

Region Västerbotten och Lycksele kommun

Granskning av samverkan i omsorgen och
vården av multisjuka äldre



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte, revisionsfrågor och avgränsning.....	3
2.3. Revisionskriterier.....	4
2.4. Genomförande	4
3. Granskningsresultat	5
3.1. Styrning.....	5
3.2. Samverkan i praktiken.....	9
3.3. Uppföljning och kontroll	20
4. Sammanfattande bedömning	22

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Västerbotten samt Lycksele kommun granskat regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden samt socialnämnden i Lycksele kommun i syfte att bedöma om ansvariga nämnder har säkerställt att samverkan mellan huvudmännen i omsorgen och vården av multisjuka äldre i Lycksele genomförs på ett ändamålsenligt sätt.

Positivt är att regionen och länets kommuner påbörjat ett arbete med att utveckla samverkansstrukturerna för vården och omsorgen. Vi har uppfattat att verksamheterna anser att samverkan runt äldre multisjuka generellt sett fungerar något bättre i Lycksele än i Umeå. Regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och socialnämnden i Lycksele kommun har dock inte säkerställt en ändamålsenlig samverkan i vård och omsorg till äldre multisjuka i Lycksele.

Vi vill särskilt lyfta följande iakttagelser:

- ▶ Det är i flera fall inte möjligt att på ett revisionellt vis kontrollera i vilken utsträckning lagen och överenskomna rutiner efterlevs eller hur samverkan fungerar runt multisjuka. Exempelvis har det inte varit möjligt att få fram tillräcklig information från systemstödet Prator om inskrivningsmeddelanden, fasta vårdkontakter eller SIPar. Hälso- och sjukvårdsnämnden har informerats om svårigheterna med uppföljning av samverkan, vilket är positivt. Den offentliga statistik som finns indikerar att samverkan bör förbättras ur flera aspekter.
- ▶ Det saknas även en uttalad och tydliggjord definition av patientgruppen multisjuka äldre. Detta innebär att det är omöjligt för ansvariga nämnder och verksamheter att följa upp och analysera hur vården, omsorgen och samverkan fungerar.
- ▶ Fast vårdkontakt är en lagstadgad och viktig funktion i samordningen av vården och omsorgen till äldre multisjuka. Regionen har dock inte tydliggjort vilket uppdrag som den fasta vårdkontakten ska ha och i praktiken är det otydligt hur den fasta vårdkontakten ska arbeta och fungera.
- ▶ Det saknas styrdokument som reglerar hur arbetet med undvikbara återinläggningar av multisjuka äldre ska vara utformat. Verksamheterna saknar också metoder och arbetsformer för att identifiera äldre multisjuka som riskerar onödiga återinläggningar.
- ▶ Bister i informationsöverföringen i Prator försvårar kommunikationen mellan regionen och kommunerna. Problemen gäller främst begränsningar i systemet men också begränsade behörigheter och okunskap hos verksamheterna att använda systemet. Svårigheterna med Prator medför att verksamheterna i vissa fall löser kommunikationen via andra kontaktvägar, exempelvis telefon. Det är naturligtvis positivt att initiativ tas i verksamheterna för att samarbetet ska fungera smidigt. Här vill vi dock uppmärksamma styrelsen och nämnderna på risken för minskad möjlighet till kvalitets-säkring och kontroll av hur samverkansprocessen fungerar.

För svar på samtliga uppställda revisionsfrågor och våra rekommendationer se avsnitt 4; *Sammanfattande bedömning*.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Begreppet multisjuka äldre kan definieras som en person som är äldre än 65 år, har tre eller fler diagnoser, och är i behov av hjälp av flera vårdaktörer. Antalet äldre patienter med olika samtidiga behov av vård och omsorg och med flera kroniska sjukdomar ökar för varje år i Sverige.

Multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende har ofta ett omfattande hälso- och sjukvårdsbehov och vårdas många gånger av personal från flera olika vårdgivare och verksamheter, såsom slutenvård, primärvård, rehabilitering och hälso- och sjukvård i hemmet. För att tillgodose dessa behov krävs samverkan.

Om samverkan mellan vårdgivare, verksamheter och yrkesgrupper inom vården brister kan patienten hamna i ett mellanrum där ingen tar ett helhetsansvar för dennes vård. Riskerna kan exempelvis bestå i att information om patienten, som läkemedelsbehandling, rörelseförmåga eller mental status, inte följer med mellan olika vårdgivare eller verksamheter. Den 1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård i kraft. Syftet med lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Lagen innebär bl.a. att primärvården fått en central roll som koordinator och samordnare av de tre aktörerna sjukhus, primärvård och kommun.

En följd av bristande kommunikation kan bli att behandling och uppföljning av patienten får sämre kvalitet eller uteblir. När samverkan inte fungerar på ett adekvat sätt riskerar patienten att bli lidande. Inom flera regioner har lagen inneburit förbättringar av denna samordning som är vital för vården av multisjuka äldre men det beror på hur den lokalt har implementerats. Inom Region Västerbotten pågår även arbetet med att utveckla "God och nära vård" vilket är en nationell satsning på strukturförskjutning från sjukhus till primärvård och kommun. Även här är multisjuka äldre i hög grad berörda.

IVO har under år 2017 genomfört en tillsyn av ett antal regioner och kommuners samverkan i vården av multisjuka äldre. I tillsynen identifierades främst följande utvecklings- och riskområden:

- Egenkontroll av samverkan brister
- Åtgärder följs inte upp
- Verksamheternas informationsöverföring uppvisar brister
- Frånvaron av eller bristande läkemedelslistor är ett återkommande problem
- Vårdövergångar kan skapa otydlig ansvarsfördelning
- Bemanning och personalkontinuitet påverkar hur samverkan och egenkontroll bedrivs
- Rehabilitering och hjälpmedel är riskområden i samverkan

2.2. Syfte, revisionsfrågor och avgränsning

Granskningens syfte är att bedöma om regionstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och socialnämnden i Lycksele kommun har säkerställt att samverkan mellan huvudmännen i omsorgen och vården av multisjuka äldre genomförs på ett ändamålsenligt sätt. I granskningen ska följande revisionsfrågor besvaras:

Styrning

Har styrelse och nämnder säkerställt att:

- ▶ Det finns tillräckliga och aktuella mål, riktlinjer och övriga styrdokument för samverkan runt multisjuka?
- ▶ Det finns en tydliggjord ansvarsfördelning mellan verksamheter och huvudmän?
- ▶ Det finns en tillräcklig organisatorisk samverkan mellan region och kommuner för vård av multisjuka äldre?
- ▶ Det genomförs en rimlig kompetensutveckling bland personalen för att möta vårdbehovet hos äldre som är multisjuka?

Samverkan i praktiken

Finns det i verksamheterna fungerande:

- ▶ Rutiner för korrekta läkemedelslistor och läkemedelsgenomgångar?
- ▶ Informationsöverföring mellan verksamheter och mellan huvudmän?
- ▶ Rutiner för utskrivning, vårdplanering och mottagande av utskrivningsklara patienter?
- ▶ Arbetsätt för att förhindra undvikbara återinläggningar?
- ▶ Rutiner för fasta vårdkontakter?
- ▶ Rutiner för rehabilitering och hjälpmedel?
- ▶ Egenkontroll av samverkan?

Uppföljning och kontroll

Har styrelse och nämnder följt upp och analyserat:

- ▶ Verksamheternas egenkontroller och avvikelsehantering?
- ▶ Att samverkan fungerar som den ska?
- ▶ Vårdens/omsorgens resultat och effekter för de multisjuka äldre?

2.3. Revisionskriterier

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen
- ▶ Socialtjänstlagen
- ▶ Patientsäkerhetslagen
- ▶ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- ▶ Socialstyrelsens styrande och stödjande skrifter
- ▶ Gemensamma och interna styrdokument och beslut inom Regionen och kommunerna

2.4. Genomförande

Granskningen har genomförts som ett samarbete mellan revisorerna i Region Västerbotten och revisorerna i Lycksele kommun. Granskningen har skett via granskning av dokumentation, statistik samt intervjuer. För granskad dokumentation och intervjuade personer se bilaga 1; Källförteckning. Utöver vår interna kvalitetssäkring har samtliga intervjuade givits möjlighet att sakgranska rapportutkastet. Detta för att säkerställa att revisionsrapporten bygger på korrekta fakta och uttalanden.

Granskningen har inte fokuserat på hur pandemin har påverkat vård, omsorg och arbetsätt för multisjuka äldre.

3. Granskningsresultat

3.1. Styrning

3.1.1. Organisation

En ny struktur för samverkan på politisk- och tjänstemannanivå har beslutats och håller på att implementeras

En ny struktur för samverkan mellan regionen och kommunerna håller på att implementeras i länet från och med hösten 2020. *Överenskommelse om regional samverkansstruktur avseende vård och omsorg* har antagits av fullmäktige i Lycksele och av regionfullmäktige i april 2020. Därefter har ett arbete för att mer i detalj planera formerna för samarbetet på olika nivåer genomförts i ett projekt som avslutades i maj 2020.

De huvudsakliga skillnaderna jämfört med den gamla samverkansstrukturen är att samtliga kommuner i högre utsträckning ska vara representerade samt att det numera finns två regionala samverkanskoordinatorer (2.0) som ska koordinera samarbetet. Dessa har sin anställning på regionen men finansieras gemensamt av regionen och länets kommuner. Även en hjälpmedelskoordinator (1.0) är på väg att anställas och samfinansieras av regionen och kommunerna.

Länsövergripande samverkan på politisk nivå ska ske i Samrådet för vård och omsorg

Enligt överenskommelsen mellan regionen och kommunerna ska samverkan på länsövergripande politisk nivå ske i *Samrådet för vård och omsorg*. De mindre kommunerna ska ha en representant (Umeå och Skellefteå två) och regionen har tre representanter i samrådsgruppen. Socialnämnden i Lycksele kommun har i maj 2020 utsett nämndens ordförande som kommunens representant i Samrådet. Hälso- och sjukvårdsnämnden har i juni 2020 utsett nämndens ordförande samt 1:e och 2:e vice ordförande till representanter i gruppen.

Samrådet har hittills haft två möten under hösten 2020. Av protokollen framgår att gruppen har arbetat med att planera och strukturera sitt uppdrag och arbete.

Länsövergripande samverkan på högre tjänstepersonsnivå ska ske i Länssamverkansgruppen

Samtliga ärenden till det politiska Samrådet för vård och omsorg ska enligt överenskommelsen beredas i *Länssamverkansgruppen*. Varje mindre kommun ska ha en representant (Umeå och Skellefteå två) och regionen ska ha fyra representanter i gruppen. Lycksele kommun representeras av verksamhetschefen för stöd, vård och omsorg och regionen av Områdeschef Närsjukvård Umeå, enhetschef beställarenheten, områdeschef Tandvård, områdeschef Närsjukvård Skellefteå, områdeschef Närsjukvård Lycksele/Södra Lappland. Dessa tjänstepersoner har inte formellt utsetts till representanter i gruppen.

Länssamverkansgruppen har hittills under hösten 2020 haft två sammanträden. Av protokoll från gruppens möten framgår att gruppen bla arbetat med att kartlägga ärenden från tidigare länsgrupperingar samt konkretisera och tydliggöra gruppens uppdrag.

Ett antal arbetsgrupper/beredningar för länsövergripande samarbete på tjänstepersonsnivå håller på att formeras

Under Länsamverkansgruppen ska det enligt överenskommelsen finnas fyra beredningar; 1) barn och unga, 2) vuxna och äldre, 3) samverkansråd för patientsäkerhet samt 4) hjälpmedelsrådet. I beredningen för vuxna och äldre (som är aktuellt för vårt granskningsområde) finns fem representanter från regionen och sammanlagt sex representanter från fyra av länets kommuner. Lycksele kommun har dock ingen representant i denna beredning.

Beredningen för vuxna och äldre har hittills haft tre sammanträden under hösten 2020 och av protokoll framgår att beredningen arbetat med att tydliggöra och konkretisera sitt arbete och uppdrag. Gruppen har erhållit en sammanställning av uppdrag från tidigare samverkansstruktur med bla följande områden att arbeta vidare med:

- ▶ Följa upp överenskommelser om samverkan vid utskrivning
- ▶ Samordna arbetet med God och nära vård.
- ▶ Utveckla statistik runt samverkan
- ▶ Frågor som rör Prator

Hjälpmedelsrådet (som också är aktuellt för vårt granskningsområde) har ännu inte organiserats. Diskussioner har pågått under hösten 2020 i Samrådet för vård och omsorg samt Länsamverkansgruppen om vilket uppdrag, mandat och sammansättning hjälpmedelsrådet ska ha. Det tidigare Ågarsamrådet för hjälpmedel har fortsatt sammanträda även under hösten 2020. I denna gruppering finns endast några av länets kommuner representerade. Lycksele kommun har ingen representant. Enligt överenskommelsen om regional samverkansstruktur ska hjälpmedelsfrågor på länsövergripande politisk- och tjänstemannanivå numera beslutas i Samrådet för vård och omsorg respektive Länsamverkansgruppen. Det kommande Hjälpmedelsrådet ska ha en beredande funktion och verka för en samordnad, kvalitetssäker och kostnadseffektiv hjälpmedelsprocess.

Den lokala samverkanstrukturen på politisk- och tjänstepersonsnivå är ännu inte klargjord

Enligt den beslutade överenskommelsen mellan regionen och kommunerna skulle möten ske under hösten 2020 på lokal nivå mellan de förtroendevalda företrädare som regionen och respektive kommun (Umeå, Skellefteå och Lycksele) utser. Syftet var att enas om formerna för samverkan på lokal politisk- och tjänstepersonsnivå och skapa lokala överenskommelser. Det finns dock ännu inte några lokala överenskommelser om samverkan på lokal nivå. I Umeå lever den gamla samverkansstrukturen (SÖK) kvar medan Lyckseles motsvarighet (LÖK) har pausats. Ett utkast till lokal överenskommelse med Lycksele har tagits fram men inte antagits. Orsaker till att de lokala samarbetsstrukturerna som anges i överenskommelsen ännu inte klargjorts uppges vara att det finns ett flertal andra samverkansforum på tjänstemannanivå och att det inte är fullständigt tydligt hur dessa eventuellt ska hänga ihop och vilken funktion samverkansgrupperna ska fylla.

Exempelvis finns i Lycksele en lokal samverkansgrupp kring trygg och säker utskrivning. I denna ingår primärvården, den slutna vården och kommunen. I gruppen diskuteras bland annat hur rutiner ska tolkas för att få en smidigare samordning kring patienten. Av minnesanteckningar framgår att samverkansgruppen under året följt upp och samverkat kring olika utskrivningsprocesser t.ex. SIP, återkoppling i prator, uppdatering av telefonlista.

Vidare har det under början av år 2020 inrättats tre geografiskt indelade styrgrupper för arbetet med god och nära vård (Umeå, Skellefteå och Södra Lappland). Arbetet i de geografiska områdena har olika fokus och målgrupper.

I Umeåregionen arbetar styrgruppen med att förbättra samarbetet inom fyra prioriterade patientgrupper varav multisjuka äldre är en av de prioriterade grupperna. Diskussioner har förts om att även för multisjuka äldre, använda den strukturerade samverkansmodellen HLT¹.

Södra Lapplands styrgrupp för god och nära vård har hittills hållit fem möten i Lycksele kommun. Lycksele kommun representeras av kommunchefen. Under styrgruppen finns även en verkställighetsgrupp som i Lycksele kommun består chef för hälso- och sjukvården samt chef för individ- och familjeomsorg. Därutöver finns arbetsgrupper som ska verkställa beslut utifrån uppdrag från verkställighetsgruppen eller bereda ärenden. I denna gruppering finns ingen representant från Lycksele kommun. I Södra Lappland bedrivs arbetet utifrån fyra prioriterade övergripande områden; digitalisering, kompetensförsörjning, samverkan och delaktighet samt folkhälsa.

3.1.2. Mål och styrdokument för samverkan

En gemensam målbild för samarbetet håller på att upprättas

Under ett regionalt ledningsseminarium som anordnades i november 2020 utarbetades ett förslag till gemensam värdegrund och målbild för den länsövergripande samverkansstrukturen. Länsamverkansgruppen beslutade i november 2020 att uppdra till koordinatörerna att arbeta vidare med värdegrund och målbild och att synkronisera denna med arbetet i styrgrupperna för god och nära vård. Vi har tagit del av ett arbetsmaterial som visar att målbilden ännu är allmänt formulerad men berör samverkan och informationsflödet mellan parterna med utgångspunkt från patientens bästa.

Regionen har målsatt sin samverkan med kommunerna

I såväl regionfullmäktiges, regionstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens planer för år 2020 konstateras att länets befolkning blir allt äldre och får större vårdbehov. Mål och uppdrag som kan beröra patientgruppen multisjuka äldre, men framförallt samverkan mellan huvudmännen, förkommer i viss utsträckning i planeringsdokumenten.

Fullmäktige har i regionplan 2020 och 2021 (juni 2019 resp. 2020) formulerat övergripande målsättningar. Under målsättningen God och jämlik hälso- och sjukvård anges att vården ska vara samordnad och patienten ska uppleva en väl sammanhållen vårdkedja. För att säkerställa en helhetssyn i den fortsatta utvecklingen av nära vård, ska gemensamma mål och aktiviteter utarbetas med kommunernas vård och omsorg. Till exempel genom att ta fram gemensamma vårdprogram för relevanta patientgrupper. Styrelsen och nämnderna har utifrån fullmäktiges målsättningar beslutat om indikatorer för att mäta dessa.

Regionstyrelsen:

- ▶ 2020: Avtal om samverkan i vård och omsorg med länets kommuner. Önskad målnivå är 15.

¹ HLT är ett strukturerat samarbete mellan huvudmännens olika verksamheter, runt skolelever.

Hälso- och sjukvårdsnämnden:

- ▶ 2020: Antal i samverkan med kommunerna identifierade riskområden med åtgärder. Utgångsvärde och önskad målnivå saknas men indikatorn ska följas och utvecklas.
- ▶ 2021: Antal samordnade individuella vårdplaner. Även här saknas utgångsvärde och önskad målnivå men värdet ska öka jämfört med år 2020.

Lycksele kommun har inga målsättningar kopplade till samverkan med regionen

Det saknas specifika mål för målgruppen multisjuka äldre samt för samverkan generellt inom kommunens verksamheter. Kommunens representanter uppger att det inte finns något behov av ett specifikt mål för multisjuka eller runt samverkan då kommunen strävar efter att ge en vård som motsvarar vårdbehoven oavsett behov.

Styrdokument/riktlinjer finns för övergripande samverkan och ansvarsfördelning mellan parterna

Det finns inga styrdokument eller ansvarsfördelning specifikt för samarbetet runt patientgruppen multisjuka, dock finns ett flertal avtal/överenskommelser och styrdokument som syftar till att reglera olika nivåer och delar av samverkan mellan huvudmännen generellt. Nedan listas de mest väsentliga för denna granskning.

- ▶ *Länsrutin för samverkan mellan regionen och kommunerna i Västerbotten vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (reviderad och fastställd av Länsamverkansgruppen i september 2020).*
Rutinen har utarbetats av en arbetsgrupp bestående av representanter från regionen och tre av länets kommuner, bl.a. medicinskt ansvarig sjuksköterska från Lycksele kommun. Rutinen tydliggör hur parterna ska agera vid olika steg i inskrivnings- och utskrivningsprocessen, SIP-processen samt vid kommunikation/dokumentation i Prator. Rutinen beskriver även betalningsansvaret. Uppdatering, utvärdering och ändring av rutinen ska initieras av länsamordningsgruppen. Enligt länsrutinen ska lokala rutiner (SVU) upprättas och verksamhetschefen ansvarar för detta. Mall för de lokala rutinerna finns. Lycksele kommun har en lokal rutin som är reviderad på tjänstemannanivå senast i januari 2020. Den lokala rutinen har därmed inte reviderats efter den övergripande länsrutinen reviderades i september 2020.
- ▶ *Länsrutin för samverkan mellan regionen och kommunerna vid upprättandet av en samordnad individuell plan (fastställd av Länsamverkansgruppen i november 2020).*
Rutinen syftar till att tydliggöra ansvars- och arbetsfördelningen i SIP-processen.

Ovanstående dokument och ett flertal tillhörande mallar och checklistor finns samlade på regionens hemsida. Sammantaget har vi utifrån våra intervjuer uppfattat att det inte saknas reglering eller styrning av samverkan och huvudmännens ansvar, på övergripande nivå.

Av flertalet intervjuer framgår att styrdokumenterna i sig är tydliga men att det i det praktiska arbetet finns utrymme för tolkningar inom olika områden. De olika tolkningarna uppges huvudsakligen grundas i oenighet kring vem som ska bära kostnaderna för insatsen.

3.1.3. Kompetensutveckling

Det sker ingen regelbunden eller gemensam kompetensutveckling när det gäller samverkansfrågor mellan huvudmännen eller patientgruppen multisjuka äldre specifikt

Av våra intervjuer framgår att det inte sker några gemensamma eller regelbundna utbildningar när det gäller samverkan mellan huvudmännen eller patientgruppen multisjuka specifikt. Det genomförs dock i viss utsträckning verksamhetsvis utbildning inom områden som berör multisjuka äldre eller för symptom som multisjuka äldre uppvisar. Exempelvis som nämns är läkemedelsbehandling för äldre, skörhet samt nutrition.

I samband med att lagen om samverkan vid utskrivning infördes (i början av år 2018) genomförde regionen tillsammans med länets kommuner en större länsövergripande satsning på utbildning i samordnad individuell planering. Denna satsning upplevdes av de vi intervjuat som mycket bra och det finns i verksamheterna önskemål framförallt bland personal vid hälsocentralerna och kommunen om ytterligare kompetensutveckling när det gäller utskrivningsprocessen och arbetet med SIPar.

Inom Lycksele kommun är en stor utmaning att rekrytera baskompetens inom främst hemtjänsten. Slutenvården och primärvården i Lycksele uppger att de har problem med rekrytering av specialistkompetens, exempelvis geriatrisk kompetens, till sina verksamheter.

3.2. Samverkan i praktiken

För att kontrollera hur samverkan fungerar i praktiken har vi granskat offentlig statistik och genomfört intervjuer. Vi har även erhållit vissa statistikuppgifter från regionen.

3.2.1. Läkemedelslistor och -genomgångar

I Socialstyrelsens föreskrift² om hantering av läkemedel anges att patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel ska erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång vid:

- ▶ Besök hos läkare i öppenvård
- ▶ Inskrivning i slutenvård
- ▶ Påbörjad hemsjukvård
- ▶ Inflyttning i boendeform som omfattas av 12 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen³

När en patient som fått en läkemedelsgenomgång skrivs ut från slutenvård ska en läkare upprätta en läkemedelsberättelse i patientjournalen. Om en patient efter utskrivningen ska få vård hos en annan vårdgivare eller vårdenhet, ska läkemedelsberättelsen föras över till denna. Överföringen ska göras senast samma dag som patienten skrivs ut.

Det finns viss reglering av hur information om läkemedel ska överföras mellan verksamheterna

På länsövergripande nivå regleras informationsöverföring av läkemedel främst i Länsrutinen för samverkan mellan regionen och kommunerna i Västerbotten vid utskrivning från slutenvård. Av rutinen framgår bl.a. att en särskild utskrivningsrapport ska upprättas i Prator. Särskilda manualer och checklistor finns också för detta. I utskrivningsrapporten ska

² HSLF-FS 2017:37

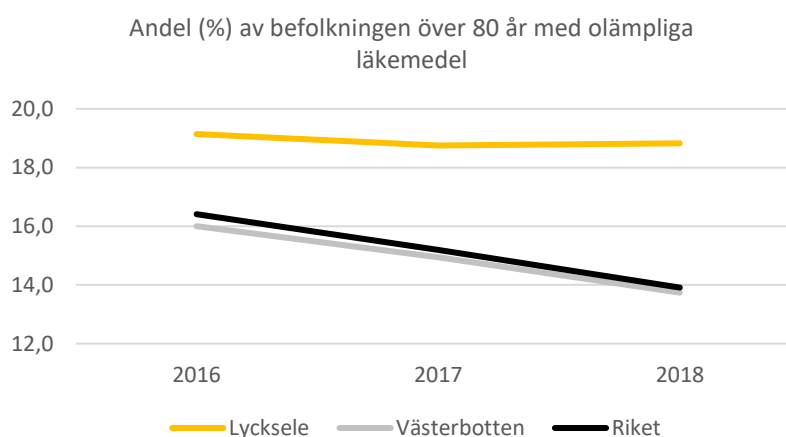
³ 2017:30

bla framgå viss information om patientens läkemedel. I övrigt ska läkemedelslistan skrivas ut och överlämnas till patienten i samband med hemgång.

En relativt hög andel av Lycksele kommuns omsorgstagare har olämpliga läkemedel

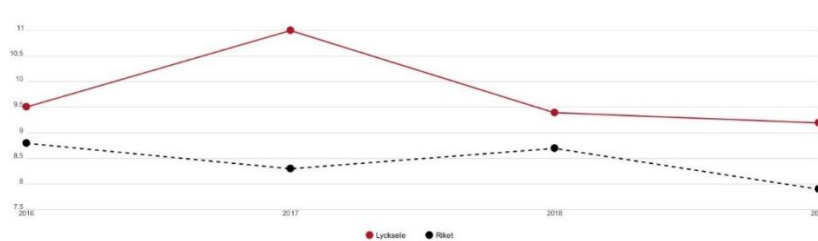
En del av alla akuta inläggningar av äldre på sjukhus beror på läkemedelsbiverkningar och vissa av dessa biverkningar är möjliga att förebygga, exempelvis genom att undvika att förskriva läkemedel som är olämpliga vid hög ålder.⁴ I nedanstående diagram framgår andelen av befolkningen över 80 år i Lycksele, länet och riket med olämpliga läkemedel.

I diagrammet framgår att andelen äldre med olämpliga läkemedel är betydligt högre i Lycksele jämfört med länet och riket. I länet och riket noteras också en sjunkande andel medan motsvarande trend inte finns i Lycksele.

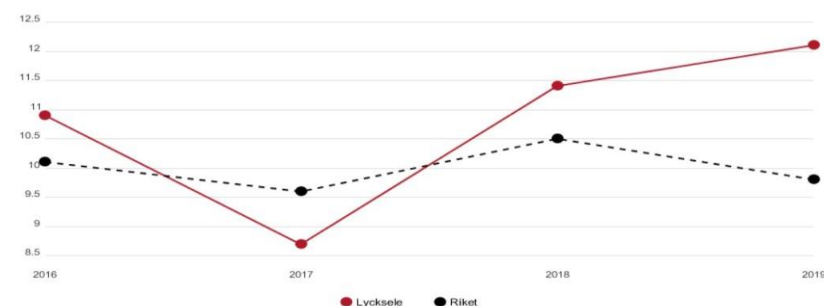


Nedanstående diagram visar personer i särskilt boende eller hemtjänst som är 75 år eller äldre och har olämpliga läkemedel.

Figur 1 Personer 75 + i särskilt boende med olämpliga läkemedel, andel



Figur 2 Personer 75+ med hemtjänst med olämpliga läkemedel, andel



⁴ Källa: Socialstyrelsen

Även dessa diagram visar att andelen äldre med olämpliga läkemedel är högre i Lycksele än i riket. Vi noterar också att andelen med olämpliga läkemedel har ökat rejält för personer med hemtjänst under de två senaste åren.

Regionens mål om läkemedelsgenomgångar och rutiner för läkemedelslistor har inte uppnåtts

Vid våra intervjuer med slutenvårdens och hälsocentralernas företrädare uppges att enkla läkemedelsgenomgångar oftast genomförs men att de inte alltid dokumenteras på grund av tidsbrist.

I regionens patientsäkerhetsberättelse följs rutiner för läkemedelslistor och läkemedelsgenomgångar upp. Av 2019 års patientsäkerhetsberättelse (HSN mars 2020) framgår att:

- ▶ Målet att 90 % av verksamheterna ska ha en fungerande, dokumenterad rutin som tydliggör att patienten får med sig en uppdaterad läkemedelslista efter besök/utskrivning har inte uppnåtts.
 - 40 % av hälsocentralerna uppger att de har en sådan rutin.
 - 74 % av slutenvården uppger att de har en sådan rutin.
- ▶ Målet att andelen läkemedelsgenomgångar ska öka med 2 % inom primärvården har inte uppnåtts.
 - Läkemedelsgenomgångarna har istället minskat under året med ca 300 st.

Dokumentation och informationsöverföring av läkemedelsförändringar upplevs delvis bristfällig av mottagande verksamheter

Enligt företrädare för slutenvården i Lycksele får patienten nästan alltid en utskrivna aktuell läkemedelslista med sig vid utskrivning från slutenvården. I flertalet av våra intervjuer med mottagande verksamheter framgår att dokumentationen kring uppdateringar i patientens läkemedelslistor upplevs vara bristfällig. Ibland förekommer det också att patienten skrivs ut utan att ha fått med sig läkemedel hem. Det kan främst uppstå felaktigheter för de patienter som har dosförpackade läkemedel om den nya ordinationen inte uppmärksammas av mottagande enheter innan nästa APO-dosleverans⁵.

3.2.2. Utskrivningsprocessen

Det finns ett flertal styrdokument som reglerar utskrivning, vårdplanering och mottagandet

Hur olika moment i arbetet med utskrivning, vårdplanering och mottagande ska bedrivas finns reglerat på länsövergripande nivå i ett antal gemensamma riktlinjer, mallar och check-listor. Nedan lämnas några exempel.

- ▶ Länsrutin för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

⁵ APO-dos är dosförpackade läkemedel där doseringen görs av Apoteket och där alla patientens läkemedel som ska intas vid samma tillfälle förpackas i samma dospåse. Leverans sker varje eller varannan vecka vilket innebär risk för att patienten har kvar felaktiga dospåsar i samband med ändrad ordination. Akuta doseringar kan levereras dagen efter men kräver beställning från läkaren.

- ▶ Länsrutin för samverkan mellan regionen och kommunerna vid upprättandet av en samordnad individuell plan. I dokumentet tydliggörs bla att all kommunikation i samband med SIP ska ske via IT-tjänsten Prator.
- ▶ Lycksele kommuns lokala rutin för trygg och säker utskrivning (reviderad i januari 2020)

Av våra intervjuer framgår att de upprättade styrdokumenterna upplevs vara tydliga men att de inte alltid följs. I vissa fall görs också olika tolkningar av innehållet.

3.2.2.1 Inskrivningsmeddelande

Berörda mottagande enheter ska underrättas om en patient redan vid inskrivning i slutenvården bedöms behöva insatser från socialtjänsten eller öppenvården efter utskrivning. Inskrivningsmeddelandet ska skickas inom 24 timmar efter det att patienten skrivits in i den slutna vården.⁶ Detta är en signal till mottagande enheter (tex socialtjänst, eller hälsocentral) att påbörja sin planering för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården. När behandlande läkare har bedömt att en patient är utskrivningsklar och kan lämna sjukhuset, ska den slutna vården överföra information till berörda senast samma dag som patienten skrivs ut från den slutna vården (SFS 2017:612).

Länsrutinen för samverkan vid utskrivning innehåller kompletterande överenskommelser om inskrivnings- och utskrivningsmeddelanden.

Det går inte att kontrollera i vilken utsträckning lagstiftningens eller länsrutinens krav på inskrivnings- och utskrivningsmeddelande efterlevs

För att kontrollera efterlevnaden av lagstiftningens krav på inskrivnings-/utskrivningsmeddelande och hur samverkan fungerar har vi från regionen efterfrågat statistik över dessa meddelanden. Vi har efterfrågat:

- ▶ Andel inskrivningsmeddelanden lämnat inom 24 timmar från inskrivning.
- ▶ Andel inskrivningsmeddelanden som innehåller preliminärt utskrivningsdatum.
- ▶ Andel informationsöverföring till berörda enheter samma dag som patienten skrivs ut.

Ovanstående faktorer kan nämligen påverka i vilken grad patienten kan skrivas ut från slutenvården när den är utskrivningsklar och den indikerar hur samverkan fungerar. Vi har dock meddelats att denna information inte går att plocka ut från Prator men att systemet innehåller en inbyggd funktion som gör att samtliga inskrivningsmeddelanden måste förses med inskrivningsdatum.

Vi har också efterfrågat information om andelen slutenvårdstillfällen där inskrivningsmeddelande skickats för patientgruppen 65 år och äldre. Den initiala bedömningen av en nyinskrivna patients behov av insatser efter utskrivning kan nämligen ha betydelse för i vilken grad patienter kan skrivas ut när de är utskrivningsklara. Av nedanstående tabell framgår att inskrivningsmeddelanden skickas i högre utsträckning från slutenvården i Lycksele jämfört med snittet för slutenvården i länet (46,6 % jämfört med 31,2 % för år 2020).

⁶ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 1-4 §§

	2019			2020		
	Antal vårdtillfällen	Antal in-skrivningsmedd.	Andel inskrivningsmedd.	Antal vårdtillfällen	Antal in-skrivningsmedd.	Andel inskrivningsmedd.
Västerbottens län	24 394	7 768	31,8 %	22 356	6 980	31,2 %
Slutenvård Lycksele ⁷	1 027	470	45,8 %	988	460	46,6 %

3.2.2.2 Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt ska utses inom den regionfinansierade öppna vården (oftast hälsocentralen) när ett inskrivningsmeddelande mottagits och innan patienten skrivs ut.⁸ Uppdraget fast vårdkontakt är inte tydligt formulerat i lagstiftningen.

Det går inte att kontrollera i vilken utsträckning fasta vårdkontakter utses

I syfte att kontrollera i vilken utsträckning hälsocentralerna fullgör sitt ansvar att utse vårdkontakt har vi efterfrågat statistik över andel inskrivningsmeddelanden som resulterat i fast vårdkontakt. Vi har dock meddelats att denna uppgift inte går att ta ut från Prator.

Av våra intervjuer framgår att den fasta vårdkontakten ofta tilldelas per automatik då det är den som mottar/kvitterar inskrivningsmeddelandet i Prator som registreras som fast vårdkontakt.

Den fasta vårdkontaktens uppdrag och roll är inte tydliggjord

Den fasta vårdkontaktens roll och uppdrag har inte tydliggjorts i några styrdokument e. dyl. Av intervjuer framgår vidare att uppdraget fast vårdkontakt är komplicerad, speciellt när det gäller multisjuka patienter. Hälsocentralerna har inte alltid specialistkompetens på multisjuklighet och en multisjuk patient har ofta kontakt med flera olika professioner vilket gör att denne i praktiken inte upplever att den har en fast vårdkontakt.

Hälsocentralerna har olika rutiner kring i vilken utsträckning patienten informeras om vem som är patientens fasta vårdkontakt. Vid intervjuer uppges att Lyckseles hälsocentral (Stenbergsska) kontaktar patienten via telefon och informerar om vem som är den fasta vårdkontakten. Andra hälsocentraler vi pratat med lämnar inte aktivt någon information till patienten om vem som är patientens fasta vårdkontakt utan att det är något som sker naturligt och är underförstått.

3.2.2.3 Mottagande

Vårdtiden för utskrivningsklara patienter är högre i Lycksele och länet jämfört med riket

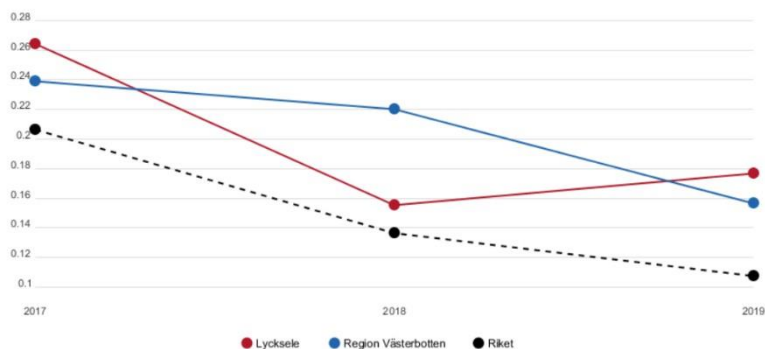
⁷ Patienter som är folkbokförda i Lycksele och som vårdats i slutenvården på orten

⁸ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 5 §.

Vårdtiden för utskrivningsklara patienter kan indikera hur samordningen av planeringen runt patienten fungerar. En bra planering bör ge ett genomsnittligt lågt antal dagar som patienter är utskrivningsklara.⁹

Nedanstående diagram visar att vårdtiden för utskrivningsklara har ökat för personer 65 år och äldre i Lycksele under år 2019 samtidigt som den har minskat i länet och i riket i stort. Vårdtiden är enligt diagrammet nedan högre i Lycksele än i länet och riket.

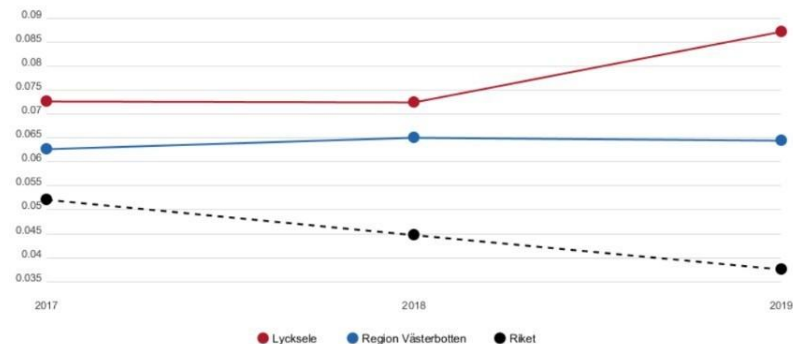
Figur 3. Vårdtid som utskrivningsklar, antal dagar/inv. 65+



Verksamhetschef för medicin- och rehabiliteringskliniken i Lycksele upplever inte att utskrivningsklara patienter ligger kvar på avdelningen någon längre tid. Då antalet invånare är relativt få i Lycksele kan enskilda extrema värden förvisso få större betydelse för medelvärde. Dock är även antalet vårdtillfällen som utskrivningsklar högre i Lycksele än i länet

och riket. Antalet vårdtillfällen som utskrivningsklar har enligt nedanstående diagram också ökat i Lycksele för invånarna 65 år och äldre. Vid en god samordning är antalet vårdtillfällen lågt, varav ett lågt värde på indikatorn är önskvärd.

Figur 4 Vårdtillfällen som utskrivningsklar, antal/inv. 65+



Mottagande verksamheter upplever generellt att det finns brister kring informationsöverföringen i Prator

Av intervjuer framgår att medicin-/rehabkliniken i Lycksele har särskilda utskrivningssamordnare vid alla avdelningar och dessa sköter utskrivningsprocesserna. Således har kliniken en person som till exempel ansvarar för inskrivnings- och utskrivningsmeddelanden.

Av intervjuer med mottagande enheter framgår att information kring utskrivning från slutna vård till primärvård och hemsjukvård ibland kommer med kort varsel, vilket kan problematisera mottagandet av patienten på grund av tidsbrist. Vidare framgår att informationsöverföringen via Prator som möjliggör bedömning av vilka insatser patienten kommer att behöva i hemmet kan

⁹ Källa: SKR

vara tydlig och att utskrivningsmeddelandet från slutenvården ofta är informationsfattigt. Utifrån våra intervjuer uppfattar vi att problemen huvudsakligen beror på systemets begränsningar, begränsade behörigheter och kunskap/vana att använda systemet.

En generell uppfattning som framkommer vid våra intervjuer är att det oftast är lättare att samarbeta på mindre orter. Exempelvis upplevs samarbetet vara bättre i Lycksele än i Umeå. Anledningen är att färre personer är inblandade i utskrivnings- och planeringsprocessen på mindre orter. Av våra intervjuer framgår också att informationsöverföringen i det praktiska arbetet ofta sker via telefon istället för via Prator.

3.2.2.4 Vårdplanering, SIPar

Om patienten efter utskrivning behöver insatser från både region och kommun ska den fasta vårdkontakten kalla till samordnad individuell planering inom tre dagar efter det att underrättelse om att personen är utskrivningsklar har lämnats.

Det finns inte möjlighet att kontrollera i vilken utsträckning SIPar faktiskt upprättas

Vi har från regionen efterfrågat statistik som visar hur stor andel kallelser till SIP som sker inom de lagstadgade tre dagarna från när patienten blev utskrivningsklar. Vi har även efterfrågat statistik över andel vårdtillfällen där utskrivningsmeddelande skickats och där en SIP initierats och genomförts. Detta kan nämligen indikera hur samverkan runt SIPar fungerar. Vi har dock blivit meddelade att det inte finns möjlighet att ta fram denna statistik ur Prator.

Representanterna från den kommunala hälso- och sjukvården i Lycksele som vi intervjuat upplever att SIPar inte upprättas i någon större omfattning. Initiering i Prator kan ske men det är dock sällan som det blir en faktisk kallelse till SIP. De vi intervjuat uppskattar att det blir en kallelse av endast en tredjedel av alla SIP initiativ i Prator.

Vidare framgår i intervjuer att informationsöverföringen via Prator ibland kan vara bristfällig, vilket försvårar hälsocentralernas arbete med SIPar. Information som enligt uppgift saknas eller är bristfällig i Prator kan till exempel vara vilka insatser patienten har haft innan inskrivning i slutenvård och patientens status då denne skrivs ut från slutenvård.

Vi har efterfrågat statistik avseende inkomna eller skrivna avvikelser som rör den samordnade vårdplaneringen. Statistiken i tabellen nedan visar att antalet avvikelser minskat rejält i länet under år 2020. Det är dock svårt att dra några säkra slutsatser kring detta.

Västerbottens län	2018	2019	2020
Samordnad vårdplanering - överrapportering ¹⁰	81	79	37

Tre avvikelser har under år 2020 skickats från Stenbergiska hälsocentral till Lycksele kommunen. Två av avvikelserna handlade om att kommunens representanter uteblivit från SIP-möte och en handlade om att SIP inte följts upp enligt plan då samordningsansvarig inte kallat till uppföljning.

Det finns oklarheter kring vilka som ska delta i vårdplaneringen

¹⁰ Avvikelser som skrivits av Primärvården eller skickats till Primärvården där antingen kommun eller klinik inom slutenvården varit inblandade.

Det finns även problem när SIP väl genomförs. Formerna för SIP och vilka professioner som kallas varierar beroende på vem som kallar. Det gör att det lätt missa viktiga aspekter i planeringen då en viss profession saknas, t.ex. arbetsterapeut. Kommunens representanter önskar därför tydligare rutiner för vilka professioner som ska ingå i SIP. Vidare är det en del tekniska problem då SIP i flera fall ska utföras digitalt. Intervjuade i kommunen upplever att de äldre har svårt att hänga med och vara delaktiga i sin planering när de ska delta digitalt. Det gör även att den äldre i princip aldrig får en utskrivning och undertecknad faktisk SIP.

Betalningsansvaret för utskrivningsklara bestrids av kommunen

Enligt lagen om samverkan vid utskrivning ska kommunen ersätta regionen om en patient vårdas efter att patienten bedömts utskrivningsklar.¹¹ Enligt länsrutinen för samverkan vid utskrivning är kommunen (i de fall patienten behöver SIP) betalningsansvarig endast om den fasta vårdkontakten kallat till SIP senast 3 dagar efter underrättelse om att patienten är utskrivningsklar.

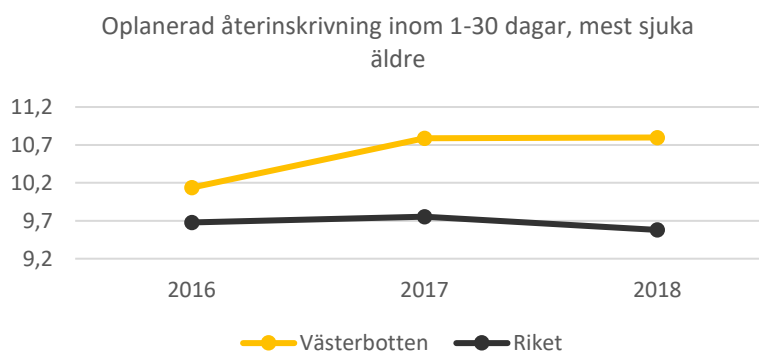
Av våra intervjuer framgår att Lycksele kommun under år 2020 kontrollerat samtliga fakturor från det att lagen om samverkan infördes i april 2018. Utifrån genomförd kontroll har kommunen bestridit 24 fakturor från regionen omfattande totalt 835 300 kr. Anledningen uppges vara att SIPar inte genomförts. Detta upplevs också ta mycket tid och resurser i anspråk. Länssamverkansgruppen har under hösten 2020 beslutat att ett nytt arbetssätt för att hantera betalningsansvaret ska utarbetas. Syftet är att frigöra resurser från kontroll av fakturor, bestridanden mm. till arbete för personer som behöver insatser från regionen och kommunen.

3.2.3. Arbetssätt för att förhindra återinläggningar

Offentlig statistik indikerar att arbetet för att förhindra onödiga återinläggningar kan förbättras

En hög andel oplanerad återinskrivning inom 30 dagar (mest sjuka äldre) kan indikera en alltför tidig utskrivning från slutenvård och att uppföljning och fortsatt omhändertagande inte är tillräckligt samordnat. Detta kan ses som ett mått på effektiviteten och kvaliteten i processerna vid övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg.¹²

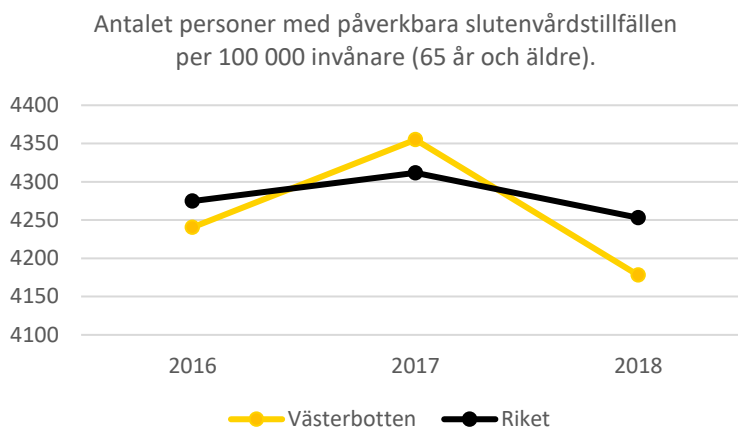
Av diagrammet till höger framgår att andelen oplanerade återinskrivningar för de mest sjuka äldre är högre i Västerbotten jämfört med snittet för riket. Snittet för riket har minskat något över tid medan snittet för länet i stället har ökat de senaste åren.



¹¹ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård, 5 kap.

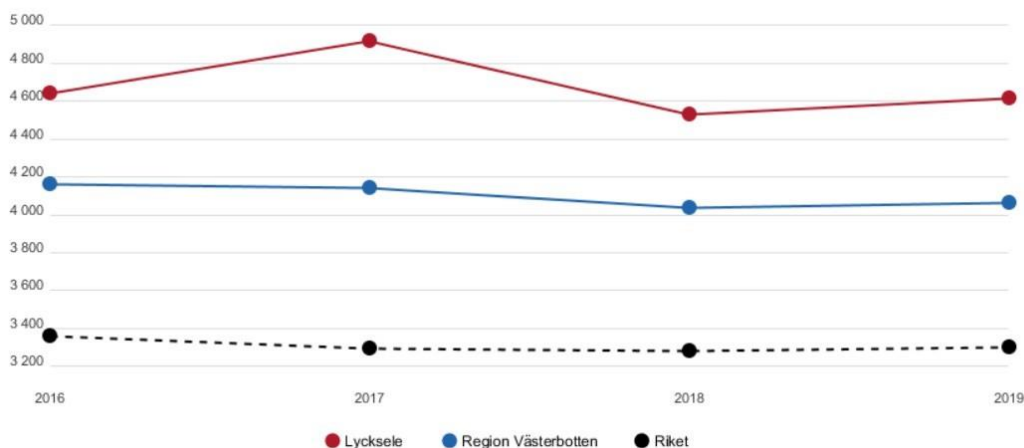
¹² Källa: SKR

Om patienter med vissa sjukdomstillstånd/diagnoser får ett optimalt omhändertagande i öppen vård, så kan generellt sett vissa inskrivningar på sjukhus undvikas.¹³ I diagrammet till höger visas utvecklingen av antalet personer (65 år och äldre) med slutenvårdstillfällen som hade kunnat undvikas/påverkas. Av diagrammet framgår att antalet personer med påverkbara slutenvårdstillfällen var lägre i Västerbotten under år 2018 än snittet för riket. Antalet har dock varierat över tid.



Sluten vård på grund av frakturer hos äldre på lår och höft bör gå att förebygga med en samordnad vård och omsorg. Fokus ligger då på kommunernas förebyggande arbete.¹⁴ I diagrammet nedan framgår att antalet fallskador bland äldre är betydligt högre i Lycksele och även i länet totalt, jämfört med riket.

Fallskador bland personer 65+, antal/100 000 inv (år 2019)



Riskbedömningar är en del av det förebyggande arbetet i den kommunala hemsjukvården. Av offentlig statistik (senior alert) framgår att hemsjukvården i relativt hög grad vidtar åtgärder utifrån de riskbedömningar som görs av patienter inskrivna i hemsjukvården.

¹³ Källa: SKR

¹⁴ Källa: SKR

Av tabellen till höger framgår att 341 riskbedömningar genomförts för totalt 185 personer i kommunens hemsjukvård. Åtgärdsplan har upprättats och åtgärder vidtagits i en övervägande del av fallen där risker identifierats.

↑ Uppåt	Unika personer	Vårdprevention			
		Riskbedömningar med risk	Bakomliggande orsaker vid risk	Åtgärdsplan vid risk	Utförda åtgärder vid risk
Lycksele kommun	185	87% ↑ 298 av 341	84% ↓ 251 av 298	95% ↓ 284 av 298	85% → 227 av 266
Trycksår		33% ↑ 114 av 341	92% ↓ 105 av 114	98% ↓ 112 av 114	83% ↑ 82 av 99
Undernäring		57% ↑ 196 av 341	89% ↓ 175 av 196	96% ↓ 188 av 196	86% ↑ 151 av 175
Fall		72% ↓ 247 av 341	92% ↓ 227 av 247	96% ↓ 238 av 247	88% ↑ 198 av 224
Munhälsa		48% ↑ 162 av 340	90% ↑ 146 av 162	97% ↑ 157 av 162	86% ↓ 127 av 147

Det finns inga styrdokument som reglerar arbetet med undvikbara återinläggningar och patienter i riskgruppen kan inte identifieras

Det finns inga rutinbeskrivningar e. dyl. som reglerar hur samarbetet mellan huvudmännen ska ske för att förhindra undvikbara återinläggningar. Av våra intervjuer framgår också att det inte sker något samarbete eller finns några system för att identifiera patienter som riskerar onödiga återinläggningar.

Mobila team som i viss utsträckning kan förhindra återinläggning finns på större orter

I Umeå finns ett flertal mobila team med olika organisering och inriktning. Dels finns kommunfinansierade team, dels regionfinansierade team tex; geriatriskt öppenvårdsteam, ortopedgeriatriskt team, demensteam och primärvårdens mobila hembesöksteam.

Mobila team upplevs i viss utsträckning kunna förhindra återinläggningar. Exempelvis kan ambulanspersonal, efter bedömning av patientens tillstånd i hemmet, kontakta läkare eller sköterska i det mobila teamet ifall vårdbehovet inte är akut och vårdplanering kan då ske av dem i hemmet. Teamen kan också göra hembesök och erbjuda provtagning och läkarkontakt för att förhindra att patienten skickas in till akutmottagningen.

Ett bekymmer upplevs vara att det i vissa fall är svårt att samordna de mobila teamen. Enligt intervjuer förekommer att vissa patienter får flera besök medan andra inte får några besök.

Mobila team finns dock inte i Lycksele.

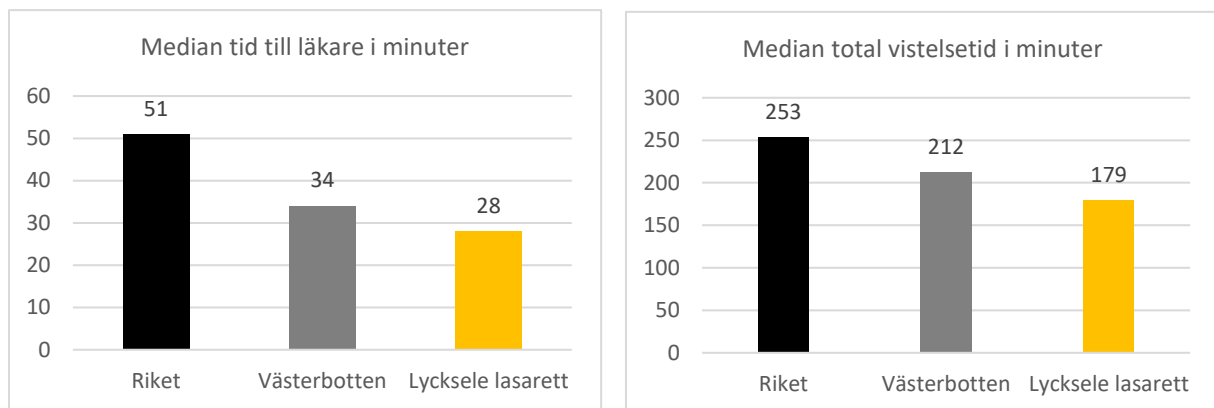
Ambulansen upplever att arbetet för att förebygga undvikbara återinläggningar bör förstärkas

Av våra intervjuer med ambulansens företrädare framgår att de kommunala verksamheterna bör utveckla sitt arbete med att identifiera den äldres vårdbehov och bedöma vilken insats/resurs som är lämplig vid eventuella komplikationer eller sjukdom. Upplevelsen är nämligen att ambulans tillkallas och får ta med den äldre till akuten i många fall som borde kunnat undvikas.

Av intervju med företrädare för akutmottagningarna framgår olika bilder i Lycksele jämfört med Umeå. I Umeå finns upplevelsen att multisjuka äldre ofta får vistas onödigt länge vid akutmottagningen. Denna patientgrupp kräver mycket omvårdnadsresurser vilket akutmottagningen inte är rustad för. Det leder ofta till att de multisjuka äldre blir nedprioriterade bland mer akuta fall. Risken med detta blir att de äldre får ligga i korridorerna för att personalen ska

kunna se dem men utan att omvårdnadsbehoven blir tillgodosedda då personalen inte har möjlighet att tillgodose dessa. I Lycksele uppges väntetiderna vara relativt korta och patientgruppen ges ofta hög medicinsk prioritering.

Av ovanstående diagram framgår att medianväntetiden för patienter i åldern 80 + är lägre i länet och Lycksele, jämfört med riket.



I Umeå har ambulansen en bedömningsbil som ofta samarbetar med de mobila teamen. Bedömningsbilen är ensam bemannad och kan åka hem till patienten vid larm och efter en bedömning av tillståndet kan den fortsatta vården övertas av det mobila teamet.

3.2.4. Rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning

Det finns styrdokument för samordning av rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning och en organisation för samverkan under uppbyggnad

Följande länsgemensamma styrdokument reglerar samverkan runt rehabilitering och hjälpmedelsförskrivning:

- ▶ Länsrutin för samverkan mellan regionen och kommunerna i Västerbotten vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (reviderad och fastställd av Länsamverkansgruppen i september 2020).
- ▶ Hjälpmedelsstrategi 2017-2021 (fastställd av regionfullmäktige och fullmäktige i Lycksele i november respektive december 2016).
- ▶ Samverkansavtal mellan hjälpmedel Västerbotten och Lycksele kommun när det gäller hjälpmedel och tjänster (juni 2019-juli 2020 med möjlighet till förlängning).

Granskningen visar att det under ett flertal år har upplevts finnas behov av en hjälpmedelskoordinator för att kunna verkställa den gemensamma hjälpmedelsstrategins intentioner. Samrådet för vård och omsorg beslutade i december 2020 att en hjälpmedelskoordinator ska rekryteras med ett tjänstestrymme på 100%, varav 50 % finansieras av kommunerna och 50% av regionen. Den nya hjälpmedelskoordinatorns uppgift blir bla att revidera de styrdokument som finns inom området.

I verksamheterna upplevs det finnas en del problem med samverkan kring rehabilitering och förskrivning av hjälpmedel

Vid våra intervjuer har det framkommit att det vid upprepade tillfällen uppstår otydligheter kring förskrivning av hjälpmedel och rehabilitering vid utskrivning från slutenvård. Vi har från

intervjuerna identifierat såväl regioninterna och kommuninterna samverkansproblem som samverkansproblem mellan huvudmännens verksamheter. En generell bild som ges är att gränsdragningsproblematiken är orsakad av att rehabilitering och hjälpmedel är en stor resurs- och kostnadsfråga och flera vi pratat med upplever att ekonomin tenderar att prioriteras före patientens bästa. Även inom detta område uppges samarbetet dock fungera bättre i Lycksele än i de större kommunerna.

Av intervju med representanter från geriatriska kliniken i Umeå framgår att patientens behov av rehabilitering eller hjälpmedel inte alltid dokumenteras vid utskrivningen från slutenvård. Orsaken är att slutenvårdens bedömningar ofta ifrågasätts och bollas tillbaka av kommunens verksamheter. Detta uppges dock inte vara gällande i Lycksele.

Nedan listar vi några konkreta exempel på situationer som nämnts vid intervjuerna och vi noterar att de flesta situationer har uppkommit pga bristande dokumentation och/eller kommunikation.

Regioninternt: Internt i regionen förekommer det att regionens rehabavdelning inte fått information från slutenvården om att patienten ska skrivas ut eller får denna information väldigt sent. Detta har resulterat i att det inte gjorts någon bedömning av vilka hjälpmedel patienten behöver för att klara de grundläggande behoven första dygnet i hemmet.

Kommuninternt: Internt i kommunen har det förekommit att beslut av biståndshandläggare inte kommuniceras med kommunens rehabavdelning. Biståndshandläggare kan ha beslutat att inte bevilja korttidsboende i ett första skede. Arbetsterapeut har därför beställt hjälpmedel och installerat anpassningsåtgärder i hemmet för att förbereda en säker hemgång. Under tiden har biståndshandläggare beslutat att bevilja korttidsboende utan att kommunicera beslutet med arbetsterapeut. Förberedelserna har då genomförts i onödan.

Mellan huvudmännen: Kommunens rehabavdelning beviljas inte alltid läsbehörighet i Prator av ansvarig hälsocentral. Det resulterar i att avdelningen inte får utskrivningsmeddelande och uppmärksammar patienten, vilket i sin tur fördröjer installation av nödvändiga anpassningsåtgärder i patientens hem. Det förekommer att hjälpmedel inte hinner installeras innan planerat utskrivningsdatum.

3.3. Uppföljning och kontroll

Uppföljning och analys av patientgruppen multisjuka äldre är för närvarande inte möjlig

Enligt Lycksele kommuns patientsäkerhetsberättelse är egenkontroller ett utvecklingsområde i hemsjukvården. Egenkontroller och analys av statistik sker i olika omfattning och inom olika områden i de granskade verksamheterna i regionerna.

Vi har dock i granskningen konstaterat att det inte finns någon uttalad och tydliggjord definition av patientgruppen multisjuka äldre. Detta innebär att det inte ens är möjligt för verksamheterna att sammanställa någon statistik som kan användas för analys av hur vården, omsorgen och samverkan runt denna patientgrupp fungerar.

Av intervjuer framgår också att det upplevs saknas fungerande systemstöd för att kunna följa upp patientgruppen multisjuka äldre.

Metoder för uppföljning av samverkan i utskrivningsprocessen är under uppbyggnad

När det gäller uppföljning av samverkan mellan regionen och länets kommuner generellt noterat vi att den dåvarande Länssamordningsgruppen i februari 2020 beslutade att uppdraga till en arbetsgrupp att göra en bedömning av vilket arbete som krävs för att ta ut data för att kunna följa upp SVU-processen. Lägesrapport har lämnats till den nya länssamverkansgruppen i september 2020 och då angavs att avsaknad av Prators versionsuppgradering har påverkat arbetet och utlovade rapporter har ej kunnat levereras. Vid intervjuer uppges att det har varit svårt att ta fram relevanta kvalitativa mått då Prators leverantör Evry inte haft förmågan att leverera den rådata som regionen behövt för att bygga egna rapporter. Målet är att ha färdiga rapporter till våren.

Regionstyrelsen följer upp sin måluppfyllelse för samverkan i delårsrapporten

Regionstyrelsens målsättning om 15 avtal om samverkan i vård och omsorg med länets kommuner följs upp i delårsrapporten för 2020. Enligt delårsrapporten har 13 upprättats och i två kommuner pågår fortfarande diskussioner om hur samverkan ska ske. Det är Lycksele och Umeå kommuner som avses.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har mottagit information om att samverkan inte är möjlig att följa upp

Hälso- och sjukvårdsnämnden har via Patientsäkerhetsberättelsen för år 2019 (HSN mars 2020) informerats om att det saknas system för att med hjälp av statistik följa upp samverkan mellan regionen och kommunerna. Nämnden informeras också om att Länssamordningsgruppen har uppdragit till en arbetsgrupp att utveckla en uppföljningsstruktur för att kunna följa relevant statistik för samverkan på övergripande och operativ nivå.

Vidare informeras nämnden via Patientsäkerhetsberättelsen om verksamheternas rutiner för läkemedelsgenomgångar och -listor (se avsnitt 3.2.1 s. 11) och nämnden beslutar att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att vid årets slut redovisa en uppföljning av läkemedelslistor. Denna information har ännu inte lämnats.

Nämndens målsättning för samverkan; Antal i samverkan med kommunerna identifierade riskområden med åtgärder har ännu inte följts upp under året. Uppföljning ska ske i samband med årsredovisning 2020.

Socialnämnden i Lycksele följer upp avvikelser i samarbetet

I socialnämndens patientsäkerhetsberättelse 2019 (SN februari 2020) följs vissa avvikelser i samverkan med regionen upp. Av rapporten framgår följande:

- ▶ 31 avvikelser mot slutenvården där rutiner runt trygg och säker utskrivning ej följts, brister i läkemedelsordinationer samt brister i rutiner vid utskrivning.
- ▶ 9 avvikelser mot primärvården gällande rutiner för brister i läkemedelsordinationer och fördröjd läkarkontakt.
- ▶ Mot kommunen har det inkommit 10 stycken avvikelser gällande rutiner vid in- och utskrivning vid annan vårdgivare.

4. Sammanfattande bedömning

Vår sammanfattande bedömning är att ansvariga nämnder inte har säkerställt att samverkan mellan huvudmännen i omsorgen och vården av multisjuka äldre genomförs på ett ändamålsenligt sätt.

Revisionsfråga	Bedömning
Styrning - har styrelse och nämnder säkerställt att:	
<p>Det finns tillräckliga och aktuella mål, riktlinjer och övriga styrdokument för samverkan runt multisjuka?</p> <p>Det finns en tydliggjord ansvarsfördelning mellan verksamheter och huvudmän?</p>	<p>Delvis. En gemensam målbild för samarbetet mellan parterna håller på att upprättas i den nya beslutade samverkansstrukturen. Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har satt mål för sin samverkan med kommunerna. Lycksele kommuns socialnämnd har dock inga målsättningar som rör samverkan generellt eller patientgruppen multisjuka äldre specifikt.</p> <p>Det finns inga styrdokument eller ansvarsfördelning specifikt för samarbetet runt patientgruppen multisjuka, dock finns ett flertal avtal/överenskommelser och styrdokument som syftar till att reglera ansvaret och olika delar av samverkan mellan huvudmännen generellt. Utifrån våra intervjuer har vi uppfattat att det inte saknas reglering eller styrning av samverkan och huvudmännens ansvar, på övergripande nivå. I det praktiska arbetet finns dock utrymme för tolkningar inom olika områden, huvudsakligen orsakat av oenighet kring vem som ska bära kostnaderna för insatserna.</p>
<p>Det finns en tillräcklig organisatorisk samverkan mellan region och kommuner för vård av multisjuka äldre?</p>	<p>Delvis. En ny generell samverkansstruktur har beslutats av fullmäktigeförsamlingarna i regionen och i Lycksele kommun och samverkansforum på olika nivåer håller för närvarande på att formalisera sitt arbete i enlighet med denna överenskommelse. Frågor som rör vuxna och äldre generellt ska hanteras i en särskild beredning. Vi bedömer att förutsättningarna för ett gott samarbete är bättre i denna organisation än i den förra. Vi har dock uppmärksammat två avvikelser från den beslutade överenskommelsen. Dels är den lokala samverkansstrukturen på politisk- och tjänstepersonnivå ännu inte klargjort i Lycksele och i Umeå. Dels har det nya hjälpmedelsrådet ännu inte organiserats.</p> <p>Parallellt med denna organisation finns tre geografiskt indelade styrgrupper för arbetet med god och nära vård. Patientgruppen multisjuka äldre har identifierats som en prioriterad patientgrupp att utveckla samverkan kring, av styrgruppen i Umeåregionen. Södra Lapplands styrgrupp har andra fokusområden.</p>
<p>Det genomförs en rimlig kompetensutveckling bland personalen för att möta vårdbehovet hos äldre som är multisjuka?</p>	<p>Nej. I samband med att lagen om samverkan vid utskrivning infördes (i början av år 2018) genomförde regionen tillsammans med länets kommuner en större länsövergripande satsning på utbildning i samordnad individuell planering. Denna upplevdes som värdefull av de vi intervjuat. Det sker dock ingen regelbunden eller gemensam kompetensutveckling när det gäller samverkansfrågor mellan huvudmännen eller patientgruppen multisjuka äldre specifikt, vilket vi bedömer att det finns behov av.</p>
Samverkan i praktiken - finns det i verksamheterna fungerande:	
<p>Rutiner för korrekta läkemedelslistor och läkemedelsgenomgångar?</p>	<p>Nej. Av hälso- och sjukvårdsnämndens senaste patientsäkerhetsberättelse framgår att regionens mål om läkemedelsgenomgångar och rutiner för korrekta läkemedelslistor inte har uppnåtts. Endast 40 % av hälsocentralerna</p>

	<p>och 74 % av slutenvården uppger att de har en rutin för uppdaterad läkemedelslista vid besök/utskrivning och antalet läkemedelsgenomgångar har minskat stället för att öka under året.</p> <p>Här vill vi också uppmärksamma hälso- och sjukvårdsnämnden på att en relativt hög andel av Lycksele kommuns omsorgstagare har olämpliga läkemedel förskrivna.</p>
<p>Informationsöverföring mellan verksamheter och mellan huvudmän?</p>	<p>Nej. Det enskilt största problemet som har framhållits under vår granskning när det gäller samarbetet mellan parterna är den bristande informationsöverföringen i Prator. Vi har från våra intervjuer uppfattat att problemen främst gäller systemets begränsningar men även begränsade behörigheter och okunskap/ovana att använda systemet.</p> <p>De upplevda svårigheterna resulterar i vissa fall till att problem löses via andra kontaktvägar, exempelvis telefon. Samarbetet upplevs i flera fall fungera bättre i Lycksele än i större orter med anledning av det fåtal personer som är inblandade vilket gör det är lätt att kontakta motparten. Det är naturligtvis positivt att initiativ tas i verksamheterna för att samarbetet i varje enskilt fall ska fungera smidigt. Här vill vi dock uppmärksamma styrelsen och nämnderna på den påtagliga risken för minskad möjlighet till kvalitetssäkring och kontroll av hur samverkansprocessen fungerar, i de fall samarbetet inte dokumenteras i ett system för kommunikation som är avsett för detta.</p>
<p>Rutiner för utskrivning, vårdplanering och mottagande av utskrivningsklara patienter?</p> <p>Rutiner för fasta vårdkontakter?</p>	<p>Det finns styrdokument som reglerar utskrivning, vårdplanering och mottagande men de följs inte alltid enligt intervjuer. I vissa fall görs också olika tolkningar av innehållet.</p> <p><i>Utskrivning</i> Det är inte möjligt att på ett revisionellt vis kontrollera i vilken utsträckning lagen och länsrutinen efterlevs när det gäller inskrivningsmeddelanden som ska skickas från slutenvården till mottagande part. Inskrivningsmeddelanden kan ha betydelse för i vilken grad patienter kan skrivas ut när de är utskrivningsklara. Det mesta av den statistik vi efterfrågat runt inskrivningsmeddelanden har inte varit möjlig att plocka ut ur Prator. Den statistik vi erhållit indikerar dock att andelen skickade inskrivningsmeddelanden är högre från slutenvården i Lycksele jämfört med i länet i stort.</p> <p><i>Fast vårdkontakt</i> Det är inte heller möjligt att på ett revisionellt vis kontrollera i vilken utsträckning fasta vårdkontakter utses för multisjuka äldre då det inte har varit möjligt att plocka fram denna information från Prator. Av våra intervjuer framgår att den fasta vårdkontakten ofta tilldelas per automatik då det är den som mottar/kvitterar inskrivningsmeddelandet i Prator som blir registrerad som fast vårdkontakt. Dock är vårdkontaktens uppdrag och roll inte tydliggjord och det är oklart hur funktionen ska fungera i praktiken.</p> <p><i>Mottagande</i> Offentlig statistik som kan användas för att kontrollera hur samordning, planering och mottagande fungerar indikerar att samverkan runt mottagandet kan förbättras. Exempelvis är vårdtiden och antalet vårdtillfällen för utskrivningsklara patienter 65 år och äldre högre i Lycksele än i länet och riket.</p> <p><i>Vårdplanering/SIP</i> Det är inte möjligt att revisionellt kontrollera i vilken utsträckning SIPar upprättas för multisjuka äldre då det inte har varit möjligt att plocka fram denna information från Prator. De vi intervjuat upplever dock att faktiska SIPar alltför sällan upprättas och att det i vissa fall är oklart vilka funktioner som ska kallas till och delta i vårdplaneringen. Vidare framgår att Lycksele kommun</p>

	<p>sedan april 2018 har bestridit 24 fakturor från regionen omfattande totalt 835 300 kr. Detta eftersom SIPar inte genomförts i enlighet med lagstiftning och den beslutade länsrutinen.</p> <p>Vi har uppfattat det så att samverkan generellt sett upplevs fungera bättre i Lycksele än i Umeå.</p>
Arbetsätt för att förhindra undvikbara återinläggningar?	<p>Nej. Det finns inga styrdokument som reglerar hur arbetet med undvikbara återinläggningar ska ske. Vi har också uppmärksammat att patienter i riskgruppen inte ens kan identifieras.</p> <p>Offentlig statistik indikerar att arbetet för att förhindra onödiga återinläggningar kan förbättras. Exempelvis är andelen oplanerade återinskrivningar för de mest sjuka äldre högre i Västerbotten jämfört med snittet för riket. En hög andel kan indikera en alltför tidig utskrivning från slutenvård och att uppföljning och fortsatt omhändertagande inte är tillräckligt samordnat. Antalet fallskador bland äldre är betydligt högre i Lycksele och även i länet totalt, jämfört med riket. Ett högt antal kan indikera brister i det förebyggande arbetet.</p>
Rutiner för rehabilitering och hjälpmedel?	<p>Nej. Det finns styrdokument för samordning av rehabilitering och hjälpmedel men dessa är i behov av revidering.</p> <p>Det nya hjälpmedelsrådet för samverkan är ännu inte formerat. Det har under flera års tid upplevts finnas behov av en hjälpmedelskoordinator för att kunna verkställa den beslutade hjälpmedelsstrategins intentioner och beslut har nyligt fattats av Samrådet för vård och omsorg att rekrytera en sådan.</p> <p>I verksamheterna upplevs det finnas en del problem med samverkan kring rehabilitering och hjälpmedel. De upplevda problemen rör såväl det interna samarbetet mellan olika verksamheter hos respektive huvudman som samarbetet mellan huvudmännen. Samtliga samverkanssvårigheter bedömer vi vara orsakade av bristande dokumentation och/eller kommunikation och oenighet om vem som ska stå för kostnaderna.</p>
Uppföljning och kontroll - har styrelse och nämnder följt upp och analyserat:	
<p>Verksamheternas egenkontroller och avvikelshantering?</p> <p>Att samverkan fungerar som den ska?</p> <p>Vårdens/omsorgens resultat och effekter för de multisjuka äldre?</p>	<p>Nej, inte i tillräcklig omfattning. Vi har i granskningen konstaterat att det inte finns någon uttalad och tydliggjord definition av patientgruppen multisjuka äldre. Detta innebär att det inte ens är möjligt för verksamheterna att sammanställa någon statistik som kan användas för analys av hur vården, omsorgen och samverkan runt denna patientgrupp fungerar.</p> <p>På uppdrag av Länssamordningsgruppen pågår ett arbete för att hitta metoder för uppföljning av samverkan vid utskrivningsprocessen. Avsikten är att arbetet ska vara klart våren 2021. Av intervjuer framgår dock att det upplevs saknas fungerande systemstöd för att kunna följa upp samverkan runt patientgruppen multisjuka äldre.</p> <p>Regionstyrelsen följer upp måluppfyllelsen för sitt mål om samverkan i delårsrapporten. Vi tolkar det som att målet inte har uppfyllts då lokala avtal för samverkan fortfarande saknas i två av länets kommuner.</p> <p>Hälso- och sjukvårdsnämnden har informerats om att samverkan inte är möjlig att följa upp. Nämnden har i övrigt mottagit vissa begränsade statistikuppgifter som rör detta granskningsområde via patientsäkerhetsberättelsen. Måluppfyllelsen för nämndens mål som rör samverkan har ännu inte redovisats.</p>

	Socialnämnden i Lycksele följer upp rapporterade avvikelser i samverkansprocessen.
--	--

Utifrån granskningsresultatet rekommenderar vi regionstyrelsen att:

- ▶ Påskynda arbetet med ett fungerande verksamhetssystem för samverkan och informationsöverföring mellan regionen och kommunerna.

Vi rekommenderar hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- ▶ Säkerställa att den nya samverkansstrukturen genomförs till fullo i enlighet med den beslutade överenskommelsen. För närvarande saknas lokala överenskommelser för samverkan på politisk- och tjänstemannanivå samt ett hjälpmedelsråd för samverkan runt hjälpmedel.
- ▶ Tydliggöra den fasta vårdkontaktens uppdrag och roll.
- ▶ Påskynda arbetet med ett fungerande verksamhetssystem för samverkan och informationsöverföring mellan regionen och kommunerna.
- ▶ Överväg att initiera gemensamma utbildningsinsatser i frågor som rör samverkan med kommunerna.
- ▶ Utveckla arbetet med undvikbara återinläggningar och ta fram metoder för att identifiera patienter i riskgruppen för detta.
- ▶ Säkerställa att metoder utvecklas för uppföljning och kontroll av hur samverkan fungerar. I väntan på egen statistik, använd nationell statistik för jämförelser med andra regioner och analys av utvecklingen över tid.
- ▶ Besluta om en gemensam definition av multisjuka äldre för att möjliggöra uppföljning av samverkan runt denna patientgrupp.

Vi rekommenderar socialnämnden i Lycksele kommun att:

- ▶ Överväg att målsätta sin samverkan med regionen.
- ▶ Utveckla arbetet med undvikbara återinläggningar och ta fram metoder för att identifiera patienter i riskgruppen för detta.
- ▶ Säkerställa att metoder utvecklas för uppföljning och kontroll av hur samverkan fungerar. I väntan på egen statistik, använd nationell statistik för jämförelser med andra kommuner och analys av utvecklingen över tid.
- ▶ Besluta om en gemensam definition av multisjuka äldre för att möjliggöra uppföljning av samverkan runt denna patientgrupp.

Skellefteå/Umeå den 18 januari 2021

Linda Marklund
*Certifierad kommunal
revisor, EY*

David Larsson
Revisionskonsult, EY

Magdalena Otterhall
Revisionskonsult, EY