

SAMVERKAN PÅ VÄG

-

En studie om gränssytor i vården och omsorgen om de
mest sjuka äldre

Sven Erik Wånell

Lars Sonde

Publiceras januari 2014

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2013:xx
ISSN 1401-5129

äldrecentrum 
FORSKNING & UTVECKLING

FÖRORD

Denna studie andas en optimism att det är på väg åt rätt håll med samverkan. Den bygger på en lång rad intervjuer med nyckelpersoner inom Stockholms läns landsting, Stockholms stad och Täby kommun samt enkät till MAS-arna i Stockholms län. Den uppfattning som kommer fram nu står i kontrast med den som rådde under senare delen av det första decenniet av 2000-talet. Trots det är det en lång väg kvar för att landstinget och kommunerna ska leva upp till de sju rekommendationer revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad och Täby kommun lämnade 2011. Äldrecentrum har haft revisionens uppdrag att följa upp vad som hänt med dessa rekommendationer, och då t.ex. funnit;

Nya former för att arbeta med samverkansöverenskommelser har börjat användas. Kommunernas roll när länsövergripande rekommendationer ska godkännas har förtydligats. I flera fall ska dessa länsövergripande överenskommelser följas upp med ett lokalt arbete, där de som ska samarbeta får utforma rutinerna tillsammans.

Nya arenor har skapats, som stockholmsmodellen av ledningskraft, och andra har återuppväckts, som lokala samverkansmöten mellan primärvård, äldreomsorg, geriatrik och i vissa fall också akutsjukhusen. Här återstår mycket att göra innan denna nödvändiga arena finns i alla kommuner och stadsdelar, och deltagande är säkerställt.

Olika projekt drivs som tillför ny kunskap – givet att erfarenheterna tas tillvara utanför den kommun/stadsdel där projektet drivs. Av särskilt intresse är Tio-Hundraprojektet, med sina mellan huvudmännen samordnade beställningar av t.ex. hemtjänst och hemsjukvård. Intresset har tidigare varit svalt i länet för det utvecklingsarbete som bedrivs i Norrtälje, men nu har samarbetet förstärkts med t.ex. Hälso och Sjukvårdsnämndens förvaltning.

Arbetet med att stärka patientsäkerheten kan ses som särskilt angeläget för patienter/omsorgstagare som inte längre själva kan samordna sin vård och omsorg och vara informationsförmedlaren mellan olika vårdgivare. Tack vare engagerad och kunnig personal fungerar detta vanligen, men ännu är inte systemen säkra.

Stockholm november 2013

Chatrin Engbo
Direktör Stiftelsen
Stockholms läns äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING OCH KOMMENTARER	1
RESULTAT OCH KOMMENTARER UTIFRÅN RESPEKTIVE REKOMMENDATION	1
<i>Begrepp</i>	5
BAKGRUND	6
<i>Huvudmännens ansvarsområden</i>	6
<i>Slutsatser i rapporten 2010</i>	6
<i>Yttranden över revisionsrapporten</i>	8
<i>Äldrecentrums uppdrag</i>	8
METOD	10
<i>Rapportens disposition</i>	10
STYRDOKUMENT	11
<i>Lagar och föreskrifter</i>	11
<i>Samverkansöverenskommelser</i>	12
<i>Lokala överenskommelser</i>	13
<i>Uppdrag till utförarna</i>	14
INTERNATIONELLA ERFARENHETER.....	15
SAMVERKAN I TÄBY KOMMUN	16
INSATSER FÖR ATT STÄRKA SAMVERKAN	17
<i>Arbetet med att implementera riktlinjerna för demensvård</i>	17
<i>Samverkansprojekt utvärderad av länets FoU-miljöer</i>	17
<i>Regeringens satsning Bättre liv för sjuka äldre</i>	19
<i>Vårdcoacher</i>	19
<i>Nationellt stödda samverkansprojekt i länet</i>	20
<i>Framtidens hälso- och sjukvård</i>	21
REVISIONENS SJU REKOMMENDATIONER.....	22
SAMVERKANSÖVERENSKOMMELSER OCH STRUKTURER.....	22
<i>Samverkansöverenskommelser</i>	22
<i>Strukturer för samverkan</i>	24
SYSTEMATISK AVVIKELSERAPPORTERING.....	29
SÄBO, KORTTIDSVÅRD OCH REHABILITERING.....	31
<i>Särskilt boende</i>	31
<i>Korttidsplats</i>	32
<i>Rehabilitering</i>	33
INCITAMENT	33
INDIVIDUELL VÅRDPLANERING I HEMMET	34
INFORMATIONSKANALER.....	36
<i>WebCare</i>	36
<i>Brister i kunskap om rutiner</i>	37
<i>Information slutenvård - primärvård</i>	37
<i>Information primärvård-hemtjänst</i>	38

<i>Ny teknik</i>	38
DELEGERING	38
SAMMANFATTANDE BEDÖMNING	40
REFERENSER	42
BILAGOR	43
<i>Bilaga 1 Sammanställning av Enkäten till MAS</i>	43
<i>Bilaga 2 Intervjuguide</i>	50

SAMMANFATTNING OCH KOMMENTARER

Revisionen i landstinget, Stockholms stad och Täby kommun har uppdragit till Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum att belysa på vilka sätt sju rekommendationer revisionen lämnade 2011 beaktats. Rekommendationerna grundade sig på en studie Sköra länkar i vårdkedjan, som hade huvudfrågeställningen: *Hur fungerar vården och omsorgen av äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare?*

Den nu föreliggande rapporten bygger på intervjuer med handläggare med inblick i samverkansfrågorna såväl övergripande som lokalt samt en enkät till medicinskt ansvariga sjuksköterskor i länets kommuner och stadsdelar.

I rapporten görs även en överblick över de lagar och föreskrifter som ger ramarna för samarbete mellan vårdgivare, samt de överenskommelser som är träffade i Stockholms län. Vidare redovisas utdrag ur styrdokument för utförare av hemtjänst respektive husläkarmottagningar från Stockholms stad, Täby kommun och landstinget. Därefter redovisas några huvuddelar i den internationella forskningen om samverkan mellan vårdgivare, en rapport om samverkan i Täby kommun samt olika aktiviteter i länet som främjar samarbetet.

Resultaten visar att ingen av revisionens sju rekommendationer ännu är uppnådda. Men det har startat processer som ligger i linje med de rekommendationer revisorerna gav 2011.

Resultat och kommentarer utifrån respektive rekommendation

Svaret på revisionens fråga om de sju rekommendationerna är uppfyllda skulle med ledning av det material som kommit fram i denna studie kunna besvaras enligt följande.

1. ta fram tydliga samverkansöverenskommelser samt skapa en samverkansstruktur anpassad till nya organisationsmodeller

Det går inte att svara ett entydigt ja på frågan om denna rekommendation uppfyllts. Det pågår ett arbete med att ta fram en övergripande samverkansöverenskommelse och att se över de befintliga avtalen. Detta arbete beräknas vara klart under 2014.

Överenskommelsen om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras närstående lyfts av många av de intervjuade fram som ett föredöme. Det de intervjuade då främst syftar på är att överenskommelsen ska konkretiseras i lokala avtal, ett arbete som inneburit möten där de ska arbeta tillsammans identifierat brister och vad som behöver göras. Detta kan

enligt vår bedömning ses som en modell för kommande samverkansöverenskommelser.

En samverkansstruktur finns på olika nivåer, men kommunikationen mellan de olika nivåerna är inte säkrad, och det ser olika ut i länet om det finns lokala arenor i kommuner och stadsdelar och hur deltagandet ser ut. Där sådana arenor finns är det tydligt att de har betydelse för hur samarbetet fungerar. Det bör enligt vår bedömning vara av intresse för övriga kommuner att forma sådana mötesplatser för utförare och beställare. Det behövs personer med ansvar och mandat att vårda och utveckla samverkan. Det saknas dock i flera kommuner och stadsdelar personer med utpekat ansvar och mandat att t.ex. sammankalla till möten. HSF har inte återinfört kontaktpersoner med varje kommun/stadsdel. Att skapa dessa strukturer menar vi är en grund för att utveckla samarbetet kring den enskilda äldre.

2. säkerställa att det finns en fungerande systematisk avvikelserapportering som ger underlag till att identifiera och åtgärda samverkansproblem

Svaret är snarast nej på frågan om denna rekommendation uppfyllts. Det har inte skett någon tydlig satsning på att skapa ett system på kommun och länsnivå för att följa avvikelser mot god samverkan och avvikelser i vårdkedjan. Det finns rutiner i vissa kommuner och stadsdelar. MAS har då en viktig roll för att detta ska fungera, och följas upp. Det vanliga synes dock vara att säkra rutiner saknas. Det finns inte någon tydlig rutin för hur informationsöverföringen om avvikelser ska ske till centrala aktörer som HSF. För att kunna utveckla samverkan och få säkra länkar i vårdkedjan är det enligt vår bedömning värdefullt att känna till var det finns risker och var det kan brista.

3. enas om avtals- och regeltolkningar bl.a. när det gäller uppdragen för SÄBO, korttidshem och rehabilitering.

Det går inte att svara ett entydigt ja eller nej på frågan om denna rekommendation uppfyllts. Bilden är splittrad kring om det finns en samsyn kring hälso- och sjukvårdsuppdraget för SÄBO, korttidsplatsernas roll i vårdkedjan och hur ansvarsfördelningen ska vara för rehabilitering. Flera intervjuade lyfter värdet av den gemensamma konferens som HSF bjöd in hösten 2012 och de ser fram mot en fortsättning. Mycket tyder som vi tolkar intervjuaren på att huvudmännen behöver arbeta både internt och gemensamt med vilket hälso- och sjukvårdsansvar de särskilda boendeformerna ska ha. Uppdraget för korttidsplatser behöver diskuteras gemensamt mellan huvudmännen. Gråzonerna mellan vad som är primärvårdens rehabilitering och hemtjänstens stöd till vardagsträning finns kvar och det är viktigt att detta inte leder till att den äldre får för lite stöd att bibehålla sina funktioner.

4. skapa incitament som främjar samverkan över gränssnitten mellan vårdgivarna

Det är ännu för tidigt att svara ja på frågan om denna rekommendation uppfyllts. Flera intervjuade tror att de ersättningar som infördes i mars 2013 till husläkarmottagningarna när de medverkar i samordnad individuell vårdplanering i hemmet och gemensamma möten med kommun ska leda till att fler husläkarmottagningar deltar i denna form av samverkan. Effekterna av de ekonomiska incitament som infördes i mars i år bör följas upp under 2014.

5. säkerställa att lagstadgad individuell vårdplanering i hemmet genomförs

Det går inte att svara varken ja eller nej på frågan om denna rekommendation uppfyllts. Arbetet med att stödja individuell vårdplanering i hemmet (SIP) är ännu i sin linda. Arbeta med att få fram stödstrukturer pågår dock såväl på KSL-nivå som i flera kommuner, t.ex. Stockholms stad. Bilden är att SIP ännu är ovanligt i äldrevården, men det finns nu fog att anta att den kan bli ett bra verktyg för att säkra samarbetet i framtiden. För att den individuella vårdplaneringen ska bli av är det enligt vår bedömning önskvärt att någon kring den äldre får ett särskilt uppdrag och mandat att kalla övriga berörda vård- och omsorgsgivare. Alla äldre med insatser från både specialistvård, primärvård och äldreomsorg bör ha rätt till en samordnare som tar den rollen. Om detta ska vara en särskild lotsfunktion ("case manager") eller vara en av de som har regelbunden kontakt med den äldre bör prövas i det fortsatta utvecklingsarbetet i länet. Exempel kan t.ex. hämtas från andra län från försöksverksamheter inom ramen för den nationella satsningen Bättre liv för sjuka äldre.

6. 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

Svaret är ett tydligt nej på frågan om denna rekommendation uppfyllts. Den vanliga bilden är att informationsöverföringen fungerar, men att den för vissa av vårdens och omsorgens aktörer blir personberoende, och därmed inte helt säker. SÄBO, hemtjänst och primärvårdsrehab har ännu inte tillgång till WebCare, trots att det finns beslut sedan 2008 om att primärvårdsrehabiliteringen liksom läkare och sjuksköterska på SÄBO ska ha tillgång till WebCare. Telefon är en vanlig men inte säker informationskanal. Hemtjänsten är inte prioriterad, vilket innebär att hemtjänsten är beroende av att få information från biståndshandläggarna. Det är som vi ser det svårt att försvara att inte mer hänt trots att beslut tagits för fem år sedan att fler ska få tillgång till WebCare.

Informationen mellan sluten och öppen vård liksom mellan landstingsdriven och privat driven hälso- och sjukvård försvåras av olika journalsystem. NPÖ svarar ännu inte upp mot de behov som finns av att ha rätt information vid rätt tillfälle i vården och omsorgen om t.ex. gruppen mest sjuka äldre. De system som finns för

informationsöverföring, som WebCare, behöver bli heltäckande så att alla vårdens och omsorgens aktörer omfattas. Journalsystemen måste samordnas, så att exempelvis läkare i öppen och primärvård liksom distriktssköterskor med ansvar dagtid och distriktssköterskor med ansvar kvällar och nätter kan ha tillgång till samma information, givet patientens samtycke.

7. säkerställa att utförarna följer aktuella lagar och föreskrifter för delegering av hälso- och sjukvård och särskilt följer upp att dessa efterlevs.

Det går inte att svara ett entydigt nej på frågan om denna rekommendation uppfyllts. Några av de intervjuade bedömer att det fungerar bra, andra att delegeringarna inte sköts enligt de föreskrifter som finns. Det synes som om bedömningen delvis beror på var den intervjuade lägger ribban. Man kan ha en pragmatisk inställning och utgå från att det viktiga är att den äldre får sina läkemedel, ögondroppar och stödstrumpor. I det perspektivet är det nog så att det oftast fungerar och ingen nämner att någon patient skulle ha kommit till skada. Man kan också utgå från Socialstyrelsens föreskrifter, och då är det uppenbart att de sällan följs fullt ut. De har tillkommit för att värna om patientsäkerheten, och det bör därför vara ett bekymmer för uppdragsgivarna hos landstinget och kommunerna att efterlevnaden av dessa föreskrifter varierar så kraftigt.

Begrepp

HSF =	Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning
HSL =	Hälso- och sjukvårdslagen
MAS =	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
SIP =	Samordnad individuell vårdplan, enligt HSL § 3f, SoL 2 kap § 7
SLSO =	Stockholms läns sjukvårdsområde (landstingets verksamhet i egen regi)
SOL =	Socialtjänstlagen
SÄBO =	Särskilt boende, biståndsbeslutad boendeform för äldre personer
Take Care =	Journalssystem som används av landstingsdriven hälso- och sjukvård
WebCare =	Informationssystem för informationsöverföring vid samordnad vårdplanering inför utskrivning från slutenvård

BAKGRUND

Revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad och Täby kommun genomförde 2010 med Äldrecentrums hjälp en granskning av hur vården av äldre med sammansatta vårdbehov fungerar i gränssnitten mellan kommunernas och landstingets ansvarsområde. Revisionen i landstinget och de båda kommunerna har gett Äldrecentrum i uppdrag att följa upp vad som hänt med de rekommendationer revisionen tog fram 2011.

Huvudmännens ansvarsområden

Landstingen ansvarar enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) för merparten av hälso- och sjukvården. Sluten vård omfattar bl.a. akutsomatisk vård (medicin, kirurg, ortoped mm) och geriatrik. Öppna vårdformer är bl.a. specialistvård, avancerad sjukvård i hemmet och primärvård som husläkarmottagningar och primärvårdsrehabilitering. Husläkarmottagningarna och primärvårdsrehabiliteringen ansvarar bl.a. för hemsjukvård. I merparten av landets kommuner har hemsjukvården kommunaliserats. I Stockholms län planerades en kommunalisering av hemsjukvården till 2015. Denna förändring har dock skjutits upp, och i dagsläget finns ingen tidplan för ett eventuellt genomförande.

Kommunerna svarar för äldreomsorgen enligt Socialtjänstlagen (SoL) för äldreomsorg, som hemtjänst, särskilt boende, dagverksamhet och korttidsplats. I särskilt boende, dagverksamhet och korttidsplats svarar kommunerna för hälso- och sjukvård enligt HSL förutom läkarinsatserna som tillhandahålls av landstinget.

Slutsatser i rapporten 2010

De problem i gränsytorerna mellan vårdgivare som enligt rapporten från 2010, Sköra länkar i vårdkedjan, framhålls var

- 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 sluten vård inte alltid når fram till rätt person, och inte alltid är fullständig.

Några av de slutsatser som utredarna drog var, 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 innebär 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, ”omsorgsrationalitet¹”, och inte stödja suboptimerande ”företagsrationalitet²”.
11. Huvudmännen bör arbeta fram ett gemensamt synsätt kring vilken hälso- och sjukvård som ska kunna erbjudas i det särskilda boendet och hur

¹ Med omsorgsrationalitet avses att man anpassar sig till omsorgstagaren, arbetar kontextuellt, med förnuft, inlevelse, empati och känsla, stärker den enskildes förmågor. Kvaliteten i omsorgstjänster är beroende av den personliga relationen mellan omsorgsgivaren och omsorgsmottagaren. Relationen bygger på konkret kunskap om omsorgsmottagaren och dennes livssituation. Planering och organisering av omsorgsarbete utgår från omsorgens specifika karaktär och ska skapa utrymme för den handlingsfrihet som är nödvändig för att kunna hantera individuella behov och oväntade situationer (Wærness 1996).

² Med företagsrationalitet avses främst det som följer av aktiebolagslagens krav, att ge vinst till fördelning mellan aktieägarna, om inte annat framgår av bolagsordningen (aktiebolagslagen 2005:551, kap. 3 § 3)

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 sluten vård.

12. Huvudmännen bör söka gemensamma lösningar för korttidsvård, rehabilitering och funktionsstödjande 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.

Yttranden över revisionsrapporten

Hälso- och sjukvårdsnämnden överlämnade i maj 2011 Hälso- och sjukvårdsförvaltningens (HSF) yttrande som sitt eget. Förvaltningen instämde i stort med flera av de i revisionsrapporten beskrivna iakttagelserna. Förvaltningen pekade på att målgruppen "äldre med sammansatta vårdbehov" är svårdefinierad. Förvaltningen instämde i att strukturen för samverkan behöver förbättras på såväl politisk, beställar- som utförarnivå. *Tillsammans kan exempelvis gemensam vision och målbild för vård och omsorg fastslås så att uppdragen till utförare i kommun och landsting harmoniserar med varandra.* (Tjänsteutlåtande HSN 1102-0187). I tjänsteutlåtandet lyfts WebCare, vårdplanering i hemmet, rehabilitering och det särskilda boendets roll som utvecklingsområden.

Äldrenämnden i Stockholms stad godkände i april 2011 förvaltningens tjänsteutlåtande som svar på revisionens remiss. Äldreförvaltningen instämde i revisionskontorets synpunkter och framhöll att förvaltningen under de senaste åren arbetat med att öka samverkan mellan olika vårdgivare, bl.a. genom upprättande av olika samverkansavtal med Stockholms läns landsting. Äldreförvaltningen ansåg att roller och ansvarsgränser, inkluderande vem som har kostnadsansvar, ska beslutas på högsta samverkansnivå. Tidsbrist, oklarheter om vem som har kostnadsansvaret och olika tolkningar av överenskommelser försvårar, menade förvaltningen, en god samverkan.

Socialnämnden i Täby kommun lämnade i mars 2011 förvaltningens yttrande som sitt eget. Förvaltningen menade att revisionsrapporten väl lyfter fram den problematik som omgärdar dagens äldreomsorg, och om inget händer, också morgondagens.

Äldrecentrums uppdrag

I revisorernas rapport 2011 lämnades sju rekommendationer till huvudmännen att gemensamt:

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

4. skapa incitament som främjar samverkan över gränssnitten mellan vårdgivarna
5. säkerställa att lagstadgad individuell vårdplanering i hemmet genomförs
6. 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
7. säkerställa att utförarna följer aktuella lagar och föreskrifter för delegering av hälso- och sjukvård och särskilt följer upp att dessa efterlevs.

Den föreliggande rapporten är en uppföljning av dessa rekommendationer med frågeställningarna; har de åtgärdats, i så fall på vilket sätt och vad kvarstår?

METOD

För att besvara frågeställningarna kring hur rekommendationerna från rapporten 2011 påverkat samverkansarbetet i länet användes både intervjuer och enkäter. Även aktuell litteratur inom ämnesområdet studerades.

Intervjuer

Intervjuer gjordes med ett antal tjänstemän inom äldreområdet i Stockholms stad, Stockholms läns kommuner, Stockholms läns landsting samt Kommunförbundet Stockholms län (bilaga 3). I bilaga 1 redovisas den intervjuguide som användes.

Anteckningarna från intervjuerna grupperades och analyserades utifrån rekommendationerna som också var intervjuguidens frågeställningar. Belysande citat plockades ut för att markera de uppfattningar som kom fram.

Enkät

En elektronisk enkät togs fram och skickades per mail till länets alla medicinskt ansvariga sjuksköterskor (både i stadsdelar och kommuner). Frågorna i enkäten utgick även de från rekommendationerna och var dels alternativfrågor, dels öppna frågor där MAS med egna ord ombads att besvara eller kommentera frågor.

Totalt besvarades enkäten av MAS i 17 kommuner respektive 12 av Stockholms stadsdelar (svarsfrekvens = 74 %). Enkätfrågor och svar redovisas i bilaga 2.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med en sammanfattning där resultaten diskuteras och kommenteras.

Därefter ges en överblick över de lagar och föreskrifter som ger ramarna för samarbete mellan vårdgivare, samt de överenskommelser som är träffade i Stockholms län. Vidare redovisas i samma avsnitt utdrag ur styrdokument för utförare av hemtjänst respektive husläkarmottagningar från Stockholms stad, Täby kommun och landstinget. Sedan redovisas några huvuddelar i den internationella forskningen om samverkan mellan vårdgivare. En rapport om samverkan i Täby kommun redovisas kortfattat i ett avsnitt. Aktiviteter i länet som främjar samarbete beskrivs i nästföljande avsnitt. Resultaten från intervjuer och enkät redovisas i ett avsnitt, uppdelat efter de sju rekommendationer revisionen gav 2011 och som nu följs upp.

STYRDOKUMENT

I detta avsnitt redovisas den lagstiftning och de föreskrifter som har bäring på samverkan mellan huvudmännen, och mellan olika utförare av vård och omsorg. Här redovisas också de samverkansöverenskommelser som arbetats fram mellan Stockholms läns landsting och Kommunförbundet Stockholms län och undertecknats av alla eller merparten av länets kommuner. Vidare redovisas exempel på hur samverkan beaktas i avtal med hemtjänst respektive husläkarmottagningar hos de tre parter vars revisionskontor tagit initiativ till denna studie – Stockholms stad, Täby kommun och Stockholms läns landsting.

Lagar och föreskrifter

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 avseende en gemensam individuell plan för enskilda som *har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården* (HSL § 3f, SoL 2 kap § 7).

Sekretesslagen

I 7 kap sekretesslagen (SFS 1980:100) och för enskilt bedriven hälso- och sjukvård 2 kap 8 – 10 §§ lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) finns bestämmelser som innebär att uppgifter kan lämnas mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten om enskilda personer har lämnat sitt medgivande.

Lagen om betalningsansvar

Den så kallade betalningsansvarslagen (1990:1404) reglerar hur landstingen och kommunerna ska samverka vid utskrivningen av patienter från sjukhus. 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.

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, reviderad 2012, Socialstyrelsens Meddelandeblad 6/2013) 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

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. 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.

Exempel på arbetsuppgifter som distriktssköterskor kan delegera till hemtjänstpersonal är att överlämna läkemedel, ge ögondroppar och att ta på och av kompressionsstrumpor.

Samverkansöverenskommelser

På länsnivå samordnar Kommunförbundet Stockholms län (KSL) kommunernas dialog med Stockholms läns landsting om bl.a. olika samverkansöverenskommelser. Varje kommun tar sedan ställning till om kommunen ska godkänna överenskommelsen eller ej. De samverkansöverenskommelser som har mest bäring på äldre personer är:

Samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården, överenskommelsen har undertecknats av landstinget och samtliga 26 kommuner. Överenskommelsen omfattar alla målgrupper och åldrar för att säkerställa en trygg övergång mellan landstingets och kommunens ansvarsområden. Berörda enheter hos kommunen och landstingets öppna hälso- och sjukvård ska ta över ansvaret för sina insatser snarast möjligt efter att patient är utskrivningsklar samt att en vårdplan är upprättad. I de fall insats krävs från enbart landstingets öppna hälso- och sjukvård regleras detta genom landstingets vårdavtal.

Läkarmedverkan i särskilt boende och daglig verksamhet, undertecknad av landstinget och 19 kommuner. Avtalet reglerar omfattning och former för kommunen att i vissa fall anlita läkare enligt hälso- och sjukvårdslagen 26 d § och få ersättning från landstinget för detta.

Logopedinsatser och medicinsk fotvård samt apodos, undertecknad av landstinget och 25 av länets kommuner. Syftet med överenskommelsen är att förtydliga ansvaret mellan länets kommuner och landstinget för logopedinsatser och medicinsk fotvård i särskilda boenden för äldre samt apodos.

Andningshjälp i hemmet, undertecknad av landstinget, Försäkringskassan och 18 av länets kommuner. Syftet med överenskommelsen är att reglera samarbetet för personer med andningssvårigheter som har behov av stöd i hemmet. Detta för att minimera antalet personer som ger hjälp i hemmet och skapa förutsättningar för en säker hälso- och sjukvård.

Uppsökande verksamhet för vissa äldre och funktionshindrade, undertecknad av landstinget och länets samtliga kommuner. Syftet med överenskommelsen är att förtydliga det för landsting och kommun gemensamma ansvaret för uppsökande verksamhet (munhälsobedömning och munvårdsutbildning). Den uppsökande verksamheten ingår som en del i tandvårdsstödet för vissa äldre och funktionshindrade, som infördes den 1 januari 1999. Den berättigade ska få minimerat besvär från tänder och munslemhinna, bibehålla relevant tuggförmåga och utseende. Munhälsotillståndet ska inte försämra allmäntillståndet och inte ge upphov till utökat omvårdnadsbehov.

Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning nämner bland grupper som behöver uppmärksammas bland andra äldre personer (65+)

(källa: KSL hemsida 2013-10-01).

Härutöver finns rekommenderade överenskommelser avseende:

Överenskommelse om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras närstående. Överenskommelsen ska bidra till att kommunerna och landstinget bygger hållbara samverkansstrukturer för vård och omsorg för denna målgrupp. Denna överenskommelse är främst sedd som ett stöd för ett lokalt utvecklingsarbete och lokala överenskommelser.

Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i Stockholms län om samverkan när en individ behöver praktisk hjälp med egenvård. Överenskommelsen utgår från Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) som bl.a. anger att landsting och kommun ska utarbeta övergripande rutiner för hälso- och sjukvården och socialtjänstens arbete i samband med egenvård. Överenskommelsen handlar om den egenvård som en individ, oavsett ålder, behöver praktisk hjälp med.

Lokala överenskommelser

Lokalt finns överenskommelser som kan var tecknade mellan berörda utförare. De kan vara ett förtydligande av länsövergripande överenskommelser, där ansvaret mer tydligt anges för vem som gör vad. Exempel på sådana lokala överenskommelser är ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvård i särskilt boende mellan läkaren och hälso- och sjukvårdspersonalen på boendet, ansvarsfördelning vid

in- och utskrivning till sjukhus, rutiner för läkemedelsgenomgångar och ansvarsfördelning för rehabilitering och hjälpmedel, t.ex. mellan kommunens korttidsvård och primärvårdsrehabiliteringen.

Lokala överenskommelser om vården och omsorgen för personer med demenssjukdom bygger på den länsövergripande överenskommelse som träffats.

Uppdrag till utförarna

Uppdraget att samverka finns i de beställningar och uppdrag som huvudmännen har gett sina utförare.

I Stockholms stads krav på hemtjänstutförare i kundvalet anges bl.a.; *Utifrån den enskildes önskemål och behov ska utföraren samverka med anhöriga/närstående, gode män/förvaltare, vårdgivare, myndigheter, föreningar och organisationer. Utföraren ska också delta i de möten som staden bjuder in till. Utföraren ska ha skriftligt dokumenterad rutin för samverkan.* (punkt 5.7 i anbudsunderlaget).

Av Täby kommuns anbudsunderlag framgår bl.a. att, *under förutsättning att den enskilde gett sitt samtycke, ska leverantören samverka med övriga berörda parter, t.ex. kommun och primärvård, i frågor som rör den enskildes behov. Leverantören ska följa skriftliga samverkansavtal och överenskommelser som rör enskild, t.ex. med primärvården. Leverantören ska arbeta i enlighet med de skriftliga samverkansavtal och överenskommelser som kommunen träffar med till exempel landstinget/primärvården. Leverantören ska följa aktuella rutiner för t.ex. samverkan och överrapportering med larm och nattpatrull och vid behov ta emot och lämna nödvändig rapportering kring den enskilde. Leverantören ska delta i de möten som kommunen kallar till.*

Leverantörens ledningssystem ska bl.a. innehålla skriftliga rutiner för samverkan och informationsöverföring mellan leverantören och kommunen eller annan vårdgivare i frågor som rör den enskilde. (Täby kommun, förfrågningsunderlag hemtjänst)

I Stockholms läns landstings uppdragsbeskrivning till husläkarmottagningar anges att *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.* (Regelbok för husläkare med basal hemsjukvård, kapitel 4, uppdraget).

INTERNATIONELLA ERFARENHETER

Både i Sverige och internationellt har forskningen uppmärksammat problem med och bristerna i samarbetet mellan sjukvård och socialtjänst.

I den internationella forskningen används ofta begreppet ”integrated care” när det gäller samordningen av insatser för personer med stora behov av vård och omsorg. Regeringen talar om ”sammanhållen vård” i satsningen på vård och omsorg om de mest sjuka äldre, vilket i allt väsentligt motsvarar begreppet integrated care. I den internationella forskningslitteraturen framhålls ofta att integrated care har hög relevans för multisjuka äldre, eftersom de har stora behov av samordnade insatser.

Begreppet integrated care spänner över ett komplext och sammansatt område och det finns därför många olika tolkningar av begreppet. Ofta görs skillnaden mellan horisontell integration (att länka samman olika professioner, t.ex. multidisciplinära professionella team, transdisciplinära team) och vertikal integration (samarbete mellan olika vårdnivåer eller vårdgivare).

Den internationella utvecklingen på området tycks domineras av vissa modeller beträffande omhändertagandet av äldre. Insatser som prövats och som visat sig ha effekt är bl.a. case-management, multiprofessionell behovsbedömning, multiprofessionella team, gemensam individuell vårdplanering, särskilda organisationer för multisjuka, finansiella styrsystem som stödjer gemensamma processer samt fungerande informations- och kommunikationssystem som stödjer samverkan (ARC/Äldrecentrum 2013).

SAMVERKAN I TÄBY KOMMUN

Täby kommun har tagit fram en rapport (Junker 2013) avseende samverkan mellan kommun- och landstingsfinansierade verksamheter kring vård och omsorg i Täby. I rapporten konstateras att *det finns gott om vilja till samarbete och samverkan. Det som behövs är verktyg och förutsättningar att göra långsiktiga förbättringar*. Rapporten pekar på några utvecklingsområden inom äldreården;

Delegeringar; rutinerna för delegering följer inte Socialstyrelsens föreskrifter. Hemtjänstutförarna får inte betalt av kommunen för tid då de utför delegerade uppgifter. Informationsöverföringen är osäker, otydligt vem som ansvarar för signeringslistan och avvikelserapportering.

In- och utskrivning i slutenvården; Informationsöverföringen är inte säker. Hemtjänst och särskilt boende deltar inte i den samordnade vårdplaneringen, och får inte alltid möjlighet att förbereda för att kunna klara att ta hand om en person med komplexa behov. Informationen behöver förbättras till patienter och anhöriga inför den samordnade vårdplaneringen. Det kan uppstå problem med att få hjälpmedel på plats när patienten kommer hem.

Samordnad individuell plan (SoL 2 kap. 7§, HSL 3f §); det finns ingen eller väldigt liten vana att arbeta med samordnad individuell plan.

Hemsjukvård-hemtjänst; Det finns brister i strukturen för hur exempelvis direkta nummer görs kända till alla utförare. Hemsjukvården kan ha svårt att göra akuta hembesök. PR-vård som svarar för hemsjukvård utanför kontorstid kontaktas via Vårdguiden vilket kan ta tid, och har annat journalsystem än husläkarmottagningarna.

Rehabilitering och hjälpmedel; Det finns problem för primärvårdsrehabiliteringen att få kontakt med rätt hemtjänstutförare. Primärvårdsrehabiliteringen ser det som önskvärt att hemtjänsten kan träna vissa funktioner i det dagliga livet, och får mer utbildning i ett rehabiliterande förhållningssätt.

Samverkansöverenskommelser; Täby har antagit de flesta samverkansöverenskommelser som KSL rekommenderat. Rapportförfattaren framhåller att det är viktigt att inte anta samverkansöverenskommelser alltför rutinmässigt, utan att beslut föregås av en diskussion kring om kommunen kan leva upp till det som överenskommits och vilka åtgärder som behöver vidtas för att samverkansöverenskommelsen ska uppfyllas.

Samverkansarbetet; De berörda leverantörerna har bäst kunskaper om vad som behöver förändras och förbättras för att uppnå bättre och effektivare samverkan med landstinget. Det är även de som ska arbeta efter de nya rutinerna. Därför är det viktigt att arbetet med att förbättra samverkan utgår ifrån leverantörernas behov och att samtliga leverantörer, både chefer och medarbetare, är involverade i arbetet i ett tidigt skede.

INSATSER FÖR ATT STÄRKA SAMVERKAN

Arbetet med att stärka samverkan och samarbete i vård och omsorg sker på många olika sätt. Redovisningen nedan ger inte anspråk att vara fullständig, utan vill närmast visa på bredden i arbetet och den stora aktivitet som pågått under de senaste åren.

Arbetet med att implementera riktlinjerna för demensvård

I de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom (Socialstyrelsen 2010) framhålls multiprofessionellt teambaserat arbete som högt prioriterat. Detta har uppmärksammats i många av de projekt som syftat till att implementera riktlinjerna i kommunerna och stadsdelarna i Stockholms län.

Med stöd av nationella stimulansmedel, Stockholms läns Demensråd (numera integrerat i HSF) och länets FoU-miljöer har arbetet med implementeringen av demensriktlinjerna pågått i stort sett i samtliga kommuner i länet. Eftersom det vanligen är samma aktörer som har att samverka kring äldre med andra former av sammansatta problem har det arbete som bedrivs inom demensområdet betydelse för all samverkan mellan huvudmännen,

Arbetet inom demensområdet är ett bra exempel på hur man kan bygga lokala samverkansstrukturer. De som lyckats, och håller det vid liv, är de som har en lokal ledning från verksamhetscheferna och en lokal plattform med en aktiv arbetsgrupp. (intervju handläggare HSF)

Samverkansprojekt utvärderad av länets FoU-miljöer

Under de senaste åren har några olika samverkansprojekt utvärderats av länets FoU-miljöer inom äldreområdet. De belyser olika aspekter av hur arbetet bedrivs med att stärka samverkan mellan vårdgivarna.

TioHundra-projektet i Norrtälje

I TioHundraprojektet har Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun bildat en gemensam nämnd för beställning av vård och omsorg och ett gemensamt ägt bolag som står för merparten av utförandet. Projektet startade 2006, och är för närvarande förlängt till 2015. Inför förlängningen genomfördes en utvärdering under hösten 2011.

Ett av projektets mål har varit att åstadkomma en mer samordnad och trygg vård och omsorg om äldre med stora och sammansatta behov. En ledstjärna har varit att "ingen ska falla mellan stolarna på sin resa genom vården och omsorgen".

Ett exempel är den för Norrtälje unika utformningen av kundvalet. Utföraren ska kunna erbjuda både hemtjänst och hemsjukvård inkluderande hemrehabilitering. Delar av den vårdkedja som i många andra kommuner är uppdelad på olika aktö-

rer ligger här hos samma. Efter det att studien gjordes har Vårdbolaget Tio-Hundra (egen regi) också tagit steget att avdela en läkare för hemsjukvården.

Rehabilitering, vårdplanering och läkare i särskilt boende är andra exempel där den gemensamma nämnden kunnat göra en samordnad beställning till sina utförare. (Schön m.fl. 2012)

Samordningstjänst för äldre

I projektet "Samordningstjänst för äldre" hade befintliga kommunala och landstingsfinansierade verksamheter i Järfälla och Upplands Bro gemensamt etablerat en samordningstjänst för att stärka och samordna omsorgs- samt hälso- och sjukvårdsresurserna om den enskilda multisviktande äldre personen. I flertalet intervjuer framkom att samordningstjänsten bidrog till ökad känsla av trygghet genom att vara en direktkontakt med hälso- och sjukvården. Hemtjänstpersonalen uppgav att de upplever samordningstjänsten som något som underlättar deras arbete och de uttrycker att själva vetskapen om att de kan ringa och rådfråga sjukvårdskunnig personal när akuta situationer inträffar innebär att de inte behöver ringa efter ambulans så fort hälsotillståndet för deras omsorgstagare förändras.

De medverkande äldre personerna befinner sig i en komplex livssituation med många vårdkontakter och stort omsorgsbehov. Det är en heterogen grupp med olika behov som varierar över tid. Detta ger argument för att en så pass skör grupp som de äldre personerna i detta projekt behöver en mer differentierad tjänst av hälso- och sjukvård och omsorg i allmänhet. Behovet av tillgänglighet och samordning av tjänster är stort för denna målgrupp menade utredaren. (Uvhagen 2010)

KomSam i Nacka

Nacka kommun och Nackageriatriken upplevde att många äldre var oroliga inför den samordnade vårdplaneringen och inför hemgången från sjukhuset. Tillsammans ville de ändra på detta och startade därför projektet KomSam. En äldrevägledare vars uppdrag var att förbereda den äldre, och ibland även den äldres anhöriga, inför vårdplaneringen och inför hemgången, infördes på Nackageriatriken.

Projektet har medfört flera vinster framförallt för de äldre, men också för personalen. Intervjuerna visade att de äldre upplevde mötena med äldrevägledaren som positiva. Genom mötena fick de information och hade möjlighet att förbereda sig inför den samordnade vårdplaneringen. De flesta kände sig väl förberedda och tyckte att de hade både inflytande och kontroll vid själva vårdplaneringstillfället. Fler äldre kände sig trygga inför hemgången efter, än före införandet av äldrevägledaren. Projektet har också lett till att fokus i större utsträckning hamnat på den äldre vid vårdplaneringsmötet. Projektet KomSam har även stärkt samarbetet mellan geriatriken och kommunen och ökat förståelsen för varandras verksamheter och arbetsrutiner. (Österman & Karp 2012)

Egenvård förutsätter samverkan

Egenvård (att patienten själv kan ta ansvar för att utföra en ordinerad hälso- och sjukvårdsåtgärd) kan vara komplicerat eller omöjligt att utföra för personer med fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar, vilket ibland kräver insatser från, och samverkan mellan, sjukvården och socialtjänsten. I sådana situationer kan oklarheter uppstå om vilken instans som har ansvar för vad och vilken som ska göra vad.

En central erfarenhet från de utvecklingsprojekt i ett par Södertörnskommuner som rapporten bygger på är nödvändigheten av att företrädare för olika yrkesgrupper har grundläggande eller goda kunskaper om den formella organisationsstruktur för hälso- och sjukvård och socialtjänst som finns fastslagen i olika författningar. Inte sällan är missförstånd och konflikter mellan representanter för olika yrkesgrupper kopplade till begränsade kunskaper om de lagar och föreskrifter som reglerar den egna och samarbetspartners verksamhetsområden. (Nordlund 2012)

Regeringens satsning Bättre liv för sjuka äldre

Avtal har tecknats mellan KSL och landstinget avseende regeringens satsning på de mest sjuka äldre. I avtal tecknat 2010 är syftet att med hjälp av utvecklingsledare bygga upp gemensamma stödresurser till ett strategiskt och långsiktigt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre och att öka användningen av kvalitetsregistren Senior Alert, SveDem (Svenska Demensregistret) och Palliativregistret. Nationella stimulansmedel har senast sökts från Sveriges Kommuner och Landsting i november 2012 avseende 2013.

Inom ramen för de årliga överenskommelser regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) träffat finns också satsning på att stärka de gemensamma ledningsstrukturerna, Ledningskraft.

Ledningskraft är tänkt som en mötesplats för ansvariga chefer i ett län, från landsting och kommun. Stöd ges från SKL. I Stockholms län har en anpassning skett till den speciella struktur som finns i länet. Det har skapat ytterligare en mötesplats.

En viktig fråga är att man sätter sig ned och pratar kring, ja en gemensam målbild, flyttar perspektivet till individen, börja där, på lokal nivå. Få kunskap om andras uppdrag. Vi kan inte varandras uppdrag. Förtroende och dialog i stället för "ni gör fel" och "ni tar inte ert ansvar". Ledningskraft Stockholm bidrar till att vi möts. Sitter vid samma bord, pratar med varandra. (intervju handläggare HSF)

Vårdcoacher

Aktiv hälsostyrning med vårdcoacher riktar sig till patienter med stora vårdbehov och många vårdkontakter. Vårdcoachen är en specialutbildad sjuksköterska som ska stötta patienten i förståelsen av sina symtom och sin behandling och hjälpa henne/honom att samordna sina vårdkontakter.

De resultat landstinget hittills redovisat är förbättrad hälsa och livskvalitet och färre besök på akuten och inläggning på sjukhus för de som tackat ja till erbjudande om vårdcoach. Målgrupperna för vårdcoachernas arbete har varit patienter som ofta besökt akutmottagning (mångbesökare), patienter med hjärtsvikt, patienter med KOL samt småbarn. Av cirka 7 000 tillfrågade har 5 000 patienter tackat ja, medianåldern är 65-67 år. Insatserna har bidragit till en minskad slutenvårdskonsumtion.

Det är fortfarande ett utvecklingsprojekt som prövar vilka patienter och vilka aktörer som ska vara med. Vårdcoacher finns på varje sjukhus i Stockholms län, några sitter också centralt. Patienten träffar coachen vid ett tillfälle på sjukhuset, övrig kontakt sker via telefon. När det gäller eventuell kontakt med husläkare, biståndshandläggare, hemtjänst är det utifrån patientens behov. Om vårdcoachen upptäcker att det är en patient som inte har en fungerande kontakt med t.ex. hemtjänsten, så försöker coachen hjälpa patienten och skapa kontakt.

Information har lämnats till kommunerna, bl.a. på ledningskraftsträffar. Om projektet med vårdcoacher haft betydelse för samverkan mellan vårdgivare är för tidigt att säga enligt de handläggare som intervjuats på HSF.

Nationellt stödda samverkansprojekt i länet

Inom ramen för överenskommelsen mellan regeringen och SKL ställde regeringen under 2010 70 Mkr till förfogande för treåriga försöksverksamheter för att förbättra det gemensamma omhändertagandet av gruppen de mest sjuka äldre. Nitton projekt erhöll medel, varav fyra i Stockholms län. Dessa redovisas nedan med ledning av deras slutrapporter till SKL (SKL 2013)

Trygg i Tyresö

Trygg i Tyresö gör det möjligt för äldre personer med omfattande behov av omsorg, vård- och rehabiliteringsinsatser att återgå till eget boende efter vistelse på Handengeriatriken eller korttidsboende. Trygg i Tyresö består av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och biståndshandläggare som tillsammans med hemtjänst bildar ett team med och runt den äldre och anhöriga.

Äldre som varit med i Trygg i Tyresö är nöjda och har upplevt trygghet. Även anhöriga har upplevt trygghet med insatserna, även om de inledningsvis var oroliga och tvivlade. Tyresö kommun har minskat antal korttidsplatser från 24 till 15 och antal dagar med betalningsansvar gentemot Handengeriatriken med 16 procent.

InterAction i Järfälla

Ett syfte med projektet var att synliggöra äldre personer med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga samt att generera ny kunskap om målgruppens behov. Den primära målgruppen omfattade äldre personer (65 +) med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga.

Resultatet visar att den positiva och stödjande kontakten med sjuksköterskan var det allra mest genomgående temat i intervjuerna. Många deltagare använde ordet

trygghet för att beskriva vad projektet gett dem. Ett annat vanligt tema var den livskvalitet det innebar att slippa resa till sjukhuset. Flera intervjuade beskrev vilken ansträngning det kan innebära att ta sig till ett läkarbesök om man lider av ångest och/eller känner sig kraftlös på grund av depression. Det finns en stor utvecklingspotential i användandet av modern informations- och kommunikationsteknologi (IKT) – i detta projekt i form av bildtelefoni – för att stödja äldre personer med psykisk ohälsa i det egna hemmet.

Bättre samverkan - Bättre Liv

Bättre Samverkan – Bättre Liv är ett samverkansprojekt i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre i ordinärt boende i Hägersten- Liljeholmens stadsdelsförvaltning. I projektet deltar 18 aktörer, både privata och offentliga, från både kommun och landsting. Projektets övergripande syfte är att långsiktigt och varaktigt förbättra samverkan mellan de aktörer som ger vård och omsorg till de mest sjuka äldre. De förstärkta rutiner som utvecklats av aktörerna i samverkan är nya arbetssätt och utgår från Lean-filosofin. Preliminära resultat visar att projektet bidrar till en mätbart ökad förståelse och samverkan mellan aktörer och en positiv trend för de äldres nöjdhet med den vård och omsorg de får.

Mobilt Äldreteam Östermalm

Inom stadsdelen Östermalm, Stockholms stad fanns 2010 ett 40-tal aktiva utförare inom primärvård och hemtjänst. Två vård- och omsorgssamordnare med kännedom om både socialtjänst och hälso- och sjukvård har varit anställda i Mobilt Äldreteam Östermalm för stöd till den enskilde samt för ökad samverkan mellan utförare och organisationer. Försöksverksamhetens erfarenhet är att det finns behov av stöd i hemmet till enskilda personer inom gruppen mest sjuka äldre för ökad trygghet och möjlighet att bo kvar i det egna hemmet. Stödet bör finnas inom befintlig organisation. För att öka den enskildes rättssäkerhet bör ett mer regelbundet stöd ingå i socialtjänstens myndighetsutövning.

ARC/Äldrecentrum kommer i januari 2014 att redovisa en vetenskaplig utvärdering av de 19 försöksverksamheterna.

Framtidens hälso- och sjukvård

Slutligen kan nämnas landstingets programarbete med framtidens hälso- och sjukvård. I det arbetet är nätverkssjukvård ett viktigt begrepp. Patienten ska vara i centrum och husläkaren ses som en viktig aktör. Ett mål är att innevånarna ska möta en vård där vårdgivarna samverkar i ett nätverk. Individens samlade behov ska vara utgångspunkt för den vård som erbjuds. Vården ska ta hänsyn till patientens såväl medicinska som omvårdnadsbehov och funktionsförmåga.

Ambitionen är att den nu pågående planeringen under 2014 ska övergå i en fas då målen konkretiseras och implementeras på alla nivåer, för att ha landat 2018 när nya Karolinska tagits i bruk.

REVISIONENS SJU REKOMMENDATIONER

Resultatet från enkät och intervjuer redovisas nedan utifrån de sju rekommendationer revisorerna lyfte fram i sin revisionsrapport februari 2011.

Samverkansöverenskommelser och strukturer

Revisorerna rekommenderade

- ta fram tydliga samverkansöverenskommelser samt skapa en samverkansstruktur anpassad till nya organisationsmodeller

Samverkansöverenskommelser

Länsnivå

Flertalet av de intervjuade anser att de befintliga överenskommelserna är i behov av översyn, en översyn som pågår. KSL och HSF samordnar arbetet med att arbeta fram en övergripande överenskommelse inom äldreområdet, ett "paraply" för övriga avtal. I samband med detta arbete ser man över äldre överenskommelser, som egenvård, rehabilitering, habilitering, läkarinsatser i Säbo, in- och utskrivning i slutenvård, medicinsk fotvård, Apodos och munvård. Psykiatriöverenskommelsen ses över för att förtydliga äldrepsykiatrins roll. Arbete pågår även med att ta fram en överenskommelse om nutrition.

Den [den generella överenskommelsen] kommer gå på remiss och gå många vändor innan den är klar. Det är viktigt att man pratar om den, förankrar och har en diskussion. Sommaren 2014 ska arbetet vara klart. Kanske blir det också lokala överenskommelser på samma sätt som demensöverenskommelsen. (intervju handläggare HSF)

De nuvarande avtalen är luddiga, bra att nu försöka förtydliga, verkligheten visar att det behövs. (intervju handläggare kommun)

Den befintliga överenskommelse de flesta intervjuade talar om vid frågan om samverkansöverenskommelser är den om samverkan vid in- och utskrivningar i slutenvård. Den reviderades senast 2011, och kommer nu ånyo att ses över med ledning av en utvärdering som är gjord och redovisad i september 2013.

2011 kom en revidering av avtalet från 2005. Vägledande var att flytta fokus från pengar till patient. Avtalet ska underlätta för kommunen att säkert kunna ta emot en patient, läkarna ska säkerställa att någon tar emot, att det finns läkemedel, att patienten om hon så önskar får trygghetskvitto. Att det finns personal med rätt kompetens som tar emot på ett patientsäkert sätt. Alla ska förstå att det är en samordnad vårdplanering. (intervju handläggare HSF)

Lokal nivå

Allmänt menar de intervjuade att lokala överenskommelser och rutiner har större förutsättningar att bli använda.

Jag tror på lokala riktlinjer, hur man ska tillämpa samverkansöverenskommelser och föreskrifter, och det ska man komma fram till lokalt, mellan utförarna. Från HSF:s del ska vi kräva att man samverkar, och följa upp, men vi ska inte beskriva hur. De jobbar med hur. De lokala avtalen inom demensområdet är exempel på detta. Och när man jobbar lokalt med dem, då blir det känt, då tar man det till sig. (intervju handläggare HSF)

Av enkäten till de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna (MAS) framkommer att det är vanligt med lokala överenskommelser (22 av de 28 som besvarat denna fråga svarade ja). Ett exempel på lokala överenskommelser är mellan Capio St Görans sjukhus, öppenvård och berörda kommuner:

För alla som har St Görans som "sitt" sjukhus finns ett likalydande avtal, Överenskommelse i vårdkedjan mellan sluten och öppen vård inom stadsdelsförvaltningarna Centrala staden (Kungsholmen, Norrmalm, Östermalm) och Västerort, rutiner för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård. Avtalet är bra eftersom det är kortfattat och att allt väsentligt är med. (intervju MAS)

Andra exempel på lokala överenskommelser är hur ansvaret regleras mellan hälso- och sjukvårdspersonalen (läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast) i särskilt boende och ansvar för rehabilitering och hjälpmedel för personer på kommunal korttidsplats

I flera av intervjuerna lyfter man särskilt fram de lokala överenskommelserna om vård och omsorg för personer med demenssjukdom. I dagsläget (september 2013) finns femton lokala överenskommelser klara, och ytterligare sex-sju beräknas vara klara före årsskiftet. Resterande kommuner och stadsdelar beräknas vara klara under våren 2014.

Det avtal som finns regionalt om samverkan demens är bra, vi har nu startat ett lokalt arbete, vi jobbar med det, den överenskommelsen är inte bara en pappersprodukt. (intervju handläggare kommun)

De nationella riktlinjerna och det regionala vårdprogrammet som finns i VISS har underlättat det lokala arbetet. De som gjort det har sedan tagit tag konkret i det som skapar problem på hemmaplan med handlingsplaner. T.ex. informationsöverföringen och den samordnade individuella vårdplaneringen. (intervju handläggare HSF)

I några intervjuer framkommer att överenskommelsen på länsnivå om personer med psykisk sjukdom inte får genomslag, och att det skulle behövas lokala överenskommelser.

Samma gäller psykiatrin, det är ett bekymmer, de tar inte till sig det vi säger. Vi MAS-ar tog kontakt med psykiatrin i syfte att få en liknande överenskommelse som

med övriga vårdutförare. Vi bokade tid, som de avbokade utan att boka ny tid, och nu hänvisar de till att det kommer att ske så mycket när vårdval införs. De skickar hem utan att veta hur det ser ut hemma. (intervju MAS)

Strukturer för samverkan

Det finns formaliserade mötesformer på politisk och förvaltningschefsnivå, och mer informella mötesplatser av skiftande slag i stadsdelarna och kommunerna.

Det finns en konsensus bland de intervjuade att dessa möten är viktigare än samverkansöverenskommelserna, och en förutsättning för att överenskommelserna ska fungera i vardagen. Denna bild stämmer med vad tjänstemän och vårdpersonal i länet tidigare lyft fram som den viktigaste framgångsfaktorn för ett fungerande samarbete (Österman 2007)

Vissa är direkt tveksamma till samverkansöverenskommelserna.

Tveksamt om överenskommelser om samverkan har någon praktisk betydelse. De är nog mest pappersprodukter. De kanske finns, men vi har inte sett dem. (intervju biståndshandläggare)

Möten på länsnivå

I Stockholms län finns som ett strategiskt forum för samverkan mellan Landstingets Hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN) och KSL:s Sociala välfärdsberedning den så kallade Presidiegruppen.

Presidiegruppens uppdrag är att:

- Ta initiativ till att förbättra brister i samverkan och undanröja hinder i syfte att stötta utvecklingen av vård och omsorg i Stockholms län.
- Identifiera gemensamma utvecklingsområden och skapa gemensamma målbilder.
- Ge varandra fortlöpande information om verksamhet och insatser riktade till barn och ungdomar, personer med funktionshinder, äldre med omfattande vård och omsorgsbehov och personer med psykisk sjukdom och/eller missbruksproblematik.
- Informera varandra om organisationsförändringar och hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Ett samverkansorgan på politisk nivå som också fungerar som styrgrupp för kommunaliseringen av hemsjukvården i Stockholm län startades i slutet av 2011 och består av sju ledamöter från landstinget och sju ledamöter från Kommunförbundet Stockholms Läns Sociala välfärdsberedning.

(KSL 2013)

Av intervjuer med handläggare framgår att frågan om kommunalisering av hemsjukvården även dominerat presidiegruppens möten.

Sveriges Kommuner och Landstings projekt Ledningskraft har som syfte att stödja chefer att omsätta den regionala handlingsplanen till praktisk vardag och bidra till att satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” kan göra skillnad och skapa en process för lärande och implementering.

Det visade sig svårt att anpassa Regeringens överenskommelse med SKL om att stimulera arenor på länsnivå för att förbättra samverkan för de mest sjuka äldre, Ledningskraft, till Stockholms läns förhållanden. I den form man valt bedömer de som deltagit att den ändå gett ytterligare en mötesplats mellan vårdgivarna. Den beredande tjänstemannagruppen med medverkan från HSF och KSL tog initiativ till Stockholms läns ledningskraft.

Stockholms läns ledningskraft är ett nätverk som utöver landstinget och KSL består av representanter från Huddinge kommun, Nacka kommun, Sollentuna kommun, Solna stad, Södertälje kommun samt Stockholms stad (stadsdelarna Liljeholmen/Hägersten, Kungsholmen och Bromma samt äldreförvaltningen). Stockholms läns ledningskraft har träffats vid ett antal tillfällen för att delge varandra goda exempel och diskutera handlingsplanen. Seminarier/konferenser har också genomfört med syfte att bredda deltagandet till flera kommuner i länet.

Men den konstruktion som de tagit fram passar inte Stockholm. Det är för stort, vi kan inte samla de önskvärda högsta cheferna från landsting, kommun, geriatrik... vem är t.ex. primärvårdschef? Den finns inte. ... det är KSL, det är olika beställaravdelningar hos oss och de sex kommuner som snabbt hoppade på. Men det är dåligt med ”mandat” i gruppen. Men vi har försökt skapa vår egen ”Ledningskraft” och har bjudit in alla kommuner till några möten för att utbyta och sprida goda exempel och diskutera vad som är bra och dåligt. Det har ju lett till något positivt. (intervju handläggare HSF)

Hösten 2012 tog HSF initiativ till att bjuda in företrädare för geriatriken och kommunerna till en stor konferens, som främst handlade om det särskilda boendet. Kommunerna var representerade både av förvaltningschefer och av verksamhetschefer från såväl egen regi som privata. Syftet var att få igång ett arbete om samverkan, samsyn och rutiner. De som deltog i denna konferens lovordar den. Planen är att den ska följas upp under 2013.

Möten på politisk- och beställarnivå lokalt

I länet finns samverkansmöten för förtroendevalda på kommunnivå. Södra sjukvårdsstyrelsen och respektive kommun har tre till fyra möten per år. Politiker i Stockholms stads stadsdelar och Ekerö och politiker i sjukvårdsstyrelse Stockholm-Ekerö träffas en gång per termin. Samma gäller samverkansmötena i norra länet.

Vid dessa möten deltar förvaltningschef/stadsdelsdirektör och för mötet berörd(a) avdelningschef(er), i vissa kommuner är också MAS med. Ansvaret för att göra upp dagordning vilar vanligen på HSF. Förslag till punkter att behandla kommer både från kommun- och landstingssidan.

I Stockholms stad finns ytterligare ett samverkansforum, där avdelningschefen för närsjukvården fyra gånger per år träffar stadsdelsdirektörerna, uppdelat på Västerort, innerstad och Söderort.

I södra länet träffar biträdande chef närsjukvården Södertörns socialchefer. HSF har under det senaste året blivit inbjudna till dessa socialchefsmöten, det är ganska nytt. Liknande forum finns i norra länet där HSF hittills blivit inbjudna en gång.

Det finns olika uppfattning om genomslaget för dessa övergripande möten. Värde, menar någon, ligger främst i att politiker och chefstjänstemän visar att samverkan är viktig, och att de är informerade.

Det är meningsfulla möten, och informativa. De visar att politikerna har ett intresse för samverkan. (intervju avdelningschef kommun)

De möten som finns mellan politikerna, de styr inte in på den nivån så att det blir konkret. (intervju handläggare kommun)

Förut hade vi möten med landstinget, men nu är det bara direktörmötena, och mötena mellan presidierna. Finns ingen form för oss nära den äldre att samarbeta. Ska samverkansöverenskommelser fungera, då måste man mötas. Och det är så många nya att lära känna. (intervju avdelningschef kommun)

Möten på utförarnivå

Genomgående bedömer de intervjuade att det är viktigt att vårdens och omsorgens aktörer får möjlighet att mötas. På så vis, menar flera av de intervjuade, får de information, förståelse för varandra, och ett ansikte, någon att kontakta.

Det är inte avtalen utan människorna som betyder något. Men de samverkansöverenskommelser som finns ger en kapp, en ram. Men det handlar om att fylla det med innehåll, det är här, med våra förutsättningar, det är här vi måste forma det. Viktigt att mötas, klara ut vem som ansvarar för vad. (intervju verksamhetschef)

På lokal nivå varierar det mycket mellan stadsdelarna och kommunerna i vilken mån det finns mötesplatser, vilka som i så fall ingår och hur de fungerar. Gemensamt för de intervjuade är att de betonar värdet av sådana mötesplatser.

I några kommuner och stadsdelar finns mötesstrukturer som hållit över tid. De har då byggt på kontinuitet och att en person tagit på sig att vara den sammanhållande kraften.

Bygger på att det är vi på stadsdelsförvaltningen som bjuder in, gör upp dagordning, ordnar med lokal, skriver minnesanteckningar. De kommer. Vid mötena har vi också kunnat informera om varandras ansvar och uppdrag, Vi har nu sedan tio år träffats fyra gånger per år. De som deltar är stadsdelsförvaltningens beställare och chef egen regi samt MAS och MAR; någon från varje vårdcentral (verksamhetschef eller distriktssköterska) och de båda primärvårdsrehabiliteringarna, geri-

atriken och dess minnesmottagning samt äldrepsykiatrin. De kommer, de är glada. Ger också dem möjlighet till dialog med varandra, de har inga andra fora för det. (intervju avdelningschef kommun)

Några av de intervjuade berättar om mötesstrukturer som utvecklats bra under de senaste åren. Ett exempel är de möten Capio S:t Görans sjukhus inbjuder till, med representanter från de stadsdelar och husläkarmottagningar vars patienter vanligen vårdas på S:t Göran. Under en period, 2007-2010, låg dessa nere. Motivet till det var att samverkan skulle ske på en högre nivå. Inom ramen för detta samarbete har en lokal överenskommelse arbetats fram (se ovan).

Det finns skiftande uppfattningar om möten mellan akutsjukhus och kommuner. I en del av länet menar man att dessa möten ger resultat

Med sjukhuset har det varit problem av och till. Sedan fem år har vi haft regelbundna möten, där E [chefläkare] varit betydelsefull för att det vi talar om ska effektueras. (intervju avdelningschef kommun)

Avvikelserna tar jag med mig till den som är ansvarig, så att det åtgärdas. Det kan vara sådant som att en biståndshandläggare kallas till en vårdplanering, där personalen säger att de inte känner patienten, och/eller att patienten inte alls är färdigbehandlad. Det är bra träffar, bra att få ett ansikte, och få reda på vad som är på gång. Värdefullt men svårt att peka på konkreta resultat. Men vore det inte värdefullt skulle vi inte hållit på. (intervju chefläkare)

I en annan del av länet gör informanten bedömningen att dessa möten i stor utsträckning är att sjukhuset ställer krav på kommunen.

Ansvarig på sjukhuset är mycket för att tala om vad andra ska göra. Det har bl.a. handlat om jul, de anser att vi bör ha biståndshandläggare på plats på röda dagarna. (intervju avdelningschef kommun)

Från sjukhusets sida har man ett annat perspektiv.

Ett problem är de olika uppdragen, vårt dygnet runt alla veckans dagar, så ser inte det kommunala uppdraget ut. Biståndsbedömning sker inte helger. Särskilt bekymmersamt julhelgerna. (intervju chefläkare)

Det lokala arbetet har främjats av länsöverenskommelsen om att ta fram lokala överenskommelser för vård och omsorg för personer med demenssjukdom, liksom arbetet med att utveckla samordnade individuella vårdplaner (SIP).

På vårt initiativ sitter jag i en grupp där vi tagit fasta på det här med individuell vårdplanering i hemmet för demenssjuka. Primärvården är nu med, det är ju där det brister, efter att jag fått kontakt med två handläggare på HSF. Och när "marspengen" kom fick det hela en skjuts. Jag har en person som jobbar halvtid med de här frågorna. (intervju avdelningschef kommun)

Arbetet inom demensområdet med lokala samverkansprogram är konkret, och med rätt små ändringar skulle dessa samverkansstrukturer kunna vara vägledande för

hela arbetet med bättre liv för de mest sjuka äldre. Det är ju ofta samma aktörer som medverkar med vissa kompletteringar. Men man måste ha den kulturen att man träffas, alla måste ju vara med. (intervju handläggare HSF)

Några mötesformer har växt fram ur tidigare stimulansmedelsfinansierade projekt. Som exempel kan nämnas att i Täby träffas nu all personal inom primärvårdsrehabiliteringen och alla biståndshandläggare regelbundet som en följd av en särskild satsning på nutrition ledd av en dietist.

Exempel på där mötesplatser försvinner finns också, t.ex. från en stadsdel som meddelat att de inte längre kan träffa primärvårdsrehabiliteringen eftersom vårdval införts inom rehab-området.

I flera intervjuer återkommer uppfattningen att det saknas strukturer för samverkan, och att det är svårt att få med husläkarmottagningarna.

Vi har ingen etablerad kontakt med husläkarmottagningarna, annat än när det behövs i en utredning. Och då kan det ta tid att få tag på läkaren. Det kan fördröja utredningsprocessen. Det händer att vi inte kan få direktkontakt med läkaren utan får gå genom sköterskan. Vi har inga direkta nummer, vi får leta på nätet. Får har tjänstenummer. Vi har försökt etablera kontakt, men inte lyckats mer än med några. Vi har haft två samverkansmöten, men alla har inte kommit. (intervju biståndshandläggare)

Vårdare av samverkan

I flera av intervjuerna framhålls betydelsen av att ha några med särskilt ansvar för att vårda samarbetet. Man kan inte vänta sig att någon av utförarna ska ta initiativ, det behövs någon i kommunen och landstinget som har uppdraget och mandatet menar man.

De avtal som arbetas fram på länsnivå kan ge en viss struktur, men är nog inte tillräckligt som stöd för vårdgivarna i deras lokala arbete. Vi beställare beställer samverkan, men att nå fram, det är en mögnadsfråga, man får inte med alla utförare på tåget direkt. Men alla måste respektera spelreglerna. Men det är inte så lätt för en husläkarmottagning att administrera samverkan, det handlar om tid och pengar. Vem ska arrangera mötet? Där det fungerar som bäst så finns det någon som gör det. (intervju handläggare HSF)

Att få en samverkansöverenskommelse att bli tillämpad kräver tid. En av de intervjuade som arbetar med samverkan menar att det som behövs för att en överenskommelse ska fungera i praktiken är tid, att man sätter av tid för förarbetet, tid att fundera. Det måste finnas ett behov hos personalen och ett intresse hos cheferna, och en stabil plattform, vilket t.ex. innebär att det inte är en organisation med chefsbyten och stor personalomsättning. Det måste finnas en plan för implementeringen.

Flera av de intervjuade konstaterar att det är en brist att landstinget inte har någon med ett brett uppdrag att vara kommunsamordnare. De tre personer på

HSF som är avdelade för detta uppdrag bistår, men synes ha för många kommuner/stadsdelar inom sitt ansvarsområde för att de ska upplevas kunna fungera så som de kommunsamordnare några hänvisar till, som fanns före 2007. Inte heller i kommunerna/stadsdelarna är det särskilt vanligt med någon funktion som vårdar samverkan mellan huvudmännen. Täby kommun är här en av de få kommuner som har en särskild samordnare.

Ofta har MAS en viss samordningsroll i kommunerna, något mindre vanligt i Stockholms stad. På frågan om det finns någon i din kommun/stadsdel med uttalat ansvar för, och tid till, att samordna samverkansarbetet svarade knappt två tredjedelar av MAS i länskommunerna ja, i Stockholms stads stadsdelsförvaltningar svarade hälften ja.

En annan yrkesgrupp som, där den finns, bidrar till att stödja samverkan, är demenssjuksköterskan.

Demenssjuksköterskan har etablerat samarbete med vårdcentralerna och med minnesmottagningen. Hon och dietisten har blivit bra länkar mellan oss och vårdcentralerna. Även anhörigkonsulentens arbete främjar samarbetet mellan vårdgivare. (intervju handläggare kommun)

Systematisk avvikelserapportering

Revisorerna rekommenderade

- säkerställa att det finns en fungerande systematisk avvikelserapportering som ger underlag till att identifiera och åtgärda samverkansproblem

De intervjuade ser en systematisk avvikelserapportering som värdefullt, men den dominerande bilden är att det inte finns någon fungerande struktur för att få ett grepp om hur vanligt det är med avvikelser mot god samverkan, och i så fall vilka avvikelser som är de vanliga. På länsnivå finns inte någon överblick över avvikelser i vårdkedjan.

Finns inte, men har varit uppe till diskussion. En del kommer till MAS, en del till mig, en del till KSL, en del rapporteras i Händelsevis, men ingen systematik och oklart vem som är mottagare. (intervju handläggare HSF)

När det kommer upp något så är det ofta "hörsägen". (intervju handläggare HSF)

Avvikelserna kommer till oss på många olika sätt men systematiken kring det, att kunna säga hur ofta, det finns inte. Mycket lyfts via de fora som finns, men inte systematiskt. (intervju handläggare Äldreförvaltningen)

På lokal nivå är bilden lite mer skiftande. I enkäten till MAS-arna svarar hälften av MAS-arna i Stockholms stadsdelsförvaltningar ja på frågan om det finns en fungerande systematisk avvikelserapportering vad gäller avvikelser mot god samverkan. I länskommunerna är det färre (knappt var tredje) som svarar ja.

I första hand kommunicerar parterna lokalt mellan vilka en avvikelse uppstått men kommer de inte överens går man vidare till nämndens MAS resp. verksamhetschef i sluten- eller öppenvården. Både kommunen och landstinget för statistik över avvikelser i vårdkedjan och försöker få med alla avvikelser oavsett var de behandlats. Rapporter om avvikelser kan komma in på olika sätt t ex från särskilt boende, stadsdelar, anhöriga, eller från olika verksamheter inom landstinget, bland annat från landstingets elektroniska system för avvikelsehantering av vårdskador, HändelseVis. (intervju MAS)

Det finns dock en tveksamhet till hur säker och heltäckande informationen är. Flera av de intervjuade pekar på att tidsbrist medför att det inte blir av att skriva avvikelserapporter.

Eftersom sjuksköterskorna ofta har det så tigt, hinner de inte skriva/rapportera till sin verksamhetschef om alla avvikelser i vårdkedjan. (intervju MAS)

En uppfattning som kom fram i några av intervjuerna är att avvikelser i vårdkedjan oftast handlar om brister i informationsöverföringen.

Det är inte så ofta det kommer rapport om avvikelse mot god samverkan. Om så är det ofta brister i informationsöverföringen. T.ex. något som inte rapporterats, som att en person har en kateter när hon kommer hem, eller att man missat att ordna med hjälpmedel vid utskrivning. (intervju MAS)

I kommentarerna i den enkät som sändes till länets MAS-ar uttrycker en MAS förhoppningen att rutinerna för avvikelserapporteringen ska bli bättre med den blivande övergripande överenskommelsen inom äldreområdet, och en annan MAS efterlyser enhetliga rutiner.

Det krävs EN ansvarig hos respektive part (oberoende av om HSL- eller SOL-avvikelse), en gemensam rutin, gärna gemensam blankett för bägge huvudmännen oberoende av utförare. I nuläget förekommer olika blanketter hos olika utförare hos bägge huvudmännen, olika rutiner hos huvudmännens olika utförare och biståndshandläggare. (kommentar MAS-enkäten)

Det finns också en oklarhet i vem som ska ha avvikelserapporten, vad som sedan händer med den, och att det kan brista i återkopplingen.

Internt fungerar det, men svårare när det är till andra aktörer. När det t.ex. gäller problem med vårdövergångar, vem ska vi skicka avvikelserapporten till på sjukhuset? HSF borde göra en instruktion om hur man lämnar avvikelser – det är ju de som ska ta emot avvikelser som bör beskriva hur de vill ha dem. (intervju handläggare kommun)

När sjukhuset skrivit ut utan att förvissa sig om att det fungerar hemma så har jag skrivit avvikelser, åtskilliga! Jag har skickat till landstinget, men jag har ingen aning vad de gjort med dem. Det verkar i vart fall inte ha blivit bättre, det är lika dant nu som för tio år sedan. (intervju biståndshandläggare)

En del i systematiken är att avvikelser leder till förbättringsarbete. Även på den punkten finns det en tveksamhet hos några av de intervjuade.

På SÄBO fungerar det bättre med rapportering av avvikelser i vårdkedjan. När den kommer till MAS ska det framgå vilka åtgärder verksamheten vidtagit – där kan det brista, cheferna kan vara dåliga på att följa upp, det är inte alltid de analyserar varför det inte fungerat eller vad som kan göras för att det framöver ska fungera. (intervju MAS)

SÄBO, korttidsvård och rehabilitering

Revisorerna rekommenderade

- enas om avtals- och regeltolkningar bl.a. när det gäller uppdragen för SÄBO, korttidshem och rehabilitering.

Olika syn på hälso- och sjukvårdsansvaret i särskilt boende, korttidsplatsernas roll och vad som är rehabilitering var vanligt förekommande när studien Sköra länkar i vårdkedjan genomfördes 2010. Ingen av de intervjuade anser att det talas mycket om dessa områden idag. Om det sedan beror på att problemen är lösta, eller om man vant sig vid hur det är, är enligt de intervjuade mer osäkert. Vad gäller korttidsplatser är dock en vanlig kommentar att korttidsplatserna numera är så få att man inte riktigt räknar med den vårdformen.

I en kommentar från en MAS andas dock en oro att äldre inte alltid får den rehabilitering som skulle kunna vara möjlig.

Personerna är för sjuka för att kunna klara sig hemma och alternativet blir då korttidsvård. Kommunens rehabiliteringsinsatser är mer av vardagsrehabilitering mycket via övrig vårdpersonal och inte landstingets specifika rehabilitering. Tanken kommer att människor kanske fräntas möjligheten att komma tillbaks efter en sjukdom så pass mycket som egentligen hade varit möjligt. (kommentar MAS-enkät)

Särskilt boende

Vad gäller läkarinsatserna i det särskilda boendet bedömer de av de intervjuade som har en överblick att det i stort sett fungerar väl.

Samverkan med läkarorganisationerna har fungerat väl alltsedan vårdval SÄBO infördes 2008, mycket bättre än tidigare, varit hög läkarkontinuitet. (intervju MAS)

I några av intervjuerna framkommer att det finns olika syn på vilka sjukvårdsinsatser man ska kunna klara på ett särskilt boende, såväl mellan kommuner/stadsdelar som mellan kommun och landsting. I en intervju påpekas att när allt mer avancerad sjukvård ska kunna utföras i hemmet av primärvård och ASIH så måste också kommunerna uppgradera sin hemsjukvård i det särskilda boendet.

Det finns olika syn på vad man ska klara på SÄBO, även bland mina MAS-kollegor. Vi ska inte skicka in till sjukhus bara för att de behöver t.ex. blodtransfusion. Vi måste fundera över vad som är primärvårdsnivå idag. Man får väl bygga upp kompetensen. Fokusera på brukarens perspektiv, inte organisationens. (intervju MAS)

Samtidigt framkommer det från en annan MAS en oro att sjuksköterskor som sällan gör en vårdinsats kan äventyra patientsäkerheten.

Det finns olika syn på vilka risker det innebär att sjuksköterskor i SÄBO ska göra mer komplicerade insatser som de gör så sällan att de inte är säkra på det, som hantering av central venkateter. Om sjuksköterskan aldrig sett en PICC-line, vilken säkerhet blir det då? Vi ska kunna klara detta, men har inte sjuksköterskan erfarenheten så måste vi kunna få utbildning först innan vi tar emot den enskilde. (intervju MAS)

Hon konstaterar samtidigt att om biståndshandläggaren sagt ja till att personen ska komma från sjukhuset till det särskilda boendet, så har sjuksköterskan inte så stora möjligheter att invända.

Den konferens som HSF bjöd in till hösten 2012 var uppskattad, och ses av flera av de intervjuade som en start på en dialog för att utforma en gemensam syn.

En gemensam syn på hälso- och sjukvårdsansvaret i SÄBO var en av de frågor som diskuterades vid ett möte förra hösten som landstinget bjöd in alla stadsdelar till om den nya hälso- och sjukvårdsplanen. Det var en bra konferens, där vi jobbade i grupper kring olika teman, som samverkan och läkarmedverkan. (intervju MAS)

Korttidsplats

Ingen av de intervjuade har fått några signaler att äldre skulle ha farit illa pga. att antalet korttidsplatser minskat i flertalet stadsdelar och kommuner. Korttidsplatserna har inte längre samma roll vid utskrivningen av en patient från slutenvård menar man. En delförklaring kan vara ett bättre omhändertagande från hemtjänsten sida.

Inte samma diskussion längre om korttidsplatser. Vi har utvecklat omhändertagandet hemma med bl.a. omvårdnadsteam och flera demensteam. Man klarar mer i hemmet. (intervju avdelningschef kommun)

Att korttidsplats fortfarande är något som efterfrågas för patienter på väg ut från sjukhuset framkommer dock i någon intervju.

Korttidsvård pratas det mycket om från sjukhuset, vi får ansökningar varje dag. Kan bli problem för anhöriga, när sjukhuset säger en sak, vi en annan, vem ska de tro på, vem som ansvarar för rehabiliteringen efter sjukhusvård? (intervju avdelningschef kommun)

Av enkäten till MAS i länet framkommer att det fortfarande finns olika syn på korttidsplatsernas roll för t.ex. rehabilitering efter en sjukhusvistelse.

I gränssnittet mellan huvudmännen förekommer dock ibland motsatta förväntningar på vad begreppet korttidsplats innebär inom ramen för rehabilitering. (kommentar MAS-enkäten)

Slutenvården betraktar SÄBO som ett litet "sjukhus", samt korttidsplats används när slutenvårdens resurser ej räcker till. Synen på utskrivningsklar är ofta inte gemensam. (kommentar MAS-enkäten)

Från slutenvårdens sida kan man sakna tillgång till korttidsplatser.

Det skulle säkert underlätta om det fanns mer korttidsvård som komplement till geriatriken. Det händer att vi får kritik för att vi pratar med patient eller anhöriga om att de borde få komma till korttidsvård. Men vi ska ju inte prata med patienten om det, även om vi kan tycka. (intervju chefläkare)

Rehabilitering

Flera av de intervjuade menar att det inte talas så mycket om rehabilitering längre. De menar dock inte att det givet beror på att det inte skulle finnas problem i gränslandet mellan olika vårdgivare. I några intervjusvar och enkäter redovisas att problem med en oklar ansvarsfördelning kvarstår.

Tolkning av kommunens vardagsrehabilitering samt landstingets rehabiliteringsinsatser är svävande. (kommentar MAS-enkäten)

Det är inte en tydlig ansvarsfördelning vad gäller rehabilitering. Vad är träning, vad är eget ansvar? Att gå till toaletten – rehab? Det finns många gränssnitt, det går inte att fastställa var, man måste ha en dialog. Att man pekar på varann och tycker att det är den andres ansvar är stadsdelsbundet. (intervju verksamhetschef)

I en stadsdel bedömer dock denne informant att samarbetet om rehabilitering för äldre som bor i ordinärt boende utvecklats positivt.

I våra enheter i D har vi jobbat mycket med samverkan, där fungerar det väldigt bra. Samarbetet började med problem kring de som skulle komma hem från korttidsplats, möten för sex till sju år sedan. Vi beskrev och dokumenterade problemen, identifierade vem som ansvara för vad. Stadsdelen sammankallar regelbundet till möten, otroligt bra. Den allra största vinsten för samarbetet är när stadsdelen inrättade en funktion som MAR. (intervju verksamhetschef)

Incitament

Revisorerna rekommenderade

- skapa incitament som främjar samverkan över gränssnitten mellan vårdgivarna

I flera av intervjuerna hänvisar man på frågan om ekonomiska incitament i första hand till de särskilda prestationsersättningar husläkarmottagningarna kan få för

att de deltar i möten med kommun. Denna ersättning infördes 1 mars 2013, varför det är för tidigt att uttala sig om effekterna. I några intervjuer framkommer att det tagit tid innan kunskapen om denna ersättning nått ut.

Att ersätta för vissa insatser, som i detta fall för deltagande i samverkansmöten med kommunen, kan ses som en reträtt från ståndpunkten att samverkansstid ingår i kapiteringsersättningen menar några av de intervjuade.

Från början tänkte vi att vi inte ska göra det så detaljerat utan styra efter patienten och det här kan ju ses som en eftergift till att man inte tog det här helhetsansvaret som man hade som uppdrag och där samverkan var en del av uppdraget. Det har tagits emot positivt vad jag vet. (intervju handläggare HSF)

Det är dock bara husläkarmottagningarna som får denna särskilda ersättning, inte övrig primärvård.

Rehab får ingen samverkanspeng, vi har inte ens en listningspeng. Borde finnas om man vill att vi ska samverka i den fragmentiserade vården. (intervju verksamhetschef)

Motsvarande krav om särskild peng för att delta i samverkansmöten förekommer enligt de intervjuade bara undantagsvis från kommunalt finansierade verksamheter.

Som en form av incitament för att främja samverkan kan man också se den extra peng geriatriken får för att handleda öppenvården i demensfrågor.

Individuell vårdplanering i hemmet

Revisorerna rekommenderade

- säkerställa att lagstadgad individuell vårdplanering i hemmet genomförs

Sedan 2010 har äldre med insatser från båda huvudmännen rätt till att få en individuell plan.

När den enskilde har behov av insatser både från hälso-och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas (HSL § 3 f, motsvarande finns i SoL kap. 2 § 7).

Det har tagit tid för denna lagstiftningsändring att sätta sig. Nu är frågan aktuell på såväl nationell, läns- som lokal nivå. På Socialstyrelsen arbetar man med frågan under namnet samordnad individuell plan (SIP).

Arbete har påbörjats länsövergripande med att finna bra strukturer för denna form av vårdplanering.

Ja, det är ett av uppdragen från presidiegruppen. Men det är en djungel när man ska titta på alla varianter som finns. På KSL jobbar vi tillsammans med lands-tinget dels med målgruppen psykiatri, äldre, inom barn/unga, man skulle vilja hitta ett system, men det är inte lätt. Det ska vara klart till årsskiftet även det. (intervju handläggare KSL)

I flera kommuner, som t.ex. Stockholms stad, pågår arbete med att utforma stöd för den individuella vårdplanen. Detta arbete ses också som en möjlighet att få struktur på samarbetet trots många aktörer inom såväl primärvård som hem-tjänst.

Vi har blivit så många aktörer så vi har blivit förblindade för det här. Man behöver inte utgå från samverkan mellan olika aktörer utan när Agda behöver hjälp så behöver olika aktörer samverka. Biståndshandläggaren kan vara sammankal-lande. Schemalagda tider hos aktörerna för att underlätta att folk kommer ifrån. (intervju avdelningschef kommun)

Flera av de intervjuade omvittnar att det ännu är ovanligt med att upprätta en gemensam individuell plan.

Det är en fråga som inte diskuterats så mycket vid våra möten. Förekommer men nog begränsat, vid speciella problem. Det skulle nog vara svårt för distriktssköters-korna att hinna. (intervju avdelningschef kommun)

I en intervju nämns att det nu måste vara hög tid att genomföra lagstiftarnas intentioner.

Det har inte funnits något tryck hos oss trots att lagen trädde i kraft 2010. Nu när det inte blev överföring av hemsjukvården så måste det skapas stöd för den indivi-duella vårdplaneringen, också kunna dokumentera digitalt gemensamt. (intervju handläggare HSF)

Ett skäl några nämner för att vårdplanering inte sker så ofta i hemmet är att det är oklart vem som ska sammankalla. En uppfattning är att det inte heller ska behöva regleras ”uppifrån”, det ligger i yrkesansvaret.

ansvaret att initiera en individuell vårdplan ligger i yrkesansvaret hos de olika yrkesgrupperna som träffar personen, men det som måste till är ju att när någon säger att nu är det dags så ska de andra vara villiga att komma. (intervju hand-läggare Äldreförvaltningen)

Några pekar på den ersättning husläkarmottagningarna nu kan få när de deltar i vårdplaneringar i hemmet som en faktor som kan komma att underlätta.

Bra att denna ersättning nu finns, bidrar till att lyfta den gemensamma vårdpla-neringen, lagen är lite luddig. (intervju handläggare HSF)

Informationskanaler

Revisorerna rekommenderade

- 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

En vanlig bedömning är att frågan om en säker informationsöverföring mellan olika vårdgivare är i fokus på alla nivåer.

Av intervjuer och enkäten till MAS-arna framgår dock att de flesta ser det som att det fortfarande finns brister i informationsöverföringen. Av de 14 MAS-ar i länskommunerna som besvarat frågan om informationsutbytet mellan vårdgivarna fungerar avseende patienter som bor i ordinärt boende svarar 10 nej. Vad gäller informationsöverföringen för patienter som bor i särskilt boende är svaren ännu mer negativa. Tolv av femton MAS-ar i länskommunerna och sex av nio i Stockholms stadsdelar har svarat nej.

WebCare

Sjuksköterska och läkare på SÄBO har, liksom primärvårdsrehabiliteringen, ännu inte tillgång till WebCare, och för hemtjänsten har det ännu inte aktualiserats att de ska få tillgång.

Flera av de intervjuade beklagar att beslutet att läkare och sjuksköterskor på särskilt boende ska ha tillgång till WebCare ännu inte är effektuerat.

De [objektägaren, hos SLL] har politiskt beslut om att verkställa att sjuksköterskan i SÄBO kan ta del av informationen, liksom psykiatrin. Det är ännu inte verkställt, trots att det gått fem år sedan beslutet. (intervju handläggare HSF)

För säbos del borde både kommunens sjuksköterskor och läkarorganisationen vid boendet ha tillgång till WebCare. Biståndshandläggaren är ej hälso- och sjukvårdspersonal och kanske därför missar att föra över hälso- och sjukvårdsinformation av vikt till det särskilda boendet. (kommentar MAS-enkäten)

Att SÄBO inte har tillgång till WebCare kan innebära risker för den enskilda patienten.

När patienter som behöver mer komplexa insatser, t.ex. läkemedel, vätska eller näring i en central venkateter, så kan den som skriver ut från slutenvården tycka att hon gjort vad hon ska med notering i WebCare. Men sjuksköterska och läkare på SÄBO har inte tillgång till WebCare, däremot biståndshandläggaren, som kan tro att sjukhuset tagit direkt kontakt med boendet (intervju MAS)

Den informationsöverföring som är den vanliga idag mellan sjukhus och säbo är via telefon, en kanal som är bra, men beroende av att de berörda kommer ihåg att informera, och får tag på varandra.

SÄBO blir, vanligen, informerad per telefon, sjuksköterska på sjukhuset ringer upp sjuksköterska på SÄBO. Det är dock inte ett helt säkert sätt att föra över informationen på. (intervju MAS)

Inte heller primärvårdsrehabiliteringen har fått tillgång till WebCare, trots att beslut finns, och att företrädare för primärvårdsrehabiliteringen påmint.

Det finns också en önskan från några av de intervjuade att hemtjänsten ska få tillgång till WebCare, för att inte vara beroende av att biståndshandläggaren är en mellanhand i informationskedjan. Mot detta invänds att det är svårt med hänsyn till det stora antalet utförare.

Utförarna måste få tillgång till WebCare, såväl SÄBO som hemtjänst, så att man säkrar för den boende/omsorgstagaren så att hon/han får den vård och omsorg som är nödvändig och beslutad om. (intervju MAS)

I en del av intervjuerna framkommer att man upplever att det blivit bättre under de senaste åren.

WebCare är bra, har utvecklats. Men sjukhusen skickar kallelse tidigt, ibland för tidigt. Det är däremot sällan det uppstår informationsbrister, det är numera undantagsfall. När vi började med våra möten med [Sjukhuset] kände många där inte till sitt, och vårt, ansvar. Det finns en vilja hos [Sjukhuset], mycket tack vara E [chefläkare]. (intervju avdelningschef kommun)

Problemen med att all personal, och då särskilt nyanställda, inte kan alla rutiner, har uppmärksammats av vissa sjukhus.

WebCare fungerar väl i stort sett bra. Vi måste hela tiden utbilda medarbetare. På S har vi en person som håller i utbildningarna. På förslag vid ett av våra kommunmöten har vi haft gemensamma utbildningar, vår personal och kommunens biståndshandläggare, har varit mycket lyckat, de har fått diskutera vad som fungerar och inte, förstå varandra. (intervju chefläkare)

Brister i kunskap om rutiner

Exempel ges på att all personal inte har kännedom om vilka rutiner som gäller, och vilken information nästa led i vårdkedjan faktiskt får del av.

Fortsatta problem vid utskrivning från slutenvården, de tror att vi kan läsa i deras dokumentationssystem Take Care så mycket av informationen kommer inte fram och det blir missar i den fortsatta behandlingen. (kommentar MAS-enkäten)

Vi har arbetat med avvikelshantering för att informationsöverföringen ska bli säkrare. Men det kommer nya personer inom slutenvården och de känner inte till de rutiner vi enats om så fortfarande sker missar. (kommentar MAS-enkäten)

Information sluten vård - primärvård

När kommunala insatser inte är aktuella används inte WebCare. Några av de intervjuade påpekar att det inte är helt säkert informationsflöde mellan slutenvård, specialistvård och primärvård.

Vore bra om husläkarmottagningen fick per automatik reda på att en patient varit på akuten. De har inte kännedom om alla patienterna, t.ex. de som åker in och ut på sjukhus. Samma när en annan läkare ändrar ordinationer, då är det ingen säkerhet att distriktssköterskan får reda på det. Men vi förväntar oss att distriktssköterskan, och husläkaren, håller rätt på allt om patienten. Det finns idag inget system som hjälper en att hålla i ordning på allt. (intervju handläggare HSF)

Samarbetet med husläkarmottagningarna, det är också en flora, många privata husläkare, och där gör vi nog fel, det händer att vi hänvisar till TakeCare, men de har ju inte tillgång till det systemet. Det fungerar alltså inte klockrent, men på det hela taget fungerar det bra med dem. (intervju chefläkare)

Information primärvård-hemtjänst

I några av intervjuerna nämns behovet av informationsutbyte mellan primärvård och hemtjänst. Frågan har behandlats i arbetet med en eventuell kommunalisering av hemsjukvården. I en intervju nämns det arbete några kommuner (Täby, Nacka, Upplands-Väsby) bedriver med att utveckla ett verksamhetsstöd som också ska vara öppet för distriktssköterskan och den anhörige att skriva anteckningar, så att alla får tillgång till det i datorn eller mobilen, i stället för på lappar i hemmet och att behöva lägga ner mycket tid på att ringa. Det beräknas klart 2014.

Ny teknik

En av de intervjuade tar upp de möjligheter som ny teknik ger, som att ha den samordnade vårdplaneringen på sjukhuset med videoteknik så att man inte behöver vara på plats på sjukhuset, eller med under hela mötet. Det skulle, menar hon, underlätta för distriktssköterskan, som nu sällan eller aldrig hinner delta.

Delegering

Revisorerna rekommenderade

- säkerställa att utförarna följer aktuella lagar och föreskrifter för delegering av hälso- och sjukvård och särskilt följer upp att dessa efterlevs.

Av MAS-enkäten framgår att delegering från distriktssköterska till personal i hemtjänsten förekommer i 12 av de 17 kommuner där MAS svarat, medan det inte förekommer i fem kommuner (svar saknas från åtta kommuner). Orsaken till att en kommun beslutar att hemtjänsten inte ska ta emot delegeringar kan vara både ekonomisk – landstinget bör betala – och att rutinerna kring delegering inte bedöms vara säkra. I Stockholms stad är det upp till respektive hemtjänstföretag att ta ställning, flertalet tar emot delegeringar.

Vad som bör tas upp och arbetas med är att hemtjänstpersonalen kan ta emot delegeringar, men detta kräver en överenskommelse om ekonomisk ersättning från landsting till kommun. (kommentar MAS-enkäten)

Vissa kommuner där hemtjänsten inte tar delegeringar, motiveras med att utbildningsnivån är för låg, eller att man inte anser att delegeringarna sker på tillräckligt säkert sätt. Ofta masen som bedömt efter uppföljning. Detta borde komma med i avvikelserapporteringar. Det tas dock inte upp på ett strukturerat sätt på samverkansmöten, utan kommer upp mer ad hoc. (intervju handläggare HSF)

Flera pekar på svårigheterna att följa Socialstyrelsens föreskrifter för delegering, pga. tidsbrist, att det inte finns någon särskild ersättning när distriktssköterskan informerar om delegering, och att distriktssköterskan har svårt att ha överblick vad som händer hos de hemtjänstutförare hennes patienter valt.

Delegeringsrutinerna fungerar bra inom SÄBO och följs upp av MAS men inom hemtjänstområdet beskriver sjuksköterskorna inom primärvården att det är omöjligt att hinna följa rutinerna eftersom de är väldigt många utförare samt att personalen byts ut ganska frekvent i vissa bolag. Dessutom får inte sjuksköterskorna alltid veta när en ny personal börjar. Det förekommer att ny personal utför hälso- och sjukvårdsuppgifter utan att sjuksköterskan känner till detta, sjuksköterskan får kännedom om den personalen först efteråt. (kommentar MAS-enkäten)

Rutinerna för hur delegering sker skiftar mellan olika husläkarmottagningar och distriktssköterskor. Mycket beror det på hur distriktssköterskan kan få till tiden för det i en tidspressad arbetsvardag.

När distriktssköterskan var hos oss för delegering, det gick så snabbt, på fem minuter. Hon frågade oss inget. Inget individuellt, bara allmänt. På fem minuter tog hon upp att vi ska ha handskar när vi ger ögondroppar, och inte hålla flaskan för nära. Och ger vi medicin så ska vi se till att hon sväljer den. Handsprit och hygien. Sådant man lär sig på undersköterskeutbildningen, det är ju rutin. (intervju vårdbiträde)

Vissa husläkarmottagningar har utbildningstillfällen och träffar personalen, men andra gör delegationsbeslut med flera samtidigt, försvarar det med att annars hinner vi inte med. Det ser väldigt olika ut mellan olika distriktssköterskor och husläkarmottagningar. (intervju MAS)

Av såväl MAS-enkäten som intervjuerna framgår att man från kommunhåll anser att det är landstingets ansvar att säkerställa en säker delegering, som följer Socialstyrelsens föreskrifter.

Uppföljning av delegeringarna inom hemtjänst ingår inte i stadsdelens rutiner, dessa finns inte heller beskrivna övergripande i staden. (kommentar MAS-enkäten)

Det finns dock exempel på kommuner och stadsdelar som tagit initiativ för att säkerställa att rutinerna efterlevs.

För en del år sedan var det problem med delegeringar. Vi sa då till husläkarmottagningarna att om de inte kommer till det gemensamma möte då vi satt delegeringar på dagordningen tar vi inte emot delegeringar längre. Det ledde till att alla

kom, och att alla fick mer klarhet om det regelverk som gäller. (intervju avdelningschef staden)

MAS-arna har tagit fram rutiner för vad som ska gälla, som alla husläkarmottagningar har fått. (intervju MAS)

Sammanfattande bedömning

Flertalet av de intervjuade ansåg att samverkan blivit bättre under de senaste åren. Framst lyfter man att det idag finns fler arenor där de som ska samverka möts.

I MAS-enkäten ställdes frågan ”hur bedömer du att samverkansarbetet fungerar?” Svaren varierar, allt från ”si och så” till bra. Där det fungerar bra synes det ofta bero på att där finns strukturer för möten mellan de lokala aktörerna.

Vi har kontinuerliga samverkansmöten med samtliga vårdcentraler i området två ggr/termin. Där chefssk/dsk, enhetschefer från äldreomsorgen/LSS medverkar, MAS är den som sammankallar. Det finns en stående dagordning: samverkansfrågor/övergripande inf utbyte, delegeringar, övriga frågor. Det är väl inarbetat och fungerar relativt bra. När det är en stor omsättning på dsk vilket har förekommit på någon enstaka vårdcentral så är det självfallet mindre bra.

Samarbetet med vårdcentralerna har förbättrats genom att vi har samverkansmöten några gånger/år där vi tar upp olika förbättringsområden.

Fungerar ok. Jag är sammankallande och håller i gruppen ESSAM (Ekerö i samverkan). Här deltar primärvården och hemtjänstens alla aktörer, primärvårdsrehab och biståndsenheten. Ett forum där deltagarna kan komma från olika håll beroende på vilka ämnen som finns för dagen. Ett forum där problem ska lyftas eller information ges ut

En del pekar på brister i information mellan huvudmännen, kunskap om varandra, bristen på samordning mellan de olika vårdaktörerna, och efterlyser en samtalspart hos HSF.

Samverkansarbetet fungerar sisådär. Nya aktörer (nya vårdcentraler) kommer till och kommunen/sdf känner inte alltid till dessa förändringar.

Skulle fungera bättre om bägge parter hade bättre kunskap om varandras ansvarsområden; felaktig bild ger felaktiga förväntningar.

Landstinget har skapat skilda stuprör i vården och det behövs antingen en parapyorganisation som håller ihop dessa aktörer betydligt mer eller en stark, tydlig och välreglerade ansvarsfördelning och samverkan mellan dessa aktörer.

Eftersom det är en liten kommun är det få aktörer inblandade lokalt. Det fungerar bra. Jag kan dock sakna kontakten med SLL på ett mer övergripande plan. Detta

fungerade bättre då det fanns utsedda kontaktpersoner från SLL som hade uppföljningssamtal med oss lokalt.

REFERENSER

ARC/Äldrecentrum. (2013). *Försöksprojekt och nätverk för bättre samverkan i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre*. Delrapport.

KSL (2013) *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre - Uppgifter om ledning i samverkan och aktuell handlingsplan för 2013*, rapport KSL Dnr: 09/5304, SLL Dnr HSN 1212-1537

Junker L. (2013). *Samverkan kring vård och omsorg i Täby, om samverkan mellan kommunfinansierade och landstingsfinansierade verksamheter*. Täby kommun rapport. Dnr SON 30/2013-79.

Nordlund A. (2012). *Egenvård eller hälso- och sjukvård? Om samverkan mellan landstingsfinansierad sjukvård och kommunal socialtjänst*. Rapport. Haninge, Nestor FoU-center.

Schön P, Hagman L, Wånell SE. (2012). *Kan två bli en? TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre*. Stockholm, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2012:1.

SKL (2013-10-28) hemsida,
http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/forsoksverksamheter

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*. Stockholm

Uvhagen H, Brodin H. (2010). *Utvärdering av samverkansprojektet Samordningstjänst för äldre, Jakobsberg*, FoU nu, Rapport 2010:3.

Weurlander I, Wånell SE. (2011). *Sköra länkar i vårdkedjan*. Stockholm, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2011:2

Österman J, Karp A. (2012). *Att få inflytande över sin egen vårdplanering, Äldre vägledare i Nacka kommun - en modell för att förbereda den äldre inför samordnad vårdplanering*. Stockholm, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2012:2

Österman J, Wånell SE. (2007). *Avtal vägen till samverkan*. Stockholm, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum rapport 2007:2

BILAGOR

Bilaga 1 Sammanställning av Enkäten till MAS

i Stockholms läns kommuner (17 svar), respektive Stockholms stad (12 svar) samt ett urval av MAS kommentarer till frågorna i enkäten.

Finns det lokala samverkansöverenskommelser inom äldreområ- det mellan landstinget och din kommun/stadsdel?	Ja	Nej	Ja/ Nej
	13	3	
Stockholms stad	9	3	-
Vet ej: övriga kommuner: 1			
<p>Lokal ÖK angående Hälso- och sjukvårdsinsatser vid X kommuns dagverksamhet för dementa (2003-10). ÖK mellan lansting och kommun om rutin för samverkan vid in och utskrivning av patient till slutenvården (2009-04). ÖK om läkemedelsgenomgångar på SÄBO med primärvårdansvarig läkarorganisation (2011-06). ÖK mellan Landstinget och kommunen i Stockholm län om samverkan när en individ behöver praktiskt hjälp med egenvård (2012-02). Lokal samverkans ÖK angående samarbetsrutiner på SÄBO, läkare - sjuksköterskor (2012-09). ÖK angående rehabinsatser SÄBO primärvårdsrehab (2013-08). Lokal modell för samordnad vård och omsorg kring personer med demenssjukdom samt stöd till deras anhöriga. Samverkansavtal upprättat och påskrivet 2012-2013</p> <p>Samarbetsrutiner mellan Z kommun och Legevesitten 2013. - Överenskommelse om gemensamma rutiner för läkemedelsgenomgångar på särskilt boende mellan Z kommun och Legevesitten 2013. - Överföring av information vid in och utskrivning av patienter i slutenvården 2011 samt överföring av information vid patientbesök på sjukhusets öppenvårdsmottagningar 2012</p> <p>Överenskommelsen (i stadsdelen)som avser personer i ordinärt boende omfattar bland annat rutiner för insatsernas utformning, informationsöverföring mellan primärvård, primärvårdsrehab och kommunens hemtjänst, delegering, läkemedelshantering, avvikelserapportering/avvikelsehantering och Lex Maria och hjälpmedel. Överenskommelsen omfattar även områdena personer med demenssjukdom och palliativ vård i livets slutskede. Parterna kommer att fortsätta arbetet med att utveckla gemensamma rutiner för dessa två områden med början hösten 2013. Överenskommelsen upprättades 2008 och har reviderats under våren 2013</p> <p>I sig fungerar samarbetet bra, dock sporadiskt och personberoende. Det saknas ett systematiskt sätt för uppföljning av samarbetet. Oftast bra kontakt med primärvården. Kontakterna på övergripande nivå med geriatrika kliniken saknas helt.</p> <p>Fortsatta problem vid utskrivning från slutenvården, de tror att vi kan läsa i deras dokumentationssystem Take care så mycket av informationen kommer inte fram och det blir missar i den fortsatta behandlingen. Samarbetet med vårdcentralerna har förbättrats genom att vi har samverkansmöten några gånger/år där vi tar upp olika förbättringsområden. Socialpsykiatrin har svårt med samarbetet både med slutenvård och primärvård, slutenvården gör ändringar som inte meddelas till SPE</p>			

<p>sjuksköterskorna och de har svårt att få hjälp när deras patienter behöver.</p> <p>Samverkansarbetet fungerar sisådär. Ny aktörer (nya vårdcentraler) kommer till och kommunen/sdf känner inte alltid till dessa förändringar. Vid revideringen av överenskommelsen våren 2013 har rutinerna förtydligats och konkretiserats vilket förhoppningsvis kommer att underlätta kommande (gemensamma) uppföljningar av överenskommelsen.</p> <p>Vi arbetar nu med en nästan färdig överenskommelse rörande demensvård. Vad som bör tas upp och arbetas med är att hemtjänstpersonalen kan ta emot delegeringar, men detta kräver en överenskommelse om ekonomisk ersättning från landsting till kommun.</p>			
Finns det någon i din kommun/stadsdel med uttalat ansvar för, och tid till, att samordna samverkansarbetet?	Ja 10	Nej 6	Ja/ Nej 1
Stockholms stad	5	5	1
Vet ej: Stockholms stad: 1			
<p>MAS</p> <p>På central nivå förvaltningschef och på lokal nivå avdelningschefer samt MAS</p> <p>Det är MAS som oftast håller i det arbetet</p>			
Finns det, enligt din uppfattning, i din kommun/stadsdel en fungerande systematisk avvikelserapportering vad gäller avvikelser mot god samverkan?	Ja 5	Nej 12	Ja/ Nej -
Stockholms stad	5	5	1
Vet ej: Stockholms stad: 1			
<p>Avvikelser som skickas till primärvårdens läkarmottagningar behandlas inte och/eller kommunen får inte respons om dem, hur de behandlats och åtgärdats. Slutenvårdens patientsäkerhetsansvariga återkommer dock i alla fall med ett skriftligt svar om sina utredningar</p> <p>Förhoppningsvis ska avvikelserapporteringen, för att kunna identifiera och utveckla samverkansproblem, bli bättre genom den reviderade överenskommelsen</p> <p>Det krävs EN ansvarig hos respektive part (oberoende av om HSL- eller SOL-avvikelse), en gemensam rutin, gärna gemensam blankett för bägge huvudmännen oberoende av utförare. I nu-läget förekommer olika blanketter hos olika utförare hos bägge huvudmännen, olika rutiner hos huvudmännens olika utförare och biståndshandläggare. Ju fler olika utförare det blir inom kommun och landsting, ju större behov av en gemensam, över hela landstinget (med sina olika utförare) och samtliga kommuner i Stockholms län (med sina olika utförare), gemensam likartad hantering både vad gäller rutin och blankett.</p>			
Finns det, enligt din uppfattning, en gemensam syn på vilken	Ja	Nej	Ja/ Nej

hälsa- och sjukvård som ska ges på vård- och omsorgsboenden i din kommun/stadsdel?	7	9	-
Stockholms stad	8	3	-
Vet ej: Stockholms stad: 1; övriga: 1			
<p>Regleras i MAS riktlinjer samt samverkansavtal mellan utförare på SÄBO och utförare för läkarinsatser på SÄBO</p> <p>Vi har en skriven läkaröverenskommelse vid våra SÄBO</p> <p>Inom den kommunala verksamheten finns en gemensam syn. I gränssnittet mellan huvudmännen förekommer dock ibland motsatta förväntningar på vad begreppet korttidsplats innebär inom ramen för rehabilitering. Begreppen funktionsuppehållande rehabilitering, vardagsträning, rehabiliterande synsätt, kontra aktiv rehabilitering i ett akutare skede, typ rehabiliteringsanläggning, har man ofta olika uppfattning om.</p> <p>Slutenvården betraktar SÄBO som ett litet "sjukhus", samt korttidsplats används när slutenvårdens resurser ej räcker till. Synen på utskrivningsklar är ofta inte gemensam. Tolkning av kommunens vardagsrehabilitering samt landstingets rehabiliteringsinsatser är svävande.</p> <p>Mycket intressant fråga! Någon gemensam syn finns inte vad jag vet. För att få flytta till ett vård- och omsorgsboende krävs ett biståndsbeslut, sjukvårdsbehov ingår inte i detta. Sjukvårdsbehov bedöms inte utan den som flyttar in till ett vård- och omsorgsboende "tar med sig sina sjukdomar och behandlingar" här finns idag inga begränsningar utan hälsa- och sjukvården blir alltmer avancerad. Det är en läkare som bedömer att patienten är utskrivningsklar från slutenvården.</p>			
Fungerar, enligt din uppfattning, informationsutbytet mellan vårdgivarna avseende patienter som bor på vård- och omsorgsboenden?	Ja 3	Nej 12	Ja/ Nej 1
Stockholms stad	3	6	-
Vet ej: Stockholms stad: 3; övriga: 1			
<p>Det fungerar och fungerar inte. Ibland kommer informationen med som behandlingsmeddelande, ibland inte. Verksamheten har inte tillgång till webbcare.</p> <p>Informationsutbytet mellan ansvarig läkarverksamhet och den boende i SÄBO fungerar väl. Informationsutbytet mellan slutenvården och SÄBO fungerar mycket sämre.</p> <p>Vi har arbetat med avvikelshantering för att informationsöverföringen ska bli säkrare. Men det kommer nya personer inom slutenvården och de känner inte till de rutiner vi enats om så fortfarande sker missar.</p> <p>Tydligare rutiner för utskrivning av patienter behövs. SLL behöver få mer kunskap om kommunens olika vårdformer, hur de är utformade samt vilka hälsa- och sjukvårdsinsatser som kan ges.</p>			

Fungerar, enligt din uppfattning, informationsutbytet mellan vårdgivarna avseende patienter som bor i ordinärt boende?	Ja 3	Nej 10	Ja/ Ne j 1
	Stockholms stad	3	-
Vet ej: Stockholms stad: 9; övriga: 3			
<p>Det händer alltför ofta att informationen inte stämmer överens om patienter som anländer från slutenvården. Underlag saknas eller är felaktiga, Stora brister finns både hos sjuksköterskor och läkare som skriver ut patienterna från slutenvården. I X kommun har vi inte hälso- och sjukvårdsansvaret i ordinärt boende. Enligt uppgifter, fungerar inte rapporter, avvikelser och överrapporteringar mellan slutenvården och primärvården när de skickas in till akutsjukhus och när de kommer hem från slutenvården och akutsjukhuset.</p> <p>Vi har inte insyn över personer i ordinärt boende</p>			
Har ni delegering av hälso- och sjukvård från distriktssköterska till vårdbiträden/undersköterskor i hemtjänst i din kommun/stadsdel?	Ja 12	Nej 5	Ja/ Ne j -
	Stockholms stad	7	-
Vet ej: Stockholms stad: 4			
<p>Då MAS ej har något ansvar i ordinärt boende så följer inte kommunen upp de delegeringar som utfärdas av primärvården. Delegeringar följs dock upp i SÄBO</p> <p>Delegeringsrutinerna fungerar bra inom SÄBO och följs upp av MAS men inom hemtjänstområdet beskriver sjuksköterskorna inom primärvården att det är omöjligt att hinna följa rutinerna eftersom de är väldigt många utförare samt att personalen byts ut ganska frekvent i vissa bolag. Dessutom får inte sjuksköterskorna alltid veta när en ny personal börjar. Det förekommer att ny personal utför hälso- och sjukvårdsuppgifter utan att sjuksköterskan känner till detta, sjuksköterskan får kännedom om den personalen först efteråt. Uppföljning av delegeringarna inom hemtjänst ingår inte i stadsdelens rutiner, dessa finns inte heller beskrivna övergripande i staden</p> <p>Undermåliga delegeringar från hälso- och sjukvården, en personalfråga då ingen utförare kan garantera att den alltid har personal med delegering i tjänst vid sjukfrånvaro/semester/vab/omsättning av personal, - samt en kostnadsfråga</p>			
Hur bedömer du att samverkansarbetet fungerar?			
Svar från Stockholms stadsdelar:			
<p>Spånga-Tensta sdf finns två vårdcentraler med stabil personal och en enhet med primärvårds rehab som också har haft låg personalomsättning. Vi har haft regelbundna träffar och det underlättar samarbetet.</p>			

Fungerar bra från team äldredoktorn. Det fungerar sämre mellan slutenvården och SÄBO

Fungerar sådär. Vi har ett par möten per år mellan stadsdelsförvaltningen och vårdcentralerna i området. Problemet är att nya aktörer kommer till och gamla försvinner. Vi känner inte alltid till förändringarna.

Fungerar bäst med geriatriken mindre med akutsjukvården.

Bättre mellan kommun och geriatrisk slutenvård, ganska dåligt med akutsjukvården

Vi har kontinuerliga samverkansmöten med samtliga VC i området 2 ggr/termin. Där chefssk/dsk enhetschefer från äldreomsorgen/LSS medverkar, mas är den som sammankallar. Det finns en stående dagordning: samverkansfrågor/övergripande inf utbyte, delegeringar, övriga frågor. Det är väl inarbetat och fungerar relativt bra. När det är en stor omsättning på dsk vilket har förekommit på någon enstaka VC så är det självfallet mindre bra.. Förutom samverkansmöten har vi stadsdelsråd 1ggr /termin , då bjuds arb.förmedlingen, försäkringskassan, representant från hälso- och sjukv.förv, verksamhetscheferna från VC och Järva psykiatrin in. Från sdf stadsdelsdir, VO -chefer (ÄO,LSS och socialchef), mas är den som sammankallar. Huvudsyftet med dessa möten är att öka/ bevara samverkan, och inf utbyte/omvärldsbevakning

Skarpnäck sdf driver inte några särskilda boenden utan de ligger på entreprenad

Samverkansarbetet fungerar sisådär. Nya aktörer (nya vårdcentraler) kommer till och kommunen/sdf känner inte alltid till dessa förändringar. Vid revideringen av överenskommelsen våren 2013 har rutinerna förtydligats och konkretiserats vilket förhoppningsvis kommer att underlätta kommande (gemensamma) uppföljningar av överenskommelsen

Ok

Samverkansarbetet fungerar mindre bra i dagsläget men ska förhoppningsvis bli bättre då berörda aktörer ska träffas för att revidera den lokala överenskommelsen under hösten 2013.

Samarbetet i verksamheterna fungerar bra. Delaktighet avseende förändringar i organisationen som påverkar fungerar mindre bra och behöver utvecklas. Samverkan har försvårats efter regionaliseringen. Vi (MAS/MAR) försöker att få förståelse för att vi måste få veta förändringar eftersom det påverkar hälso- och sjukvården. Vi måste få förutsättningar för att kunna arbeta förebyggande och ta ansvar för en god och säker vård t ex rutiner som behöver skrivas/ändras, ev. risker, anpassning av lokaler, utrustning, behov av personal, kompetens etc. - MAS och verksamhetschef/äldreomsorgschef är tillsammans ledningen av hälso- och sjukvården och behöver samarbeta därför är det viktigt med närhet.

Svar från länets övriga kommuner:

Fortsatta problem vid utskrivning från slutenvården, de tror att vi kan läsa i deras dokumentationssystem Take Care så mycket av informationen kommer inte fram och det blir missar i den fortsatta behandlingen. Samarbetet med vårdcentralerna har förbättrats genom att vi har samverkansmöten några gånger/år där vi tar upp olika förbättringsområden. Socialpsykiatrin har svårt med samarbetet både med slutenvård och primärvård slutenvården gör ändringar som inte meddelas till SPE sjuksköterskorna och de har svårt att få hjälp när deras patienter behöver.

Fungerar ok. Jag är sammankallande och håller i gruppen ESSAM (Ekerö i samverkan). Här deltar primärvården och hemtjänstens alla aktörer, primärvårdsrehab och biståndsenheten. Ett forum där deltagarna kan komma från olika håll beroende på vilka ämnen som finns för dagen. Ett forum där problem ska lyftas eller information ges ut tex om nyaste angående hemsjukvården 2015 osv eller angående nya lagar/ föreskrifter och författningar. Träff ca 4 gånger per år.

Tack vare mycket samverkan fungerar delegeringsgivandet ganska bra men relativt ofta är parterna oense om vilka uppgifter som kräver delegering/ respektive ska delegeras. En samlad lista på arbetsuppgifter som kan delegeras. Denna behöver uppdateras regelbundet med nya bestämmelser som kommer.

I sig fungerar samarbetet bra, dock sporadiskt och personberoende. Det saknas ett systematiskt sätt för uppföljning av samarbetet. Oftast bra kontakt med primärvården. Kontakterna på övergripande nivå med geriatriska kliniken saknas helt

Samverkan fungerar i stort sett bra. Tillgång till Webbcare skulle underlätta för utförare i hemsjukvården

Landstinget har skapat skilda stuprör i vårdvalet och det behövs antingen en paraplyorganisation som håller ihop dessa aktörer betydligt mer eller en stark, tydlig och välreglerade ansvarsfördelning och samverkan mellan dessa aktörer Tex primärvårdens läkarmottagningar , PR Vård (som erbjuder omvårdnadsinsatser under jourtid), Curera (som erbjuder läkarinsatser i länet under jourtid), ASIH, Primärvårdsrehab. Det behövs dessutom betydligt mer samverkan över länsgränserna tex mellan Stockholms olika sjukhus och Akademiska sjukhuset i Uppsala i väntan på ett rikstäckande journalföringssystem

Fungerar bra inom både i SÄBO och med husläkarmottagningar. Samverkan med vårdgrannar kan behöva utvecklas (ex. psykiatrin) samt delaktigheten vid vårdplaneringar i slutenvården

Samverkan med de auktoriserade läkarorganisationerna fungerar bra. Sollentuna deltar i de chefsteam som samverkar över verksamhetsgränserna för att tillsammans uppnå en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Vårdplanerarna upplever frustration när man från slutenvården säger att per-

soner är ibland för gamla och ibland för unga för att få rehabilitering. Personerna är för sjuka för att kunna klara sig hemma och alternativet blir då korttidsvård. Kommunens rehabiliteringsinsatser är mer av vardagsrehabilitering mycket via övrig vårdpersonal och inte landstinget specifika rehabilitering. Tanken kommer att människor kanske fräntas möjligheten att komma tillbaka efter en sjukdom så pass mycket som egentligen hade varit möjligt. Vårdplanerarna upplever också att människor skrivs ut från slutenvården till SÄBO i ett sådant status att det handlar om vård i livets slutskede och personen har timmar eller få dagar kvar

När det gäller hälso- och sjukvården finns det idag ingen samverkan när det gäller KS.

Vi arbetar nu med en nästan färdig överenskommelse rörande demensvård. vad som bör tas upp och arbetas med är att hemtjänstpersonalen kan ta emot delegeringar, men detta kräver en överenskommelse om ekonomisk ersättning från landsting till kommun

Det tar tid att skriva samverkansöverenskommelser, vi träffades i april för att uppdatera den som skrevs 2011 och jag väntar fortfarande på att få den påskrivna från Södertälje sjukhus. Vi har inga lokala överenskommelser med vårdcentralerna vilket vore önskvärt

Det finns en stor utvecklingspotential gällande samverkansarbetet med landstinget. Gott samarbete:

Skulle fungera bättre om bägge parter hade bättre kunskap om varandras ansvarsområden; felaktig bild ger felaktiga förväntningar

Det lokala samarbetet fungerar bra. Ibland svårt att organisera ett gemensamt arbete mellan alla aktörer (kommun och 4 HL mottagningar)

Eftersom det är en liten kommun är det få aktörer inblandade lokalt. Det fungerar bra. Jag kan dock sakna kontakten med SLL på ett mer övergripande plan. Detta fungerade bättre då det fanns utsedda kontaktpersoner från SLL som hade uppföljningssamtal med oss lokalt.

Samverkan mellan akutsjukvården och kommunen behöver utvecklas, samarbetet med primärvården har utvecklats rutiner för samverkan inom demensområdet har tagits fram

Samverkan/samsyn fungerar väl med en SÄBO läkarorganisation av två. Slutenvården samt geriatriska enheter känner inte till de grundläggande regelverken som ex. "Läns överenskommelsen rörande in- och utskrivning i slutenvården" mm. Samsyn måste skapas där ansvar och roller måste tydliggöras för samtliga aktörer. Vid samverkansmöten ska personer med mandat att fatta beslut, delta.

Bilaga 2 Intervjuguide

Intervjuguide:

1. Ta fram tydliga samverkansöverenskommelser samt skapa en samverkansstruktur anpassad till nya organisationsmodeller

Uppföljningen ska belysa hur befintliga samverkansöverenskommelser utvecklats och om nya tagits fram, samt i vilken mån eventuella förändringar bidragit till ökad tydlighet och möjlighet att överenskommelserna får genomslag i praktiken. Vidare belysa vilka strukturer som utvecklats för samverkansmöten mellan huvudmännen och mellan olika vårdgivare.

Här kan inkluderas Äldrecentrums förslag i sin rapport att utse tjänstemän med uttalat ansvar för och tid till att vårda de gemensamma mötesplatser som behövs för att få samverkan i praktiken.

2. Säkerställa att det finns en fungerande systematisk avvikelserapportering som ger underlag till att identifiera och åtgärda samverkansproblem

Uppföljningen ska belysa i vilken mån det finns en fungerande avvikelserapportering avseende brister i samverkan, hur den i så fall används i ett systematiskt förbättringsarbete. I den mån det finns en tillförlitlig avvikelserapportering ska en sammanställning göras av inom vilka områden avvikelser mot god samverkan är vanliga.

3. Enas om avtals- och regeltolkningar bl.a. när det gäller uppdragen för SÄBO, korttidshem och rehabilitering

Uppföljningen ska belysa i vilken mån det finns en samsyn preciserad i gemensamma avtal/samverkansöverenskommelser, uppdrag till utförare och former för hur man säkerställer gemensamma tolkningar av de avtal, uppdrag och regler som finns avseende hälso- och sjukvården i särskilt boende, korttidsplatsernas roll i vårdkedjan och ansvaret för funktionsuppehållande träning.

4. Skapa incitament som främjar samverkan över gränssnitten mellan vårdgivarna

Uppföljningen ska belysa i vilken mån huvudmännens ersättningssystem utformats så att de kan främja samverkan och insatser i gränssnitten mellan olika utförares ansvar, samt i vilken mån huvudmännens uppföljningssystem inkluderar att följa hur utförarna hanterar samverkan och samarbete med vårdgrannar.

5. Säkerställa att lagstadgad individuell vårdplanering i hemmet genomförs

Uppföljningen ska belysa på vilka sätt huvudmännen säkerställer att utförarna tillgodoser det krav som finns i SoL och HSL om individuell vårdplanering i hemmet, samt i vilken mån huvudmännen eller lokala aktörer enats om vem som ska ha ansvaret för att individuell vårdplanering sker i de fall ”när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ... om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda ...” (lagtextern).

- 6. 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**

Uppföljningen ska belysa om dessa aktörer fått tillgång till WebCare och om andra former för patientsäkert informationsutbyte utvecklats.

- 7. Säkerställa att utförarna följer aktuella lagar och föreskrifter för delegering av hälso- och sjukvård och särskilt följer upp att dessa efterlevs**

Uppföljningen ska belysa hur huvudmännen följer upp att delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter sker på ett patientsäkert sätt och i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter.

Bilaga 3. Intervjuade personer

Namn	Organisation
Gunilla Hjelm-Wahlberg	KSL
Barbro Hansson,	HSF
Görel Carlsson	HSF
Anders Olsson	HSF
Elisabeth Höglund	HSF
Eva Stål-Söderberg	HSF
Gunilla Benner-Forsberg	HSF
Sten Holm	HSF
Gunnel Blomgren	Jurist, HSF
Ann-Marie Ståhl	Äldreförvaltningen, Stockholm
Ann Johansson	Äldreförvaltningen, Stockholm
Kerstin Ohlsson	Äldreomsorgschef, Kungsholmen
Birgitta Charlez	Enhetschef Östermalms sdf
Kristina Goldring	Beställarchef, Enskede-Årsta-Vantör
Lili Briese	MAS, Östermalms sdf
Marie Sundström	MAS, Västerort/Hässelby-Vällingby
Anne Hallbäck	MAS Norrtälje
Elisabeth Behrenfeldt	Primärvårdsrehab södra
Eva Tillman	Chefsläkare, Södersjukhuset AB
Susanne Rading	Äldreomsorgschef, Täby
Linda Junker	Projektledare, Samverkan, Täby
Lilian Carleson	MAS, Täby
Vårdbiträden	Fyra stadsdelar
Biståndshandläggare	Östermalms sdf och Enskede-Årsta Vantörs sdf

