvsjö. Ibland beviljas den äldre som har behov, en plats där medan hemmiljön anpassas så att den äldre kan bo kvar i sitt hem. I korttidsboendet finns ett bra samarbete arbetsterapeut som vid behov följer med den äldre hem för att se om det kan finnas åtgärder som förbättrar det dagliga livet.

Hemtjänst och hemsjukvård

Skärholmen stadsdelsförvaltning har god kontakt med Skärholmens vårdcentral, men mest på utförarnivå. Distriktssköterskorna håller vanligen kontakt direkt med vårdpersonalen och ger delegation om läkemedel mm till hemtjänstpersonal som de känner sedan länge. Vid behov tar distriktssköterska direktkontakt med vårdpersonalen om förändrade åtgärder. Ingen känner till att det skulle finnas någon systematik i hur ärenden om egenvård och delegation dokumenteras.

Vårdcentralen i Skärholmen försöker att få sina patienter att byta sitt vårdval till vårdcentral där de bor om de har hemsjukvårdsinsatser så att vägen till patienterna blir så kort som möjligt. *Det brukar gå bra om vi förklarar läget.*

Hemtjänsten har i några fall kunnat samarbeta med ASIH och medverka till att äldre fått avsluta sina dagar i hemmet. *Det är dock ganska sällsynt att vi har denna möjlighet. Tyvärr är det svårare att få samförstånd med hemsjukvårdens jour på icke kontorstid. Det kan vara så att den äldre kommer hem med en påse med nya mediciner i handen. Då har budskapet gått fram att sjukhuset inte får skriva ut den äldre på kvällen utan att kunna nå apoteket – Men hur vet vi då vilka läkemedel den äldre inte ska ta!*

Både vårdcentralen och MAS i Skärholmen är mycket nöjda med hur omvandlingen av servicehuset till trygghetsboende genomförts. Mycket arbetsamt men med gott samarbete.

En av de större utmaningarna i området är att så många har utländsk härkomst – detta försvårar samarbetet i kontakten hälso- och sjukvård - äldreomsorg - anhöriga - den enskilde/patienten.

Hemsjukvårdens kvälls- och nattjour ska övergå till en annan utförare, *så nu ska vi återigen hitta nya kontakter. Det kan vara tröttande med alla dessa olika utförare.*

Psykiatri

Normalt går det bra att ta hand om äldre med psykisk funktionsnedsättning. I de fall då det är stora problem bedömde dock den tidigare äldreomsorgschefen i Skärholmen det som att psykiatri inte tar till-

räckligt ansvar. Mycket tid går åt för äldreomsorgen att hjälpa de personerna.

Utvecklingsområden

Stadsdelsförvaltningen bör träffa nytt lokalt samverkansavtal med HSN-f och återuppta regelbundna möten över huvudmannaskapsgränserna och mellan såväl beställare som utförare.

Den samordnade vårdplaneringen på Huddinge sjukhus kan bli mer strukturerad, samordnad och tidseffektiv.

Säkra rutiner för delegering och egenvård saknas och behöver utarbetas.

Samarbetet mellan primärvårdsrehabilitering och hemtjänst behöver ses över och förbättras, bl.a. med målsättning att se över hur behovet av vardagsträning ska kunna tillgodoses.

Samarbetet mellan stadsdelen och den psykiatriska sektorn behöver förbättras.

Bilaga 3, Täby kommun

Beskrivning av kommunen

Täby kommun ligger nordost om Stockholm och är i regionplanen utpekad som ett regionalt centrum. I kommunen bor i dag ca 63 000 personer. Av dessa är cirka 8 500 i åldern 65-79 år och 2 900 är 80 år och äldre. Antalet personer 65-79 år beräknas öka till cirka 9 800 personer och antalet 80+ till cirka 3 600 personer fram till 2018.

Här finns en blandning av nyare och äldre villa- och radhusbebyggelse samt större lägenhets- och flerfamiljshusområden runt centrumbildningar, varav Täby Centrum är en av landets största. Andelen lägenheter är ungefär lika i flerbostadshus (47 %) och småhus (53 %). Närheten till Stockholm har gjort att befolkningen vuxit snabbt. Stora delar av befolkningen arbetar utanför kommunen, företrädesvis i Stockholm.

I Täby finns sex husläkarmottagningar och en primärvårdsrehabilitering. Tre av de sex mottagningarna ligger i Täby centrum. Där ligger också primärvårdsrehab, som har samma chef som Täby vårdcentral. Merparten slutenvård ges vid Danderyds sjukhus, av Danderyds sjukhus AB och av Danderydsgeriatriken som drivs av SLSO.

Täby kommun tillämpar sedan 1994 kundval inom hemtjänst. Det finns totalt 22 utförare. Egen regi har cirka 20 procent av hemtjänstkunderna. I egen regi drivs ett av kommunens särskilda boenden (Ångaren), de övriga drivs inom kundvalets ram av olika utförare. Störst är Tibblehemmet och Attundagården, som drivs av Attendo.

Struktur för samverkan

Mellan sluten och öppen vård

Det finns inget forum för dialog med Danderyds sjukhus AB eller med Danderydsgeriatriken. Husläkarmottagningarna hade tidigare ett sådant forum som var uppskattat. Även kommunen har haft möten, men de fungerade inte bra enligt en chef i Täby. Ett område som enligt henne skulle behöva diskuteras är vårdplaneringar – hur ska de utformas.

Närvården

På initiativ av kommunens MAS sker regelbundna möten mellan husläkarmottagningarna och kommunens äldreomsorg. Dessa möten får både ros och ris. Några menar att de blivit mer konstruktiva sedan avtalshandläggaren för husläkare började delta. Samtidigt finns det från

kommunhåll ett missnöje att hon inte har ett övergripande landstingsansvar. De intervjuade har svårt att lyfta fram konkreta resultat från samverkansträffarna, förutom den kontaktlista som nu finns med alla telefonnummer.

Samverkan vid inskrivning till slutenvård

Det finns en rutin vid in/utskrivning från Danderyds sjukhus och Danderydsgeriatriken som Täby haft sedan länge, en blankett som följer med patienten in från det särskilda boendet och också från ordinärt boende om man har hemtjänst/hemsjukvård. Att blanketten inte är så känd framkommer i en intervju med Danderydsgeriatriken.

Samarbetet mellan primärvården och hemtjänsten fungerar inte alltid när en äldre hemtjänsttagare blir dålig. *Det händer när distriktssköterskan inte har tid att komma att vi får skicka in en person till akuten. Detta gäller främst utanför kontorstid, de distriktssköterskor som jobbar då klarar bara de planerade besöken, de akuta hinner de inte med* berättar en hemtjänstchef.

Samverkan vid utskrivning från slutenvård

För snabba utskrivningar?

Från primärvården bedömer man inte att patienter skrivs ut i för dåligt skick. Även från kommunhåll delar man i huvudsak den bedömningen, trots att utskrivningarna, som en uttryckte det, är som en kulspruta. Störst är kritiken när den äldre beviljats plats efter sjukhusvistelse på något av kommunens korttidsboenden. Läkaren vid det särskilda boendet berättar att *det rör sig inte om felbedömningar, utan om ej färdigutredda*.

Flera av de intervjuade menar att det största problemet vid snabb hemgång är brist på anpassning av bostaden och att det inte finns hjälpmedel på plats dag 1, något som är sjukhusets ansvar. Detta kan delvis förklaras av att det bara är geriatriken som arbetar systematiskt med att bedöma vilka behov som finns i hemmet.

De intervjuade vid en av de sex husläkarmottagningarna menar att det *är sällan det skrivs ut någon där vi tycker att det är en för tidig utskrivning*.

Samordnad vårdplanering

Alla intervjuade, både i primärvård och kommun, är ense om att det är stor skillnad mellan geriatriken och Danderyds sjukhus, till geriatrikens fördel.

Från slutenvårdens sida framförs kritik mot bristande lyhördhet från biståndshandläggarnas sida (kritiken gäller då generellt hela nordostsektorn). De båda intervjuade biståndshandläggarna har en annan syn.

Flera av de intervjuade konstaterar att vårdplaneringarna tar tid, och efterlyser mer rationella former. Distriktssköterskorna har för egen del rationaliserat arbetet genom att ha vårdplaneringen per telefon eller enbart via WebCare. Ett arbete att finna nya former har på uppdrag av landstinget och nordostkommunerna utförts av nordostsektorns FoU-miljö, FoU Seniorium.

Informationsöverföringen

Det finns ingen säker rutin för att hemtjänsten blir informerad vid utskrivning. De har telefonkontakt med sjukhuset, vilket kan vara en säkrare informationskälla än WebCare. *Oftast vet vi om att den äldre kommer hem, och vi ringer distriktssköterskan och informerar* berättar en enhetschef.

Läkaren vid det kommunala korttidsboendet konstaterar att det är ett stort problem att de inte ingår i WebCare och att de inte har tillgång till patientens journaler.

Trots dessa säkerhetsbrister i systemet är det ovanligt att en hemgång missas. *Det svåra är, menar en av de intervjuade, när den äldre själv säger att hon kan gå hem och att någon hjälper henne, och där Danderyds sjukhus inte observerat hennes demens.*

Särskilt boende

Kommunens MAS ser inte gränslandet mellan vad särskilt boende ska kunna klara och vad som kräver slutenvårdens insatser som något större problem i Täby. *Visst är det för lite läkartid, och på en del håll för låg sjuksköterskebemanning. Men vi ställer krav på utförarna. Det är deras ansvar att klara att alla de boende får den hälso- och sjukvård de behöver. Vissa har mobila sjuksköterskor kvällar/nätter, men finns det behov får de se till att sjuksköterska finns på plats och kan klara t.ex. att ge injektioner varje timme till parkinsonpatient. Och de fixar det.*

Korttidsboendets rehabiliteringspotential

Sjukhuset har för lite platser, på korttidsboendet tar vi för stort ansvar menar kommunens beställarchef. ... anhöriga inte fått information på sjukhuset så att de har realistiska förväntningar på vad som kan göras. Det blir inte bra för den enskilde.

Vi kan skriva att de ska träna – men det blir inte som på geriatriken berättar de intervjuade biståndshandläggarna.

Samverkan - hemtjänst och hemsjukvård

Det är många aktörer som ska samverka. Flertalet av de intervjuade menar ändå att det går. Täby har haft vårdval och kundval länge, och efterhand har man funnit strukturer. En intervjuad distriktssköterska som varit med under hela den tid som kundval och vårdval funnits, berättar att *när vi startade 1993 fanns bara den kommunala hemtjänsten, och när Täby tidigt införde kundval i hemtjänsten tyckte vi det var besvärligt, men nu har vi funnit former att hantera det, då knöligt, men nu har vi löst det.*

Samarbetet distriktssköterska - vårdbiträde

Hemtjänsten behöver närmre kontakt, det är svårt att få kontakt, stöd och handledning menar kommunens MAS. Men det finns också områden och husläkarmottagningar där detta fungerar alldeles utmärkt tillägger hon. *Dock ser min medarbetare som tillsynar att missförhållanden ökar. Kan t.ex. vara att vårdbiträde fått ta egna beslut i hälso- och sjukvård för att hon inte fått kontakt med husläkarmottagningen. ... att samarbeta med hemtjänsten, det har låg prioritet hos några av husläkarmottagningscheferna. Hembesök av läkare förekommer knappt.*

Denna bild bekräftas av de intervjuade hemtjänstcheferna. *Vissa så otryggt för vårdbiträdet, distriktssköterska svarar inte på telefon, och får de tag på henne svarar hon att hon inte har tid. De ringer inte tillbaka.* De betonar samtidigt att det varierar mycket mellan olika husläkarmottagningar och olika distriktssköterskor. Problemen är störst utanför kontorstid.

Gemensam information

Den gemensamma informationskanal som finns idag är den gröna pärm som förvaras hemma hos den äldre. Den har alla tillgång till. Det finns kritik mot hur den gröna pärmen sköts, *hälso- och sjukvården är dålig på att använda vår gemensamma kommunikationskanal den gröna pärmen. Det finns en flik men inget blad.*

Hemsjukvårdens tre aktörer (dagtid vardagar, dagtid helger samt kvällar/nätter) har inte tillgång till varandras journaler.

Individuell vårdplan

Kommunens beställarchef menar att man skulle önska mer vårdplanering i hemmet. Det är enligt henne inte klart vem som ska ha informa-

tion, vem som svarar för information, för samordning av genomförandeplan och vårdplan. Även de övriga intervjuade efterlyser gemensamma vårdplaneringar i hemmet.

Vore bra med vårdplanering i hemmet, och då bör vi [biståndshandläggaren], hemtjänsten och distriktssköterskan vara med, liksom anhörig(a).

Som det är nu så träffar vi den som råkar vara på plats berättar de intervjuade i primärvårdsrehab.

Delegeringar

I Täby har man gemensamt enats om en modell där de sex husläkarmottagningarna delat upp de 22 hemtjänstutförarna emellan sig och ansvarar för cirka fyra utförare var vad gäller att ge delegeringar. Det innebär att de delegerar till vårdbiträden som också utför delegerade uppgifter för distriktssköterskor vid helt andra husläkarmottagningar.

Delegeringen sker vanligen genom att distriktssköterskan kommer till vårdbiträdeslokalen och har en information i grupp. Den uppges ta cirka en halv timme. Det finns olika uppfattningar om hur säker denna utbildning är.

Hemtjänsten menar att det är problem att det finns förväntningar från husläkarmottagningen att de ska utföra delegerade insatser även när de inte har tid hos kund, medan de inte beviljas någon tid alls för den typen av insatser från biståndshandläggaren.

Rehabilitering

Det räcker inte med att bara ha ett papper med träningsinstruktioner att följa konstaterar flera av de intervjuade. *Vi möter personer med potential men de återfår inte sin kapacitet, vi försöker, men vi kan inte jobba ideellt hur mycket som helst* berättar en hemtjänstchef. *Vi beviljas inte den tid för t.ex. att träna att gå i trappor eller att resa sig ur rullstolen. Vi får inte handledning av arbetsterapeut eller sjukgymnast per automatik, utan bara om vi eller anhörig varit tillräckligt påstridiga.*

Primärvårdsrehab efterlyser mer av rehabiliterande förhållningssätt och instämmer i att tiden för handledning till vårdbiträden är för knapp. Primärvårdsrehab ser vardagsträningen som en kommunal uppgift men är medvetna om att kommunen ofta drar en annan gränslinje. En kommunikationsbrist menar de.

Uppföljning av brister i samverkan

Sedan två år finns en tillsynsenhet för hela socialtjänsten. Man arbetar med inspektioner en gång per år, brukarundersökningar och att personalen gör självskattningar. *I denna uppföljning följs inte samverkan specifikt men är absolut något vi frågar om. Vi har inget system för avvikelser mot god samverkan* informerar kommunens MAS. Inte heller på landstingssidan finns någon systematisk uppföljning av avvikelser mot god samverkan.

Jämförelse med revisionsrapport januari 2003

I januari 2003 redovisade Täby kommuns och landstingsrevisorerna den gemensamma rapporten Samverkan inom vård och omsorg för äldre. Samverkansstrukturen var då bättre än nu, med regelbundna möten dels med Danderyds sjukhus och Danderydsgeriatriken, dels på utförarnivå.

I de intervjuer som då genomfördes framkom att antalet olika utförare skapade samverkansproblem. Antalet utförare har ökat sedan 2003, men vanan att hantera detta har också ökat.

Hemtjänsten anförde också att de fick utföra tjänster åt primärvården som de inte fick betalt för, främst delegerade uppgifter. Utredarna konstaterade då att åtagande och ansvarsfördelning mellan kommun och landsting i detta avseende inte var tydlig. Detta gäller alltså.

Kommunens upplevelse då var att sjukhuset skickar hem patienter för snabbt till det särskilda boendet i tron att där finns medicinska resurser. Detta problem kvarstår, i synnerhet vad gäller korttidsboendet.

Utredarna konstaterar vidare att samverkan i hög grad vilade på att personliga nätverk etablerats och mindre på kännedom om formella förutsättningar som avtal och överenskommelser. Också detta är giltigt även idag.

Slutligen noterade de att dokumentationen avseende samverkansaktiviteter var bristfällig. Den har inte förbättrats sedan dess.

Utvecklingsområden

Tidigare samverkansmöten mellan primärvård och Danderyds sjukhus och kommunen och Danderyds sjukhus och Danderydsgeriatriken bör återupptas. Detta bör regleras i ett samverkansavtal mellan landstinget och Täby kommun. I avtalet bör ingå att det hos beställarna hos båda huvudmännen ska finnas en person som har ett samlat ansvar.

Den blankett som Täby kommun för cirka åtta år sedan utarbetade tillsammans med Danderyds sjukhus och Danderydsgeriatriken att

använda när primärvård, hemtjänst eller särskilt boende tar initiativ till att en äldre person förs till sjukhus bör på nytt göras allmänt känd och använd.

Det arbete som FoU Seniorium gjort på uppdrag av sina huvudmän kring samordnad vårdplanering bör tas tillvara. Särskilt vårdplaneringen på Danderyds sjukhus uppvisar stora brister.

En person med behov av hjälpmedel och/eller bostadsanpassning ska aldrig behöva komma hem och upptäcka att hjälpmedel och anpassning saknas. Rutinerna vid utskrivning från Danderyds sjukhus behöver säkras upp.

Vardagsträningen i hemmet har blivit ingens ansvar. Här behövs från kommunens sida en tydligare policy kring hur hemtjänsten kan bistå med funktionsstödjande insatser utifrån ett rehabiliterande förhållningssätt. Från landstingets sida krävs då att primärvårdsrehab får resurser så att de kan handleda hemtjänstpersonalen.

Individuell vårdplan är numera påbjudet i såväl SoL som HSL. Rutiner för vem som ska sammankalla, hur planen ska dokumenteras och följas upp behöver utarbetas.

Den modell som Täbys äldreomsorg och primärvård enats om för delegeringar är pragmatisk, men stämmer inte fullt ut med Socialstyrelsens föreskrifter. Särskilt angeläget är att vårdbiträden som utför hälso- och sjukvårdsuppgifter på delegation har en god handledning från distriktssköterska. Det saknas för närvarande säkra rutiner för det.

Informationsöverföringen mellan olika vårdgivare är idag manuell, via den "gröna pärmen". Vid en eventuell datorisering är det viktigt att bevaka att alla, oavsett huvudmannaskap och om man har ansvaret dagtid eller på jourtid, har tillgång till dessa uppgifter.

Det finns för närvarande ingen uppföljning av brister i samverkan. En enkel rutin bör inrättas, och regelbunden redovisning ske i den samverkansgrupp som bör inrättas.

Bilaga 4, Samverkansproblem under 1990-talet och en jämförelse med idag

Nedanstående sammanställning bygger på en rapport från Äldrecentrum till Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning 1999 (Gurner och Wånell 1999). I stor utsträckning överensstämmer, som framgår av kommentarerna under respektive punkt, iakttagelserna då med dem som gjorts i den nu föreliggande studien. Likheter och olikheter kommenteras efter varje avsnitt.

Gränssytor slutna - öppna vård

a) Övergången slutna vård - öppna vård/äldreomsorg:

- För somatisk akutsjukvård skapar de allt kortare vårdtiderna problem att hinna med, för geriatriken de äldres sköra livssituation (*källa: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:2*).
- problem med *informationsöverföringen* till nästa led, t.ex. epikriser och behandlingsmeddelanden (*källor t.ex. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:2 och Färdigbehandlad ... och sen? Äldrecentrumrapport 1998:13*).
- Sällsynt att rehabpersonal i öppenvård får del av epikris eller annan information (*källa: Rehab äldre, slutrapport, Äldrecentrumrapport 1997:8*).
- Det de strokedrabbade hade tränat på sjukhuset kunde de många gånger inte överföra till hemmiljön och de tappade både initiativförmåga och självförtroende (*källa: Strokerehabilitering, produktion eller livsvärde? Äldrecentrumrapport 1999:4*).

b) Korttidsrehabiliteringen (kommunen) blivit ytterligare en länk i vårdkedjan (somatisk slutenvård - geriatrisk slutenvård - korttidsboende - hem) pga. de allt kortare vårdtiderna inom geriatriken (*källor: Äldrecentrum PM 1998-12-14 om Samrehab i nordväst och Rehab äldre 300 slutrapport, Äldrecentrumrapport 1997:8*).

Kommentar 2010: Samtliga punkter under a) är kvarstående. Vad gäller b) kan konstateras att situationen snarast försämrats för den äldre - inte ens korttidsrehabilitering i kommunalt korttidsboende finns längre tillgängligt i flertalet av länets kommuner.

Särskilt boende

- Kommunerna har i en enkät 1998 nästan genomgående svarat att läkartillgången i de särskilda boendeformerna är för låg vilket medför dålig medicinsk säkerhet och att personalen känner sig utlämnad och pressad (*källa: Hur mår primärvården i Stockholms län, HSN 1998*).
- Av läkarna vid landets sjukhem hade då studien genomfördes i april 1998 18 procent geriatrisk specialistkompetens. Enligt en studie från Spri från 1993 ägnade läkarna i snitt 8 minuter per boende och vecka, nu (april 1998) är den nere i 4 minuter per vecka (*källa: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 1998:11, Ädelparadoxen, sjukhemmen före och efter Ädelreformen*)

Kommentar 2010: Läkartillgången och läkarnas kompetens i särskilt boende har ökat, medan det däremot är för få sjuksköterskor, särskilt utanför "kontorstid", på vissa vård- och omsorgsboenden. En bidragande orsak är en på sina håll förekommande uppfattning att sjuksköterskan kan arbeta konsultativt i särskilt boende (*källa: Hjalmarson och Österman 2010*).

Primärvården

Husläkarreformen 1994

- Husläkarreformen innebar en fokusering på läkarkontakten på bekostnad av det teamarbete som tidigare hade framhållits som ett viktigt inslag i primärvårdens arbetsmetodik. Många av de intervjuade säger att det finns en konflikt mellan systemen valfrihet/listning respektive områdesansvar (*källa: Hur mår primärvården i Stockholms län, HSN 1998*).
- Utmärkande för den svenska primärvården var länge områdesansvar och teamarbete i vårdlag. Primärvården av idag ger ett splittrat intryck i sin organisatoriska mångfald och detta torde motverka den efterfrågade samverkan (*källa: Från slitna honnörsord till praktisk verksamhet, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:2*).

Kommentar 2010: Avtalen med husläkarmottagningarna saknar ett tydligt områdesansvar och har alltså sin fokus på husläkaren medan beställning av hemsjukvård inte är lika tydlig (*källa: fokusrapport 2008*).

Krav på tillgänglighet

- ”Vi kan vara hur tillgängliga som helst, men på vilkas bekostnad? De äldre och långtidssjuka.” (källa: *Hur mår primärvården i Stockholms län, HSN 1998*)

Kommentar 2010: Bilden är alltså att det är viktigt att kunna ta emot många korta besök. Äldre, patienter med psykiska problem och kroniker kan bli åsidosatta eller i alla fall nedprioriterade enligt några av de läkare som intervjuats i en studie Äldrecentrum genomfört hösten 2010. De framhåller att ersättningssystemet borde vara anpassat till vårdtyngd eller diagnosgrupper, då menar de att det skulle se anorlunda ut med prioriteringen.

Samverkan primärvård – hemtjänst:

- **Samverkan:** Kommunernas svar i landstingets primärvårdsenkät 1998 tyder på att samverkan skiljer sig mellan olika vårdcentraler/vårdenheter och sammanhänger med det lokala engagemanget och förmågan att finna bra lösningar. Under arbetet har utredningen stött på många enskilda fall där alltför mycket energi gått åt till diskussioner om olika vårdgivares ansvar, brister i engagemang och resurser, betalningsansvar etc. (källa: *Hur mår primärvården i Stockholms län, HSN 1998*).
- **Helhetssyn:** Det saknas en helhetssyn på dessa multisjuka äldres behov av hjälp och stöd. Ingen tar idag ansvar för helheten i vård- och omsorgsinsatsen ... Det saknas en strukturerad och systematisk samverkan i alla faser i vård- och omsorgsprocessen, från behovsbedömning och planering av insatser till utförande och uppföljning av resultat. (källa: *Tänk om någon såg helheten, Stockholms stads revisionskontor och landstingsrevisorererna, dnr 420/90-99*)
- **Vårdplaneringsgrupp:** gemensam vårdplanering var avtalad på 1980-talet och positivt utvärderad av Äldrecentrum i flera rapporter. Inför Ädelreformen framhölls från såväl handläggare som politiker värdet av att denna samverkan mellan distriktsköterska och hemvårdsassistent fortsätter. Trots det har vårdplaneringsgrupperna upphört på de flesta håll i länet. (källa: *Rehab äldre 300, slutrapport, Äldrecentrumrapport 1997:8*).

Kommentar 2010: Flera faktorer har medverkat till att samverkan försämrats 2010 jämfört med situationen på 1980-talet. Kommunernas uppdelning av hemvårdsassistentrollen i biståndshandläggare och enhetschef ändrade de geografiska gränserna samt skapade osäkerhet om vem som skulle delta i omvårdnadsplaneringen, biståndshandläggaren,

enhetschefen eller båda. I samband med husläkarreformen upphörde det nära geografiska ansvaret för husläkaren. Antalet möjliga involverade blev stort och det fanns inte längre någon naturlig samordnare av mötena. Utvecklingen av kundval och vårdval har successivt ökat valmöjligheterna för den enskilde, men också av antalet enheter som ska samverka. Denna utveckling har inte följts av en utveckling av nya strukturer för samarbete och gemensam individuell vårdplanering.

Rehabilitering:

- Gränsdragningsförsök och gråzonsproblematik har i många fall lett till att äldre, framför allt i eget boende, inte fått de rehabiliterande insatser de varit i behov av. Ett annat problem har varit frågan om det är primärvården eller kommunen som har ansvaret för att handleda vårdbiträden i den öppna hemtjänsten. Försök att dra strikta ansvarsgränser och driva verksamheten efter dessa har lett in i en återvändsgränd. De projekt som sammanfört resurserna till *en* rehabiliteringsfunktion har haft bättre förutsättningar. (*Källa: Rehab äldre 300, slutrapport, Äldrecentrumrapport 1997:8*).
- Det var först i hemmet som effekten av skadorna efter stroke visade sig tydligt. När de kom hem och kraven på problemlösning förmåga ökade föll deras mycket begränsade, på sjukhuset, intränade strukturer. Rehabiliteringsinsatserna inom öppenvården var utspridda på flera olika enheter och i olika huvudmäns regi. Samtliga vårdnivåer och verksamheter arbetar med kort tidsperspektiv. Rehabiliteringsarbetet koncentreras starkt kring funktionsträning. De psykiska och sociala problem som de flesta brottas med lämnas därhän (*källa: Strokerehabilitering, produktion eller livsvärde? Äldrecentrumrapport 1999:4*)

Kommentar 2010: Strokerehabiliteringen har blivit bättre, men gränsdragningsproblematiken mellan landstinget och kommunerna är snarare ännu tydligare än vad som framkom i studierna 1997 och 1999.

Läkemedelsanvändning:

- Det saknas idag heltäckande kunskap om vilka mediciner som förskrivs, liksom om äldre verkligen hämtar ut förskrivna mediciner. Det är ofta socialtjänstens personal som sköter medicineringen, medan läkaren och vanligen även distriktssköterska befinner sig långt borta (*källa: Tidskriften Äldre i Centrum 1999:2*).

Kommentar 2010: under 2000-talets första hälft har kunskapen om polyfarmaci förbättrats, hjälpmedel tagits fram för såväl förskrivande

läkare som sjuksköterskor. Regelbundna läkemedelsgenomgångar är numera ett krav som ställs både från kommun- och landstingshåll.

Vård vid livets slut

- De döendes egna val var de ville sluta sitt liv spelade relativt liten roll. Många flyttades mellan olika miljöer de sista dagarna. Enligt flera personalgrupper vid sjukhus i de studerade kommunerna sänds den gamle till sjukhus från äldreboendena därför att dessa saknar personal med tillräcklig medicinsk kompetens och medicinsk utrustning för att kunna ge palliativ vård (*källa: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 98:14, inför döden*).

Kommentar 2010: Problemen kvarstår på en del håll. Under de senaste åren har omfattande fortbildning genomförts för att förbättra det palliativa omhändertagandet i det särskilda boendet.

Psykiska funktionshinder

- Det är angeläget att starta ett arbete med att identifiera bortglömda och dolda vård- och omsorgsbehov bland äldre, tre som lyfts fram är psykiska besvär, reumatiska sjukdomar och tandhälsan (*källa: Socialstyrelsen Äldreuppdraget årsrapport 1998*)
- Nästan hälften av patienterna vid Östermalm-Lidingö äldrepsykiatriska hemvårdsteam hade ingen tidigare kontakt med psykiatrisk vård. Innan teamet startade under 1996 hamnade många äldre med psykiska besvär mellan stolarna (*källa: Psykiatriskt stöd för äldre personer i hemmet, Äldrecentrumrapport 1999:1*)

Kommentar 2010: Det team som utvärderades 1999 är sedan länge nedlagt. Det finns kvarstående samverkansproblem såväl inom som mellan huvudmännen, dock med geografiska olikheter, vilket uppmärksammats av HSN-f.

Anhörigstöd

- Stödet som erbjuds måste vara individuellt utformat. Vad som saknas är en större grad av flexibilitet och lyhördhet för de anhörigas behov. Uppbyggnaden av vården och omsorgen har hittills alltid utgått från systemets premisser (*källa: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 98:1, Stöd till de äldres anhöriga, en nationell kartläggning*).

Kommentar 2010 i flertalet av länets kommuner finns numera anhö-
rigkonsulenter, och olika former av anhörigstöd har utvecklats. Ännu
finns dock mycket att göra för att utveckla samverkan såväl mellan
vård- och omsorgspersonal i stödet till de anhöriga som i samarbetet
mellan vården och de anhöriga.

Bilaga 5, Uppdragen till hemtjänst i Stockholms stad och hemsjukvård enligt landstingets regelbok

Stockholms stads hemtjänst

De företag som ingår i Stockholms stads kundval inom hemtjänsten verkar med ettåriga avtal som grund. Av det gällande ramavtalet (Stockholms stad Dnr 125-2441/2009) framgår att

Utföraren ska samverka med landstingets primärvård, anhöriga/närstående och andra för den enskilde viktiga personer och organisationer liksom med gode män och förvaltare när det är aktuellt. Representant för utföraren ska vid behov delta i vårdplanering där individuell vårdplan ska upprättas i samverkan mellan huvudmännen och den enskilde eller om detta inte är möjligt med dennes företrädare.

Utföraren ska samarbeta med primärvården i de fall den enskilde har insatser från primärvården som berör hemtjänsten samt med sjukhusansluten hemsjukvård när det gäller personer som vårdas i livets slutskede.

(1.14.1.7 Samverkan)

Utförarens personal får inte ta på sig ansvar för hälso- och sjukvård om detta ansvar inte delegerats från hälso- och sjukvården. När den enskilde inte själv kan ansvara för sina läkemedel och sitt läkemedelsintag gäller att utföraren inte kan vara behjälplig utan delegering från hälso- och sjukvården. Utföraren erhåller ingen ersättning från staden för uppdrag som görs på delegering från hälso- och sjukvården.

Om den enskilde behöver praktisk hjälp med fördelning och intag av mediciner kan det bli aktuellt för hemtjänstpersonal att hjälpa t.ex. att öppna burkar. Insatserna är då att betrakta som del av egenvård och kan ingå i beslut om biståndsinsatser. Även andra hälso- och sjukvårdsuppgifter kan utföras som egenvård ... (SOSFS 2009:6) ...

(1.14.1.10 Hälso- och sjukvård)

Landstinget har ansvaret för rehabiliteringsinsatser för dem som bor i ordinärt boende. I hemtjänsten ska utföraren ha ett rehabiliterande och förebyggande arbetssätt. En förutsättning för att arbetet ska bli framgångsrikt är att utföraren finner goda former för samverkan med såväl landstinget, frivilligorganisationer som med andra verksamma inom området.

(1.14.1.9 Rehabilitering, aktivering och förebyggande insatser)

Husläkarmottagningen

Av avtalet med husläkarmottagningarna framgår i Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2010 att

Vårdgivaren ska känna till och följa de beslut, riktlinjer, överenskommelser och policys som rör samverkan mellan Stockholms läns landsting och andra huvudmän ... delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå.

Vårdgivaren skall aktivt bidra till samverkan för patienter som har behov av vård och omsorg från flera vårdgivare och huvudmän. Vårdgivaren skall säkerställa att vårdkedjan, ur patient och närstående perspektivet, är så sammanhängande som möjligt.

Vårdgivaren ska aktivt delta i och vid behov ta initiativ till vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare.

Vårdgivaren skall ha dokumenterade rutiner för samverkan med andra vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för Avtalets utförande.

(Utdrag ur uppdragsbeskrivningen kapitel 3, moment 8 Samverkan)

I uppdragsbeskrivningen för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård anges inledningsvis bl.a.

Väl fungerande samverkan är en grundläggande förutsättning för att nå ett gott resultat av vård och behandling. Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän skall bedrivas på ett sådant sätt att patienten upplever vården som en helhet.

(Utdrag ur uppdragsbeskrivning, kapitel 4, inledningen)

Vidare framgår att vårdgivaren skall

prioritera äldre med stora och sammansatta vårdbehov samt kroniskt sjuka patienter till fasta och kontinuerliga vårdkontakter samt koordinera vården och läkemedelsbehandlingen för dessa patientgrupper.

Vid behov hjälpa patienten vidare till rätt instans i hälso- och sjukvårdssystemet eller rätt huvudman/myndighet och aktivt bidra till samordning med dessa.

(Utdrag ur uppdragsbeskrivningen kapitel 4 moment 2 Vårdtjänst)

För basal hemsjukvård skall vårdgivaren bland annat säkerställa att

distriktssköterska har en koordinatorsfunktion genom att ansvara för att, i samverkan med andra yrkeskategorier, samordna insatser för att tillgodose patientens totala vårdbehov

distriktssköterska ansvarar för att en planering och kontinuerlig bedömning av vården genomförs som dokumenteras för varje patient när behov av hemsjukvård blir aktuellt. Planeringen skall genomföras i samråd med andra berörda vård- och omsorgsgivare och beskriva vårdens planering, genomförande, uppföljning och resultat. Patient och närstående skall erbjudas att delta i planeringen av vården samt informeras.

(Utdrag ur uppdragsbeskrivningen kapitel 4, moment 2.1 Basal hemsjukvård)

Läkarinsatser i särskilt boende

För läkarinsatser i särskilt boende gäller samma generella regler som redovisas i de två första punkterna ovan från avsnitt 9 i uppdraget till husläkarmottagningarna. Specifikt för läkarna i särskilt boende anges vilka som är samarbetspartners på boendet och kommunen samt att

Vårdgivaren skall medverka i vårdplaneringsgrupper och arbetsgrupper.

Vårdgivaren skall medverka till framtagande av lokala samverkansöverenskommelser om gemensamma rutiner samt även innehålla en gemensam uppföljningsplan.

(Regelboken för läkare i särskilt boende kapitel 4 uppdragsbeskrivning, avsnitt 8 samverkan)

Bilaga 6 Intervjuguide, förteckning intervjuade, förkortningar

Intervjuguide

Generella frågor

- Finns det samverkansavtal, om ja vilka och mellan vem? Tillämpas de?
- Finns gemensamt överenskommen struktur för vem som gör vad, t.ex. hur löpande vård- och omsorgsplanering görs gemensamt och följs upp eller rutiner för kontakt slutenvård-öppen vård?
- Gemensamma möten? Mellan vilka, mandat, resultat?
- Hur ser beställningen ut vad gäller samverkan med vårdgrannar?
- Hur följs samverkan upp? och
- finns det en struktur för hantering av avvikelser mot god samverkan, om ja hur och eventuella resultat?

Frågor som ställs inom respektive frågeområde nedan

1. Inom vilka gränssytor kan man säga att det ofta uppstår risker för att vården och omsorgen för den äldre inte blir optimal, avvikelser mot god samverkan?
2. Vilka är då de vanligaste problemtyperna?
3. Vad beror dessa risker och de problem som de kan skapa på?
4. Finns det andra oklara ansvarsområden som kan ge problem?
5. Vad går det att ändra på för att undvika eller minimera riskerna för problem?
6. Vad har gjorts när gränssytor inte är problem?

Frågeområden

Frågeområdena används i tillämplig omfattning beroende på vem som intervjuas

1. Byte av vårdgivare (t.ex. vid utskrivning från slutenvård)

a) Gränssytan öppen – slutenvård:

- när patient läggs in
- direktinlägg geriatrik
- vid utskrivning
- specifikt vad gäller vårdplanering för utskrivningsklar
- informationsöverföring, webcare, tillgång till journaler
- (för) korta vårdtider?
- korttidsboendets roll
- bostadsanpassning, hjälpmedel vid hemgång
- gränsländet slutenvård – vad det särskilda boendet kan klara
- vård vid livets slut

2. Flera vårdgivare involverade, t.ex.

- Husläkarmottagning – hemtjänst, t.ex. vid delegeringar, handledning, behov av snabb konsultation
- Samverkan mellan de som har ansvar dagtid, kväll resp. natt (gäller både inom hemsjukvård och hemtjänst och dem emellan)
- Samverkan mellan hemtjänst/hemsjukvård och primärvårdsrehab
- Samverkan vid biståndsbedömningen med läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast
- Hemtjänstens och hemsjukvårdens samverkan med psykiatri
- annan specialistvård

3. Vårdgivare som borde men inte har involverats, särskilt fråga om

- Psykiatri
- Primärvårdsrehabilitering
- Tandläkare/tandhygienist

4. Framtiden, förslag.

Intervjuade

Skärholmen

Avdelningschef äldreomsorgen, sektionschef biståndshandläggare, MAS, enhetschef hemtjänst; verksamhetschef husläkarmottagning; VD, vice VD och klinikchef Reageraklinikerna; samordnare geriatriska kliniken KS Huddinge;

Täby

Beställarchef äldreomsorg, MAS, biståndshandläggare, boendesamordnare, chef och enhetschefer för egen regi äldreomsorg, chef privat hemtjänst, chef privat särskilt boende; verksamhetschef husläkarmottagning, distriktssköterska, verksamhetschef, sjukgymnast och arbetsterapeut primärvårdsrehab; läkare särskilt boende; sjukgymnast Danderydsgeriatriken; avtalshandläggare HSN-f; samt tillgång till intervjuer Landstingets revisionskontor genomfört med ansvariga och personal vid Täby husläkarmottagning, Danderyds sjukhus och Danderydsgeriatriken

Östermalm

Äldreomsorgschef, MAS, enhetschefer biståndshandläggare, verksamhetscontroller äldreomsorg, chef privat hemtjänst; chefsdistriktssköterska, distriktsläkare; verksamhetschef Stockholmsgeriatriken; chefssjuksköterska Capio S:t Göran

Övriga

Direktör och avdelningschefer Äldreförvaltningen, chef Stockholms stads trygghetsjour; Avdelningschef och handläggare HSN-f; chef PR-vård, Åsa Craftman, doktorand Äldreforskningens hus

Förkortningar

ADL = aktiviteter i dagligt liv (klä sig, förflytta sig, äta, gå på toaletten mm)

HSN-f = Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

SLSO = Stockholms läns sjukvårdsområde (landstingets egen regi verksamhet)

REFERENSER

Benner-Forsberg G m.fl. (2008), Geriatriköversyn, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning april 2008, HSN 0802-0260

Bowin R, Norén D (2008) Kartläggning och analys av Äldrevårdscentrallen i Solna i ett vårdsystemperspektiv – kostnader, värden & utvecklingspotentialer. HCM Health Care Management 17 april 2008

Condelius A (2009) Utilization of medical healthcare among older people : in relation to long-term municipal care; akademisk avhandling Lunds universitet, 2009.

Gurner U och Wånell SE (1999) Den geriatriska patienten i vårdkedjan, var finns hindren och utmaningarna? Äldrecentrumrapport 1999

Gurner U, Hagman L m.fl. (2007) Hökarängens närvårdcentral, Äldrecentrumrapport 2007:5

Hagman L (2007) Solna Äldrevårdcentral, Intervjuer med personal och samverkanspartners Äldrecentrumrapport 2007:15

Hagman L, Österman J (2011) Hemsjukvårdspatienten i vårdvalet, Äldrecentrumrapport 2011:05 (ännu ej publicerad)

Henningson A (2010) Uppföljning av delprojekt Samordnad vårdplanering via videokonferens, ett projekt inom TGS, Consider december 2010

Hjalmarson I (2009) Goda relationer, Utvärdering av ett projekt att utveckla samverkan i vården och omsorgen för de mest sjuka och äldre i eget boende, Äldrecentrumrapport 2009:11

Hjalmarson I och Österman J (2010), Doktorn kan komma, men vad kan hon göra? Äldrecentrumrapport 2010:12

Hjalmarson I (2011) Huddinge äldreteam, Äldrecentrumrapport 2011:04 (ännu ej publicerad)

Hoffman H och Wäljamets M (2010) delrapport VillGott, demensvård, Solna stad, omvårdnadsförvaltningen 2010-02-04

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2010), Årsrapport geriatrik, tjänsteutlåtande 2010-05-17, HSN 1005-0491

Juslin M och Nordenram G (2007), Uppsökande tandvård, många berättigade är okända, Äldrecentrumrapport 2007:9

Kraus M (2008) Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldrevården, EFI Handelshögskolan 2008

Landstingsrevisorerna och Täby kommuns revisorer (2003) Samverkan inom vård och omsorg för äldre i Täby, Landstingsrevisorerna rapport 5/03

- Landstingsrevisorerna och Stockholms stads revisorer (2006) Styckevis och delat, även som Äldrecentrumrapport 2006:7
- Landstingsrevisorerna (2009) Landstingets samverkan med kommunerna inom vård och omsorg, rapport 5/2009
- Landstingsrevisorerna (2010) Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov, Projektrapport 5/2010
- Larsson K (1997) Hemsjukvårdspatienter i Maria-Högalid, Katarina-Sofia och Enskede, Äldrecentrumrapport 1997:4
- Larsson K (2008) Kallelse till samordnad vårdplanering – hur gick det sedan, Socialstyrelsen september 2008 (2008-126-19)
- Lindström E (2011) Samordnad vårdplanering, varför fungerar det inte alltid, FoU Seniorium rapport 2011:01
- Ljungdahl B och Wånell SE (2009) Äldre med psykiska funktionshinder, en kartläggning, Äldrecentrumrapport 2009:5
- Modin S (2010) The medical treatment of patients with home care by district nurses from the family physician's perspective, akademisk avhandling Karolinska Institutet 2010
- Nilsson T, Ljunggren G, Emilsson T (2008) Erfarenhetsåterföring avseende fyra äldreteam inom Stockholms läns landsting, Stockholms läns landsting, Forum för kunskap och gemensam utveckling
- Rydeman I-B och Törnkvist L (2006) Utskrivningsplanering för äldre - samverkan och samordning i vårdkedjan. Fokusrapport Landstingets medicinska programarbete 2006
- Socialstyrelsen 2001, Framgångsfaktorer för samverkan – en översikt i punktform. Stockholm, Socialstyrelsen
- Törnkvist L och Wånell SE (2008) Basal hemsjukvård för äldre personer med långvariga behov – hur kan den förbättras? Fokusrapport Landstingets medicinska programarbete 2008
- Uvhagen H och Brodin H (2010) Utvärdering av projekt Samordningstjänst för äldre, FoU äldre norr rapport 2010:03
- Weurlander I och Wånell SE (1997) Rehab äldre, slutrapport, Äldrecentrumrapport 1997:8.
- Österman J och Wånell SE, (2007) Avtal vägen till samverkan, Äldrecentrumrapport 2007:2



