



**Upplands-Bro Kommun**

Samverkan med landstinget  
inom vård och omsorg av äldre

Rapport

KPMG AB  
2016-01-18  
*Antal sidor:13*

## **Innehåll**

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1.    | Sammanfattning                                    | 1  |
| 2.    | Bakgrund  | 2  |
| 3.    | Syfte och frågeställningar                        | 3  |
| 4.    | Revisionskriterier                                | 3  |
| 5.    | Ansvarig nämnd                                    | 3  |
| 6.    | Metod och projektorganisation                     | 4  |
| 7.    | Utveckling av vård och omsorg för äldre           | 4  |
| 8.    | Iakttagelser                                      | 7  |
| 8.1   | Avtal och överenskommelser                        | 7  |
| 8.1.1 | Stockholms läns landsting och Upplands-Bro Kommun | 7  |
| 8.1.2 | Kommentarer och bedömning                         | 9  |
| 8.2   | Följsamhet till avtal och uppföljning             | 9  |
| 8.2.1 | Kommentarer och bedömning                         | 11 |
| 8.3   | Övriga iakttagelser                               | 12 |
| 8.3.1 | Kommentar och bedömning                           | 12 |

## 1. Sammanfattning

KPMG har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Upplands-Bro kommun genomfört en granskning av samverkan mellan landstinget och kommunerna avseende vård- och omsorg till äldre.

Granskningens sammanfattande bedömning är att det utifrån gällande regelverk finns avtal/överenskommelser och rutiner avseende samverkan mellan landstingets insatser och kommunens insatser i såväl ordinärt boende som i vård- omsorgsboenden<sup>1</sup>.

Det kan konstateras att det finns en utvecklad struktur i länet för samverkan genom såväl överenskommelser och rutiner som etablerade fora för samverkan mellan kommunen och landstinget. Dessa fora beskrivs fungera väl av inblandade parter.

En svårighet som ofta uppkommer i samverkan avser läkarinsatser vid särskilda boenden. I Upplands-Bro kommun är landstingets läkarinsatser inom särskilda boendena organiserade på ett sådant sätt att en god läkarkontinuitet för de som bor i äldreboende i kommunen kan upprätthållas.

De hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunen ansvarar för följs upp av kommunens medicinskt ansvarige sjuksköterska genom den årliga patientsäkerhetsberättelsen och kvalitetsuppföljningar.

Det sker få anmälningar av avvikelser från överenskommelser och rutiner om samverkan mellan huvudmännen. De avvikelser som presenteras för nämnden i uppföljningar avser endast avvikelser inom den egna organisationen och inte mellan huvudmännen. Det innebär att det inte finns något kvantitativt mått om i vilken grad samverkan mellan huvudmännen sker enligt gällande överenskommelser/rutiner.

Sammanfattningsvis visar granskningen att det finns en struktur genom överenskommelser/rutiner och etablerade fora för en ändamålsenlig samverkan mellan huvudmännens ansvar för insatser riktade till äldre. Strukturen ger också förutsättningar för att styra samverkan enligt beslutade överenskommelser/riktlinjer. Det finns också en samsyn att en fungerande samverkan är nödvändig för goda insatser inom respektive huvudmans ansvarsområde.

Det saknas däremot en systematisk uppföljning av i vilken grad de upprättade överenskommelserna följs.

Därför blir granskningens rekommendation till socialnämnden

- ✓ att förbättra uppföljningens av ingångna samverkansöverenskommelser inom äldreområdet
- ✓ att avvikelser från samverkansrutiner som fastställts i överenskommelser mellan huvudmännen rapporteras till nämnden i de uppföljningar som genomförs

---

<sup>1</sup>I rapporten benämns insatser inom hemtjänst samt vård- och omsorgsboende som kommunala oavsett om insatserna utförs i egen regi eller av privata utförare. På samma sätt benämns hemsjukvård i ordinärt boende oavsett om insatserna utförs i landstingets egen regi eller av privat vårdgivare.

- ✓ att genomföra en riskanalys utifrån ett patientsäkerhets- och effektivitetsperspektiv av de arbetstidsförändringar som skett inom sjuksköterskegruppen vid kommunens särskilda boenden.

## 2. Bakgrund

KPMG har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Upplands-Bro kommun genomfört en granskning av samverkan mellan landstinget och kommunerna avseende vård och omsorg till äldre.

Många äldre personer behöver insatser både från kommunernas äldreomsorg och från landstingens hälso- och sjukvård<sup>2</sup>. Om insatsen från exempelvis landstinget kommer för sent eller uteblir får det konsekvenser, inte bara för den enskilde utan också för kommunen.

Viktiga beröringspunkter mellan kommunens och landstingets verksamheter rör vårdkedjor och samverkan inom vård och omsorg. I gränssnittet mellan kommunens och landstingets verksamheter finns risk för brister i kommunikationen, vilket kan påverka säkerheten och kvaliteten inom både kommunens och landstingets hälso- och sjukvård samt kommunens vård och omsorg. Det kan resultera i att patienterna/brukarna inte får den hälso- och sjukvård/vård och omsorg som de behöver.

När flera huvudmän och olika personalgrupper ska samverka kring äldre personer med stora och sammansatta behov av vård och omsorg, ställs stora krav på samordning så att patientsäkerhet, kontinuitet och kvalitet garanteras.

I Stockholms län har kommunerna ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna till och med sjuksköterskenivå inom kommunens särskilda boendeformer och dagverksamhet för äldre. Landstinget ansvarar för läkarinsatserna. Hemsjukvård är ett ansvar för landstinget oavsett professionsnivå på insatserna.

Stockholms läns landsting, Kommunförbundet för Stockholms län (KSL) och representanter för kommuner i Stockholms län, arbetar kontinuerligt fram överenskommelser kring områden där landstinget och kommunerna måste samverka. Överenskommelserna innehåller riktlinjer för hur vårdgivaren ska samverka med kommunerna. Överenskommelserna föreslås av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Kommunförbundet Stockholms län, därefter godkänns de av hälso- och sjukvårdsnämnden och de enskilda kommunerna. Överenskommelserna gäller i varje enskild kommun när kommunen beslutar att säga ja till dem.

Med utgångspunkt från ovanstående önskar revisorerna i Upplands-Bro kommun genomföra en granskning av samverkan mellan landstinget och kommunerna avseende vård och omsorg av äldre.

---

<sup>2</sup>I rapporten benämns insatser inom hemtjänst och vård och omsorgboende som kommunala oavsett om insatserna utförs i egen regi eller av privata utförare. På samma sätt benämns hemsjukvård i ordinärt boende oavsett om insatserna utförs i landstingets egen regi eller av privat vårdgivare.

### 3. Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med granskningen är att bedöma om det finns en ändamålsenlig samverkan mellan den hälso- och sjukvård som Stockholms läns landsting ansvar för och den hälso- och sjukvård samt vård- och omsorg som Upplands-Bro kommun ansvarar för. Granskningen ska också belysa på vilket sätt socialnämnden säkerställer att samverkan sker på ett patientsäkert sätt med en hög kvalitet och effektivitet.

De frågeställningar som kommer att belysas/besvaras i granskningen är:

- Vilka avtal och överenskommelser finns mellan Stockholms läns landsting och Upplands-Bro kommun avseende samverkan inom vården för äldre?
- Vilka lokala avtal och överenskommelser finns mellan lokalt verksamma vårdcentraler/vårdvalsenheter och kommunen?
- Hur bedrivs arbetet i verksamheterna och överensstämmer det med vad som avtalats och vad som framgår av beslutade styrdokument?
- Har socialnämnden följt upp om avtal och andra styrdokument efterlevs? Hur går uppföljningen till?
- Bedöms styrelsernas och nämndernas styrning, uppföljning och interna kontroll vara tillräcklig för att säkerställa en ändamålsenlig samverkan inom och mellan huvudmännen, informationsöverföring och arbetsformer inom vårdkedjan?
- Om granskningen påvisar brister, vilka åtgärder behöver vidtas?

### 4. Revisionskriterier

Revisionskriterier i denna granskning är:

- Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS 1990:1404)
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan mellan huvudmännen vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

### 5. Ansvarig nämnd

Granskningen avser socialnämnden.

## 6. Metod och projektorganisation

Granskningen har skett genom dokumentstudier och intervjuer och genomförts av Örjan Garpenholt, KPMG. Rapporten är sakgranskad av kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska. Intervjuer har genomförts med:

- Socialchef
- Avdelningschef Myndighets- och beställaravdelningen
- Enhetschef biståndsenheten och samordnare äldreomsorg
- Representanter för sjuksköterskor och arbetsterapeuter
- Enhetschefer vid vård- och omsorgsboenden
- Avdelningschef utföraravdelningen
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Avdelningschef Kvalitet- och verksamhetsstöd
- Enhetschef för kommunal hemtjänsten
- Vårdcentralchefer vid de två vårdcentralerna i kommunen ansvariga för hemsjukvården
- Familjeläkarna AB som ansvarar för läkarinsatserna vid vård och omsorgsboende
- PR-vård AB och Care team AB som ansvarar för jourinsatserna av sjuksköterska insatserna inom kommunens vård- och omsorgsboende och landstingets hemsjukvård.

## 7. Utveckling av vård och omsorg för äldre

Sverige har en av världens äldsta befolkningar. Cirka 20 procent av befolkningen är 65 år eller äldre. År 2020 beräknas att en miljon svenskar kommer att vara 75 år eller äldre, vilket innebär att en fördubbling av denna åldersgrupp har ägt rum under de senaste 50 åren. Det är andelen äldre över 85 år som ökar mest. Till exempel kan nämnas antalet personer som uppnår 100 års ålder har ökat kraftigt under de senaste 40 åren. År 1970 var det 127 personer som var 100 år eller äldre. År 2015 var det 2 051 personer som var 100 år eller äldre. Av de som blev 100 år eller äldre 1960 var det 16 procent som var män. Samma könsfördelning av de som blev hundra år eller äldre gäller även år 2015.<sup>3</sup> I nedanstående tabell beskrivs utvecklingen av andelen äldre mellan år 1970 och 2015.

Tabell I. Andelen äldre i befolkning av den totala befolkning år 1970 – 2013 (källa SCB).

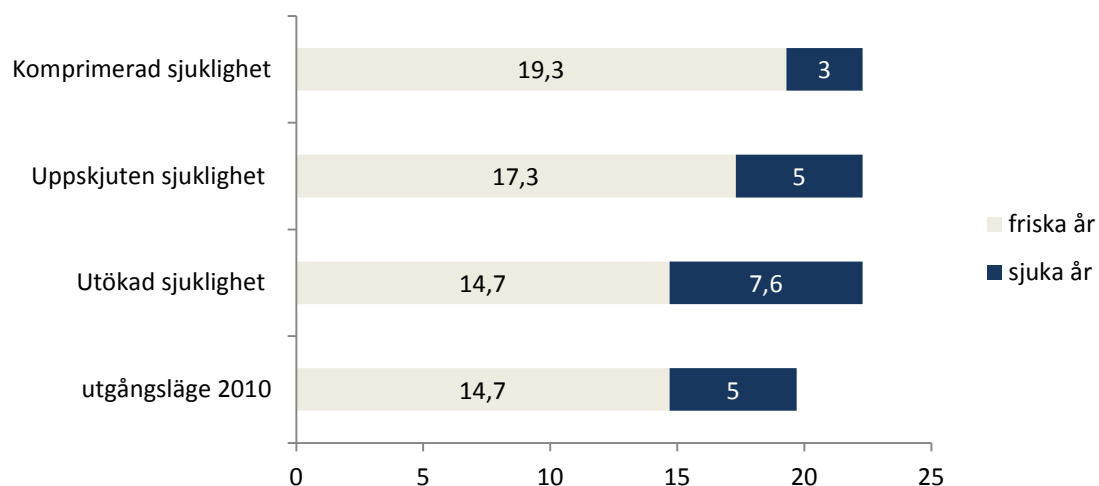
|      | 65 år och äldre |      |          | 80 år och äldre |     |          |
|------|-----------------|------|----------|-----------------|-----|----------|
|      | Kvinnor         | Män  | Samtliga | Kvinnor         | Män | Samtliga |
| 1960 | 12,8            | 10,8 | 11,8     | 2,1             | 1,7 | 1,9      |
| 1970 | 15,3            | 12,3 | 13,8     | 2,8             | 1,9 | 2,4      |
| 1980 | 18,4            | 14,3 | 16,4     | 4,0             | 2,3 | 3,2      |
| 1990 | 20,2            | 15,3 | 17,8     | 5,5             | 3,0 | 4,3      |
| 2000 | 19,6            | 14,8 | 17,2     | 6,5             | 3,6 | 5,1      |
| 2010 | 20,3            | 16,6 | 18,5     | 6,6             | 3,9 | 5,3      |
| 2015 | 21,5            | 18,3 | 19,9     | 6,4             | 4,0 | 5,2      |

<sup>3</sup> www.scb.se

De mest sjuka äldre utgörs av samtliga personer 65 år eller äldre med behov av omfattande sjukvård/omsorg. År 2013 uppskattades denna grupp till cirka 320 000 personer vilket motsvarade cirka 19 procent av den del av Sveriges befolkning som är 65 år och äldre. Om detta skulle gälla Upplands-Bro kommun utan att hänsyn tas till demografiska skillnader skulle antalet i befolkningen över 65 år med omfattande vårdbehov år 2015 varit drygt 800 personer.

I en rapport från Sveriges kommuner och landsting (SKL)<sup>4</sup> jämförs befolkningsförändringar åren 1980-2005 med SCB:s befolkningsframskrivning för 2010-2035. Rapporten visar att kommande befolkningsutveckling ställer mycket högre krav på framtida välfärdsystem än tidigare. Antalet personer i åldern 24-64 år ("försörjarna"), kommer att öka i mindre omfattning de kommande 25 åren än mellan 1980-2005. I förhållande till totalbefolkningen, har beräknats att andelen "försörjare" kommer att minska från 59 procent år 2005 till 54 procent år 2035. Skillnaden mellan de jämförda tidperioderna är framförallt den förväntade ökningen av personer som är 65 år eller äldre. Mellan åren 1980 – 2005 ökade antalet 65-åringar eller äldre med 15 procent (200 000) och för innevarande period 2010 – 2035 beräknas ökningen för åldersgruppen bli 41 procent (700 000).

I rapporten "Den ljusnande framtid är vård"<sup>5</sup> beskrivs tre olika hälsoscenarier fram till 2050 – 'utökad sjuklighet', 'uppskjuten sjuklighet' och 'komprimerad sjuklighet'. I samtliga scenarier utgås från att medellivslängden ökar med 2,6 år för en 65-åring från 2010 till 2050, enligt SCB:s befolkningsprognos. I scenariot 'utökad sjuklighet' lever personen längre, men får en sämre hälsa vid samma ålder som idag. Vid 'uppskjuten sjuklighet' skjuts såväl sjuklighet som död upp lika mycket. I 'komprimerad sjuklighet' komprimeras de sjuka åren pga. att hälsan förbättras i jämförelse med år 2010.



Figur1. Förväntad återstående livslängd vid 65 års ålder 2010 och 2050 fördelat på friska och sjuka år enligt tre scenarier. Källa: SCB och Den ljusnande framtid är vård, Socialdepartementet 2010.

<sup>4</sup> Framtidens utmaning – Välfärdens långsiktiga finansiering. SKL 2010.

<sup>5</sup> Den ljusnande framtid är vård, Socialdepartementet, 2010.

Rapporten menar att en effektivare vård och omsorg kan ge minskad sjuklighet, att bättre hälsa och funktionsförmåga minskar behovet av detsamma samt att förbättrad tillgänglighet och effektiva hjälpmedel minskar hindren av funktionsnedsättningar.

Många av de som bor i ordinärt boende har behov av mycket avancerade och omfattande sjukvårdsinsatser. Det innebär att det krävs en fungerande samverkan mellan primärvårdsinsatser, sjukhus och kommunala insatser för en så god vård som möjligt. Flera rapporter visar att många som bor i eget boende och som har stora vårdbehov far illa, eftersom det brister i samverkan mellan olika aktörer. De som riskerar att fara mest illa är de som har flera olika sjukdomar, s.k. multisjuka. Varje enskild verksamhet utför sina åtaganden, men problemet för den enskilde blir den bristande samordningen. Samtidigt står de mest sjuka äldre för hälften av hälso- och sjukvårdens samt omsorgens insatser. En stor del av den idag omdiskuterade belastningen på sjukhusens akutmottagningar beror på undermåliga rutiner för omhändertagande av äldre med många sjukdomar. Ett annat stort problem inom denna grupp är den omfattande läkemedelsanvändningen, som utan koordination av olika förskrivare kan leda till en sämre hälsa.

Medicinska framsteg gör att allt fler äldre med långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar kan leva länge med god livskvalitet i det egna hemmet. En förutsättning för detta är att äldre och deras anhöriga får ett bra stöd från samhället. Vården och omsorgen bör utvecklas för att möta de nya förutsättningarna. Trots omfattande resursinsatser inom samverkan står huvudmännen och aktörer runt de sjuka äldre fortfarande inför stora utmaningar för att skapa en sammanhållen vård för de med störst behov.<sup>6</sup>

Det är många olika vård- och omsorgsinsatser som är aktuella till de mest sjuka äldre<sup>7</sup>. Insatserna är spridda över organisationsgränser och har två olika huvudmän; landsting och kommuner. De två huvudmännen finansieras i separata skattesystem. Landstingets insatser arbetar utifrån Hälso- och sjukvårdslagen som är en skyldighetslag som innebär att landstinget är skyldigt att erbjuda hälso- och sjukvård. Vård och omsorg inom kommuner utgår från socialtjänstlagen som är en rättighetslag och som innebär att den enskilde har rätt att ansöka om insatser. Beslut enligt socialtjänstlagen kan överklagas. Kommunerna har övertagit ansvaret för hälso- och sjukvård (förutom läkarinsatser) inom vård- och omsorgsboende och hemsjukvård genom skatteväxling mellan landsting och kommuner<sup>8</sup>.

Utgångspunkterna är därför klart olika och till detta kommer olika verksamhetskulturer; landstingskulturen som är tydligt förankrad i hög utbildning, forskning och statusorientering medan äldreomsorgen i utförarledet ofta är förknippad med låg utbildningsnivå, begränsad forskningsbaserad samt låg status. Med dessa utgångspunkter är det mycket som talar för att samverkan har sina utmaningar, även då resurserna förenas i gemensam verksamhetsbudget, som exempelvis i fallet Tio Hundra (Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting)<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Bättre liv för sjuka äldre, SKL, 2012.

<sup>7</sup> På väg mot en värdefull styrning – Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. Leading Healthcare 2012.

<sup>8</sup> Från 1 januari 2015 i samtliga landsting förutom Stockholms läns landsting



## 8. Iakttagelser

### 8.1 Avtal och överenskommelser

Som nämns ovan har kommunerna i Stockholms län ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna till och med sjuksköterskenivå inom kommunens särskilda boendeformer och dagverksamhet för äldre. Landstinget ansvarar för läkarinsatserna. Hemsjukvård är ett ansvar för landstinget oavsett professionsnivå på insatserna.

#### 8.1.1 Stockholms läns landsting och Upplands-Bro Kommun

Stockholms läns landsting, Kommunförbundet för Stockholms län (KSL) och representanter för kommuner i Stockholms län, arbetar kontinuerligt fram överenskommelser kring områden där landstinget och kommunerna måste samverka. Överenskommelserna innehåller riktlinjer för hur vårdgivaren ska samverka med kommunerna. Överenskommelserna föreslås av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Kommunförbundet Stockholms län och därefter godkänns de av hälso- och sjukvårdsnämnden och de enskilda kommunerna. Överenskommelserna gäller i varje enskild kommun när kommunen beslutar att säga ja till dem. Nedan listas de övergripande riktlinjerna som har beröring med samverkan mellan landstingets och kommunens insatser.

- ✓ Överenskommelse mellan landstinget och kommunerna om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
- ✓ Överenskommelse mellan landstinget och kommunerna om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt
- ✓ Överenskommelse om sammanhållen vård och omsorg
- ✓ Överenskommelse om egenvård
- ✓ Överenskommelse om kostnadsfördelning av läkemedel och läkemedelsnära produkter mellan landstinget och länets kommuner
- ✓ Överenskommelse om samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom – funktionsnedsättning
- ✓ Överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård vid sjukhus (ny överenskommelse på gång via KSL)
- ✓ Överenskommelse uppsökande tandvårdsstöd för äldre- funktionshindrade
- ✓ Överenskommelse om WebCare (vårdplaneringsverktyg)
- ✓ Överenskommelse om tekniska hjälpmedel
- ✓ Ansvarsfördelning för hjälpmedel i särskilda boendeformer

I september år 2012 gav presidiegruppen för Kommunförbundet Stockholms län (KSL) KSLs kansli och Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSF) i uppdrag att ta fram ett förslag till en sammanhållen överenskommelse mellan huvudmännen avseende insatser till äldre. Syftet med uppdraget var att samla de olika överenskommelserna i en övergripande överenskommelser med specificerade delöverenskommelser.

I juni 2015 antog KSL en rekommendation<sup>9</sup> till huvudmännen om en sammanhållande överenskommelse avseende insatser för målgruppen personer 65 år och äldre. I respektive delöverenskommelse anges ytterligare specificering av delöverenskommelsens målgrupp.

Förutom den övergripande överenskommelsen består den sammanhållna överenskommelsen av fem delar

1. Samverkan mellan läkarorganisationerna/läkare och kommunfinansierad hälso- och sjukvårdspersonal i särskilt boende för äldre. Delöverenskommelsen är en revidering av avtalet om läkarsamverkan i särskilt boende från år 2008.
2. Individuell nutritionsbehandling i särskilt boende för äldre. Detta är en ny överenskommelse som bland annat innebär att kommunerna åläggs att tillhandahålla dietistkomptens för detta ändamål.
3. God läkemedelsbehandling för äldre. En ny överenskommelse som tydliggör innebörden i god läkemedelsbehandling för äldre.
4. Kostnadsfördelning för medicinsk tekniska produkter i särskilt boende för äldre. Denna delöverenskommelse ersätter den försöksverksamhet som pågått sedan år 1997.
5. Kostnadsfördelning för läkemedel och kostnadsfördelning av läkemedelsnära produkter. Delöverenskommelsen är framtagen år 2013.

Till den sammanhållna överenskommelsen finns också två tilläggsöverenskommelser gällande äldre. Dessa är:

1. Policy för att förbygga och behandla missbruk från år 2012
2. Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionshinder från år 2012.

Bägge dessa tilläggsöverenskommelser förtydligar vikten av anpassade insatser utifrån den enskildes behov av vård och omsorg. I tilläggsöverenskommelserna förtydligas också huvudmännens ansvar gällande samordnad vårdplanering, samordningsresurser och stöd till anhöriga och närstående.

Övriga överenskommelser gäller som tidigare.

Vid socialnämndens sammanträde den 3 december 2015 togs beslut om socialnämndens förslag att Kommunstyrelsen ska anta den sammanhållna överenskommelsen och dess tilläggsöverenskommelser.

Förutom de övergripande överenskommelserna som reglerar samverkan finns det överenskommelser som mer specifikt reglerar samverkan lokalt mellan landstingets insatser inom särskilda boenden och hemsjukvård och kommunens insatser. Dessa är:

---

<sup>9</sup> Dnr KSL/12/0166-35

- ✓ Lokal samverkansöverenskommelse avseende läkarinsatser vid särskilda boenden i Upplands-Bro kommun. Upplands- Bro kommun (ny version på gång tillsammans med 8 kommuner- bifogas längre ned).
- ✓ Lokalt samverkansavtal samordnad vård- och omsorg kring personer med demenssjukdom 65 år och äldre
- ✓ Lokalt program demens (för samordnad vård & omsorg kring personer med demenssjukdom)

### 8.1.2 Kommentarer och bedömning

Vår bedömning är att det finns avtal/överenskommelser som täcker in samverkan mellan de insatser som landstinget respektive kommunen ansvarar för. Detta gäller både de länsövergripande och de lokala avtalen/överenskommelserna med vårdcentraler och vårdvalsenheter som ansvarar för hemsjukvård respektive läkarinsatser vid särskilda boenden. Stockholms län är det enda län i Sverige där hemsjukvården i ordinärt boende inte överförs till kommunerna genom skatteväxling mellan landstinget och kommunerna. Ansvarsområden för respektive huvudman är tydligt i och med att landstinget har ansvar för insatser inom hälso- och sjukvård utifrån hälso- och sjukvårdslagen och kommunerna för insatser beviljade enligt socialtjänstlagen. De som får insatser i ordinärt boende och i särskilt boende har ofta stora vårdbehov som kräver en fungerande samverkan mellan hälso- och sjukvård samt vård och omsorg. Överenskommelserna skapar förutsättningar för en ändamålsenlig styrning och struktur för ett sådant samverkansarbete.

Socialnämnden beslutade i december 2015 att föreslå Kommunstyrelsen att anta den sammanhållna överenskommelsen för vård och omsorg för äldre. Vi förutsätter att Kommunstyrelsen så snart som möjligt tar beslut om att anta den sammanhållna överenskommelsen.

## 8.2 Följsamhet till avtal och uppföljning

I intervjuer med ansvariga uttrycks att den övergripande samverkan inom äldreområdet fungerar väl. Detta beskrivs av ansvariga från kommunen, vårdcentraler och utförare av hemsjukvård. Det beskrivs att det finns fora för samverkan mellan de olika aktörerna och att samtalsklimatet i dessa fora är god.

Som nämns ovan finns det överenskommelser och rutiner för samverkan i samstämmighet med gällande regelverk. Under år 2015 har samtliga samverkansöverenskommelser identifierats och finns numera noterade i socialnämndens ledningssystem.

När vi intervjuade representanter för hemtjänstpersonal framkommer dock en något annan bild. Samverkan med landstingets hemsjukvård beskrivs fungera bra och det finns rutiner och arbetssätt för informationsöverföring som beskrivs fungera väl. Det uppges emellertid att det "ofta" är problem med informationsöverföring mellan sjukhus och hemtjänst i samband med att en patient lämnar sjukhuset och ska mötas upp av hemtjänsten. Representanterna för hemtjänsten kan dock inte kvantifiera hur ofta detta händer. Vi kan heller inte heller finna någon dokumentation om detta i de uppföljningar som presenteras för socialnämnden i kommunen.

Det beskrivs även att det från landstingets sida att man upplever svårigheter med att många utförare inte gått att nå på o de telefonnummer som finns angivna på utförarna hemsidor. Det uppges från

kommunen att man uppmanat utförare av hemtjänst i kommunen att uppdatera kontaktvägar på respektive hemsidor mm.

I samband med våra intervjuer med kommunens hälso- och sjukvårdspersonal vid äldreboende beskrivs att det ofta saknas information och dokument i samband med att boende varit inlagda på sjukhus. Det har blivit en rutin att hälso- och sjukvårdspersonalen vid de särskilda boendena får eftersöka information och tillrättalägga sådant som ska ske från sjukhusen enligt gällande rutiner och överenskommelser. Detta kan inte verifieras då sjuksköterskorna inte rapporterar dessa avvikelser. Orsaken till att man inte rapporterar avvikelser förklaras med att man inte har tid. Följaktligen presenteras inte dessa avvikelser från rutiner och överenskommelser i den rapportering som ges till socialnämnden.

Vi har gått igenom socialnämndens uppföljning som presenterats för nämnden under år 2015 avseende den vård och omsorg samt den hälso- och sjukvård som nämnden ansvarar för.

- ✓ Socialkontorets kvalitetsberättelse och redovisning av internkontrollen 2014 (februari 2015)
- ✓ Patientsäkerhetsberättelse för den kommunala hälso- och sjukvården i egen regi (mars 2015)
- ✓ Patientsäkerhetsberättelse för Hagtorps äldreboende (mars 2015)
- ✓ Kvalitetsuppföljning vid särskilda boenden för äldre (maj 2015)
- ✓ Avvikelser inom kommunal hälso- och sjukvård (juni 2015)
- ✓ Kvalitetsgranskning av kommunal hälso- och sjukvård (juni 2015)
- ✓ Avtalsuppföljning av Hagtorps äldreboende (mars 2015)
- ✓ Avtalsuppföljning av hemtjänst enligt LOV (mars 2015)
- ✓ Kvalitetsuppföljning Hälso- och sjukvårdsenheten (november 2015)

I flera av ovanstående dokument beskrivs samverkan. Även i socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och internkontrollplan räknas de olika samverkansöverenskommelserna upp<sup>10</sup>. I ingen av ovanstående uppföljningar redovisas några indikatorer som följer upp samverkan mellan landstinget och kommunen. Det finns heller ingen notering om några avvikelser avseende samverkan som rapporterats till kommunen från landstinget eller om några avvikelser avseende samverkan skickats till landstinget från kommunen.

För en fungerande hälso- och sjukvård vid särskilda boenden krävs en väl fungerande samverkan mellan läkarinsatser och kommunens sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Ansvar för läkarinsatser i respektive kommun vilar på landstinget. Läkarinsatserna ska utföras av vårdgivare som landstinget godkännt att bedriva primär läkarvård dygnet runt i form av planerade och oplanerade medicinska bedömningar, utredningar och behandlingar vid kommunala särskilda boenden för äldre. I Upplands-Bro kommun har det tecknats ett samverkansavtal med Familjeläkarna AB. Samtliga intervjuade beskriver en ändamålsenlig samverkan med familjeläkarna. Det beskrivs att det är en god kontinuitet i läkarinsatserna vid de särskilda boendena i kommunen. Samverkan beskrivs fungera väl både från kommunen och Familjeläkarna AB. Det står den boende fritt att lista sig hos annan vårdcentral. Det är endast några enstaka boende som valt att lista sig vid annan vårdgivare.

---

<sup>10</sup> Dnr 2015-007016

### **8.2.1 Kommentarer och bedömning**

Vår bedömning utifrån våra intervjuer är att uppföljning på den övergripande nivån är god. Det finns fora med ett gott samtalsklimat där samverkan kan följas upp på en övergripande nivå.

En svårighet som ofta uppkommer i samverkan är läkarinsatser vid särskilda boenden. I Upplands-Bro kommun är landstingets läkarinsatser inom de särskilda boendena organiserade på ett sådant sätt att en god läkarkontinuitet för de som bor i äldreboende i kommunen kan upprätthållas.

Vi kan däremot inte se att nämnden dokumenterar någon uppföljning om hur samverkan fullföljs utifrån beslutade överenskommelser och rutiner.

Enligt våra intervjuer sker anmälningar av avvikelser från överenskommelser och rutiner. De avvikelser som presenteras för nämnden i uppföljningar avser endast avvikelser inom den egna organisationen och inte mellan huvudmännen.

Vi anser att det är viktigt att de överenskommelser och rutiner som finns för samverkan inte enbart följs upp på en övergripande tjänstemannanivå. Även nämnden bör ta del av uppföljning av samverkan för att kunna bilda sig en uppfattning om samverkan sker på de sätt som de beslutade överenskommelserna bestämt.

Vi anser att rutiner för avvikelshantering ska följas upp inom kommunen även när det gäller avvikelser som avser samverkan mellan huvudmän. Uppföljningen av dessa avvikelser bör delges nämnden på samma sätt som interna avvikelser. Om rutinerna för avvikelshantering är så komplicerade att personal väljer bort att rapportera avvikelser bör det skapas rutiner för att underlätta att rapportering.

## 8.3 Övriga iakttagelser

Sjuksköterska finns att tillgå dygnet runt vid de särskilda boendena i kommunen. Vardagar på dagtid ansvarar boendets sjuksköterskor för de boendes hälso- och sjukvård. På kvällstid finns jour-sjuksköterskor som ansvarar för planerade och akuta insatser. Detta innebär att helgfria vardagar ansvarar boendenas sjuksköterskor för hälso- och sjukvårdsinsatser och övrigt tid ansvarar jourpersonal för sjuksköterskeinsatser. Företagen som ansvarar för jourverksamheten uppger att man i möjligaste mån tillgodoser sjuksköterskebehoven med god kontinuitet. Det har inte genomförts någon konsekvensanalys ur ett patientsäkerhetsperspektiv om att jour-sjuksköterskor har ansvar för hälso- och sjukvården så pass stor del av veckans timmar.

Vid de särskilda boendena sker delegeringar av vissa arbetsuppgifter till vård- och omsorgspersonal. Dessa delegeringar följs upp av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna<sup>11</sup>. Det finns även en lokal samverkansöverenskommelse som innebär att kommunen åtar sig delegeringar inom personlig assistans. Det sker inga delegeringar från hemsjukvården (landstinget) till hemtjänsten (kommunens ansvar) i Upplands-Bro kommun. I många andra svenska kommuner delegeras vissa medicinska insatser till hemtjänstpersonal. Eftersom hemsjuksjukvård i de övriga länen är en ett ansvar för kommunen innebär det att delegeringarna sker inom den egna huvudmannen. Den huvudsakligen orsaken till att fler och fler kommuner avsäger sig delegeringar till hemtjänstpersonal uppges vara att landstinget och kommunerna inte kommer överens om den ekonomiska ersättningen när hemtjänstpersonal (kommunalt ansvar) utför arbetsuppgifter som är landstinget ansvarar för.

Det finns föreskrifter som beskriver när en hälso- och sjukvårdsinsats ska betraktas som egenvård<sup>12</sup>. I samband med våra intervjuer har detta vid några tillfällen diskuterats. Några av våra respondenter anser det kan ske "smygdelegering" då inte formella delegeringar genomförs. Å andra sidan beskriver andra respondenter att nuvarande rutiner, om att inga delegeringar sker, innebär att det i vissa fall är väldigt många personer som besöker den som har beviljats hemtjänst av kommunen och samtidigt har hemsjukvård från landstinget.

Det har i samband med granskningen diskuterats om det skrivs ut personer från sjukhusen som inte är inskrivna hemsjukvården och inte har insatser från kommunen trots att man har behov av sådana insatser. Vi har efterfrågat information om ifall det förekommer att personer skrivit ut från sjukhuset utan att vårdplanering genomförs. Vi har inte identifierat några data visar att så är fallet.

### 8.3.1 Kommentar och bedömning

En av förutsättningarna för en god patientsäkerhet är en god kontinuitet. Boende vid särskilt boende är ofta svårt sjuka och har stort behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Det gör att det är viktigt med en god kontinuitet i insatserna. Vi anser därför att det bör göras en riskbedömning om den utökade användningen av externa jour-sjuksköterskor kan påverka patientsäkerheten och därefter värdera denna risk.

<sup>11</sup> Granskning av interna delegeringar ligger utanför denna gransknings frågeställningar.

<sup>12</sup> Med egenvård menas när någon inom hälso- och sjukvården har bedömt att en person själv eller med hjälp av någon annan kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård

Vi anser även att kommunen bör undersöka vilka de konsekvenser som beslutet om att inte ha delegeringar i ordinärt boende kan bli. En sådan analys bör utgå både från ett patientsäkerhet- och effektivitetsperspektiv. Analysen bör också ta hänsyn att nuvarande rutiner innebär att det i vissa fall blir många olika personal som möter den enskilde brukaren.

Det är svårt att bedöma om de äldre kommuninnevanorna som besöker sjukhuset akut eller planerat får de kommunala insatser som man har behov av efter en sjukhusvistelse. Detta är i huvudsak ett ansvar för landstinget att initiera vårdplanering. Ett sätt är att följa upp detta är genom att analysera hur stor del av de återinläggningar som sker på sjukhusen som skulle kunna undvikas. Detta kan förslagsvis tas upp i de samverkansfora som finns mellan kommunen och landstinget.

KPMG, dag som ovan

Örjan Garpenholt  
*Konsult offentlig sektor, med dr*