



Mest sjuka äldre - samgranskning

Dalarna

Revisionsrapport

Landstinget Dalarna

KPMG AB

2018-01-26

Antal sidor 26

Antal bilagor 1



Landstinget Dalarna
Mest sjuka äldre - samgranskning Dalarna
KPMG AB
2018-01-26

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning och rekommendationer	1
2.1	Rekommendationer	2
3	Inledning/bakgrund	4
3.1	Revisionsfrågor	5
3.2	Avgränsning	7
3.3	Projektorganisation/granskningsansvariga	7
3.4	Metod och projektorganisation	7
4	Resultat av granskningen	8
4.1	Övergripande om de mest sjuka äldre	8
4.2	Organ och samarbete i länet och landstingets deltagande	12
4.3	Uppgiftsansvar och helhetssyn	17
4.4	Arbetet i praktiken med målgruppen	18
4.5	Beredskap inför den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård	26

Bilaga Metod

1 Sammanfattning och rekommendationer

KPMG har granskat vård- och omsorgen för gruppen mest sjuka äldre i Dalarna.

Syftet med granskningen har varit att undersöka om planeringen av vården inom kommunerna och landstinget sker utifrån relevanta förutsättningar och senaste kunskaper på området. Granskningen har även undersökt om det finns goda förutsättningar att skapa en sammanhållen vård och omsorg för målgruppen. Denna rapport har fokuserat på Landstinget Dalarna.

Granskningen kommer sammanfattningsvis fram till att mer finns att göra för denna patientgrupp i syfte att säkerställa en sammanhållen vård. Vår andra övergripande bedömning är att mycket finns på plats och fungerar väl och att förutsättningarna är goda att ytterligare förbättra vård och omsorg för de mest sjuka äldre.

Mycket har redan skett i form av olika projekt etc. men det framstår trots det som att styrningen av vården för denna angelägna grupp är fragmentarisk och att landstinget har svårigheter att sprida välfungerande arbetssätt så att de används överallt. Ett undantag från detta menar vi är det arbete och det synsätt inom primärvården som innebär att patienter som klassas som "sköra" kan identifieras och vid behov ägnas särskild uppmärksamhet. Ändå blir den sammantagna bilden en för fragmentarisk styrning där ett konkret exempel är att ingen egentligen har en tydlig bild av hur vård och omsorg sammantaget utfaller för gruppen mest sjuka äldre. Det saknas en gemensam och faktabaserad utgångspunkt kring vilka de starka sidorna är och vilka angelägna förbättringsområden som finns i ett länsperspektiv. Uppenbart finns tillgång till en hel del data men brister i dataunderlag eller analyskapacitet leder till att ingen tydlig uppföljning sker av de angelägna mål som formulerats för målgruppen via regionens organ. Om detta skedde skulle det gemensamma arbetet kring målgruppen tydligare kunna riktas mot de mest angelägna förbättringsområdena.

Huvudmännen har i den samverkan som sker via Region Dalarna etablerat en formellt sett tydlig och lämplig samverkansstruktur sedan flera år. Med mindre kompletteringar och justeringar är vår bedömning att denna struktur (inklusive de som finns lokalt) kan bli ännu mer verkningsfull i syfte att skapa en sammanhållen och högkvalitativ vård och omsorg för målgruppen. Följande delar kan enligt vår bedömning stärka arbetet:

- Landstinget bör verka för att den roll som i rapporten kallas *uppgiftsansvar i ett systemperspektiv*, tydliggörs och tilldelas en samordnande funktion inom Region Dalarna.
- Det finns i flera kommuner lokala samverkansgrupper som arbetar med målen från RUG-äldre i ett lokalt perspektiv. Säkerställ att dessa grupper arbetar med att följa upp sina lokala mål.
- Basera nästa års arbete inom RUG-äldre (och eventuella justeringar i målen) på en uppföljning av gällande mål och inte enbart på aktivitetsuppföljning. Låt de lokala samverkansgruppernas måluppföljning vara en viktig del i måluppföljningen på regionnivå.

- Klargör vilket formellt ansvar respektive huvudman har för att målen i RUG-äldre infrias.

Landstinget har för egen del hittills haft en tunn samlad uppföljning kring målgruppen. Genom beslut nyligen i HSN tillförs vissa styrsignaler och viss uppföljning som direkt kopplar till de mest sjuka äldre. Den uppföljning som presenteras i rapporten om undvikbar sjukhusvård och återinskrivningar är inte idag en del av en regelmässig uppföljning utan framtagna utifrån frågor i denna granskning. Utfallen liksom det som framkommer i flera intervjuer tyder på att det finns en potential att minska andelen patienter i denna grupp som i onödan vårdas på sjukhus. Ett fortsatt arbete är nödvändigt och många initiativ pågår. Planerna på en förstärkt närsjukvård, utökat uppdrag inklusive ökad ersättning till vårdcentraler med anledning av den nya lagen om samverkan vid utskrivning är viktiga exempel. Även mer konkreta åtgärder planeras t.ex. ett digitalt triageringsstöd och utökade möjligheter till vårdplanering via videolänk.

Ett angeläget arbete har lagts ner på att skapa gemensamma vårdprogram för sjukdomstillstånd som har stor relevans för målgruppen mest sjuka äldre.

Eventuellt kan den identifiering av "sköra" som primärvården gör, användas för att mer konkret definiera målgruppen mest sjuka äldre gemensamt med kommunerna.

En utveckling som innebär att kommunerna och landstinget kan dela journalinformation utan extra manuellt arbete skulle underlätta och förbättra samverkan.

Den nya lagen om samverkan vid utskrivning innebär att en fast vårdkontakt ska utses för patienter som har behov av en sådan. Den fasta vårdkontakten ska finnas inom landstingets öppenvård. Innebörden av funktionen fast vårdkontakt är att härigenom tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Parat med kravet på att i samverkan med berörda i kommunen upprätta en samordnad individuell plan, blir den fasta vårdkontakten en angelägen förstärkning i att säkerställa en sammanhållen vård och omsorg. Möjligheten att på detta sätt stärka sammanhållningen har funnits länge men inte nyttjats tillräckligt. Det återstår att se vilken inverkan lagkravet får kring detta. Om den nya lagen innebär att fast vårdkontakt utses liksom att samordnade individuella planer upprättas, har en stor del av det som avses med uppgiftsansvar i individperspektiv i denna granskning infriats. Primärvården har erhållit resursförstärkningar för att klara sitt uppdrag. Vår enkät till vårdcentralchefer visar fortsatta svårigheter på vissa håll att bemanna. En fjärdedel av de svarande uppger också brister i samsynen kring hur samverkan ska ske lokalt. Ett oklart område tycks vara hemsjukvården och den praktiska uttolkningen av vilka patienter som ska ha rätt till hemsjukvård.

I en formell mening har huvudmännen i Dalarna en god beredskap kopplat till de nya kraven som följer av lagen. Det återstår att se hur den praktiska tillämpningen faller ut.

2.1 Rekommendationer

Mot bakgrund av genomförd granskning rekommenderar vi landstinget att:

- Verka för att förtydliga uppdraget till utvecklingsledarna på Region Dalarna i syfte att inrymma den roll som i denna granskning omnämns som *uppgiftsansvar i ett systemperspektiv*.

- Verka för att uppställda mål i RUG-äldre tydligt följs upp och bildar grund för fortsatt inriktning på arbetet med målgruppen.
- I samarbete med kommunerna precisera och överenskomma när medicinska bedömningar måste ske genom fysiskt besök, när läkarbedömning är ett krav, när bedömning kan ske via telefon / video etc.
- Förbättra förmågan att breddinföra arbetssätt som visats vara effektiva.
- Vidta åtgärder för att säkerställa att en jämlik vård ges till målgruppen i länets olika delar.
- Säkerställa en enhetlig tolkning av reglerna kring vem som har rätt till hemsjukvård.

3 Inledning/bakgrund

Samhällets kostnader för de mest sjuka äldre är betydande. Denna grupp har ett mångfacetterat behov av stöd och hjälp som förutsätter effektiv samverkan mellan huvudmän. Under relativt lång tid har kommuner och landsting arbetat med att få ordning på detta och det har genomförts stora nationella satsningar på området.

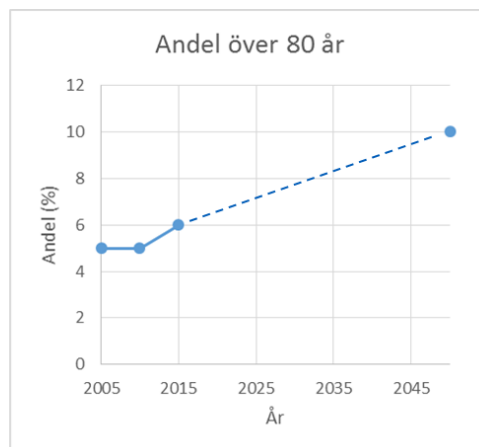
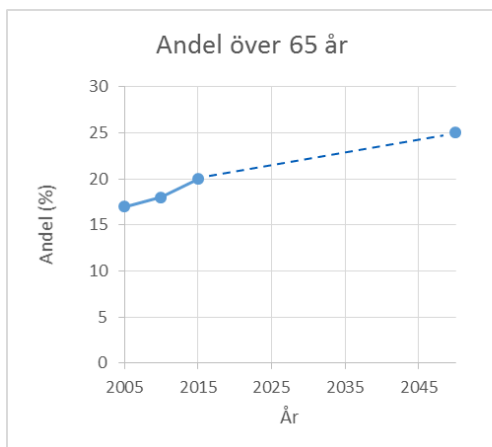
Enligt SKLs utvärdering år 2015 av "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre" uteblev de mest angelägna förbättringarna. Med detta avses särskilt:

- En svag helhetssyn kvarstår
- De äldre "skjutsas runt" bland enheter utan samordning

Svagheterna kvarstår således i hög grad.

I Sverige finns ca 1,9 miljoner människor som är över 65 år. Cirka 18 procent av dessa - 300 000 personer – kan hänföras till gruppen mest sjuka äldre. En grov approximation (som bygger på Dalarnas andel av Sveriges befolkning) innebär att det i Dalarna finns omkring 9 000 personer som hör till denna grupp.

Fram till år 2050 innebär den förändrade demografin att betydligt fler personer - utöver dagens nivåer - riskerar att tillhöra gruppen mest sjuka äldre. Under perioden 2015 – 2050 beräknas andelen 65 år och äldre öka med nästan 25% i ett riksperspektiv medan andelen 80 år och äldre nästan dubblas.



Pensionsavgångar liksom rekryterings svårigheter inom vård och omsorg, bidrar till att gapet ökar mellan tillgängliga resurser och behovet av stöd och vård.

Den 1 januari 2018 införs en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Den nya lagen ställer bl.a. högre krav på kommuner att snabbt ta över utskrivningsklara patienter som behöver kommunal vård- och omsorg och högre krav på landstingets primärvård att agera som den äldres fasta vårdkontakt.

Mot denna bakgrund finns skäl för revisorer i kommuner och landsting att granska att den kommunala vård- och omsorgen liksom landstingets hälso- och sjukvård känner till och planerar utifrån dessa förutsättningar. Granskningen bör också undersöka om huvudmännen tillämpar senaste kunskaper på området.

3.1 Revisionsfrågor

Syftet med granskningen är:

- att bedöma om den kommunala vård- och omsorgen respektive landstingets hälso- och sjukvård planeras utifrån relevanta förutsättningar och senaste kunskaper på området
- att undersöka om det finns goda förutsättningar att skapa en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre.

Delfrågor och svar utifrån granskningen:

1. Har landstinget en långsiktig plan och strategi för att möta utmaningarna kopplade till gruppen mest sjuka äldre?
 - På länsnivå bedrivs ett arbete inom ramen för RUG-äldre. Grunden är de mål som utarbetades inom ramen för den nationella satsningen på målgruppen åren 2011 - 2014. Preciseringar på lokal nivå sker på de flesta håll i lokala samverksansgrupper. Gruppernas arbete bör utvecklas genom att införa uppföljning och utvärdering av tidigare mål och insatser. Inom Landstinget Dalarna har styrningen explicit kring denna målgrupp varit svag. Nyligen har via beslut i HSN vissa styrsignaler tillkommit liksom krav på uppföljning.
2. Har landstingets planering tagit hänsyn till senaste kunskaper och erfarenheter på området?
 - Vi bedömer att landstinget delvis har tagit hänsyn till detta.
3. Finns idag eller planeras uppgiftsansvar för de mest sjuka äldres helhetssituation? (både individ och systemperspektiv)
 - Nej, men delar av detta ingår i befintliga roller lokalt (fast vårdkontakt) och på regionnivå.
4. Har berörda nämnder identifierat kritiska områden (inom vilka nya tjänster eventuellt behövs) där åtgärder behöver vidtas för att förbättra situationen för de mest sjuka äldre?
 - Frågan endast relevant för kommunerna.
5. Har berörda nämnder säkerställt att utförarna har tillräcklig förmåga att tillhandahålla vård- och omsorgstjänster utifrån målgruppens specifika och individuella behov?
 - Frågan mest relevant för kommunerna.
6. Har nämnderna säkerställt att en tillfredsställande samordning finns av aktörers insatser? (Gränssnitten mellan huvudmän är särskilt viktiga.)
 - Vår bedömning är att det finns mer att göra i detta avseende. Att alla huvudmän ställt sig bakom regelverket kopplat till den nya lagen är positivt och lovande beträffande samordningen. Rollen som

uppgiftsansvarig på regionnivå är ett sätt att ytterligare säkerställa detta inklusive att säkerställa att samverkansarbetet lokalt utgår ifrån målen i RUG-äldre.

7. Finns tillgång till hälso- och sjukvård dygnet runt, samordnad med kommunens äldreomsorg?
 - Det framstår som att landstinget har svårt att leva upp till nivå på läkarinsats som avtalats med Falu kommun. Vi rekommenderar att en precisering och överenskommelse sker om när sådana bedömningar måste ske genom fysiskt besök, när läkarbedömning är ett krav, när bedömning kan ske enligt telefon / video etc.
8. Säkerställer berörda nämnder att alla inblandade (politiker, biståndsbedömare, övriga tjänstemän och utförare i kommun och landsting) involverar de mest sjuka äldres anhöriga i planering och utformning av vård- och omsorg?
 - Frågan är mest relevant i kommunernas arbete. Landstingets pensionärsråd tar i begränsad grad upp denna typ av frågor.
9. Finns ett uttalat fokus på att förebygga försämring och förebygga behov av sjukhusvård och vilka konkreta uttryck finns för det? (Undersöks såväl utifrån kommun/omsorgsperspektiv som utifrån ett sjukvårdsperspektiv)
 - Det har funnits och finns flera projekt som har haft ambitioner kring detta, tex att förhindra återinläggningar. Svårigheter finns dock att skala upp försök till breddinförande.
10. För äldre i denna grupp som behöver sjukhusvård: Hur säkerställer landstinget och kommunen att kunskap och dokumentation (t.ex. från SIP - Samordnad individuell plan) om den äldre tillgängliggörs och används i samband med vården?
 - Det länsgemensamma IT-verktyget SVPL används. Från både kommunen och från landstinget framförs att vårdplaneringsmötena ibland saknar deltagare från den andra huvudmannen. Vi bedömer att informationsvägar finns som kan fungera. Dagens bekymmer är snarare uttryck för ett hanteringsfel än ett systemfel. Ansvaret för genomförande av gemensamma planer tydliggörs nu i samband med införandet av den nya lagen om samverkan vid utskrivning.
11. Hur säkerställs en helhetssyn i vård- och omsorg om de mest sjuka äldre mellan kommuner och landsting
 - Organisation / gemensamma organ / samverkan
 - En samverkansorganisation på flera nivåer finns i Region Dalarnas regi. Utöver detta finns lokala samverkansgrupper.
 - Ekonomi / ersättning / kostnadsfördelning
 - Inga konkreta exempel har framkommit där viktiga insatser har skett för att förbättra situationen för målgruppen och där

konstnadskonsekvenser har reglerats i efterhand mellan kommun / landsting.

- Gemensam uppföljning / fokus på kvalitet och värdeskapande
 - Den övergripande uppföljning som finns berör de mål som utarbetats av RUG-äldre. Det som följs upp är dessvärre enbart de aktiviteter som ska genomföras inom ramen för arbetet i RUG-äldre. Följden blir att ingen har svaret på frågan: Hur bra är vården och omsorgen för de mest sjuka äldre i Dalarna.

12. Vilken beredskap finns hos huvudmännen i länet (de som deltar i granskningen) att möta kraven i den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som börjar gälla 1 januari 2018?

- Beredskapen är god. Arbetet har pågått under året med att forma länets egen tillämpning av den nya lagen. Samtliga huvudmän har fastställt reglerna.

3.2 Avgränsning

Denna rapport avser Landstinget i Dalarna och ansvariga nämnder är Landstingsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden.

3.3 Projektorganisation/granskningsansvariga

Granskningen har utförts av Andreas Endrédi, projektledare och certifierad kommunal revisor tillsammans med Örjan Garpenholt, granskare.

De intervjuade har erbjudits möjlighet att sakgranska rapporten.

3.4 Metod och projektorganisation

Föreliggande rapport är en av flera rapporter. Här redovisas våra iakttagelser och bedömningar kopplade till landstinget och till arbetet inom Region Dalarna. En samlad bild och en övergripande analys framgår av granskningens huvudrapport. I den ingår således även det som framkommit i granskningen av de tolv kommuner som deltar i detta uppdrag.

En beskrivning över använd metod och projektorganisation återges i bilaga.

4 Resultat av granskningen

4.1 Övergripande om de mest sjuka äldre

4.1.1 Strukturella förutsättningar i Dalarna

Hemsjukvård i kommunal regi

Överföringen av hemsjukvården från landstinget till de 15 kommunerna i Dalarnas län genomfördes i januari 2013. Hemsjukvården omfattar hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå som ges i bostaden för dem som på grund av sin sjukdom eller funktionsnedsättning inte på egen hand kan, inte heller med stöd kan, ta sig till vårdcentral eller mottagning. Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret omfattar alla åldrar, alla dagar och hela dygnet. Den specialiserade vården är även fortsättningsvis ett ansvar för landstinget.

I uppdraget ingår sjuksköterske- / distriktssköterskeinsatser samt rehabiliteringsinsatser utförda av arbetsterapeut och sjukgymnast. Landstinget ansvarar även fortsättningsvis för läkarinsatser.

Avtal om läkarinsatser

Överenskommelser finns sedan 2013 mellan landstinget och länets kommuner om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Överenskommelserna innebär bl.a. att tillgång till läkarmedverkan ska finnas dygnet runt alla dagar i veckan.

Enligt flera av de intervjuade i kommunerna lever läkarmedverkan inte upp till denna överenskommelse. Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande menar också att landstinget inte riktigt lyckats tillhandahålla den överenskomna nivån på läkarmedverkan. Orsaken är vanligen svårigheter att rekrytera läkare.

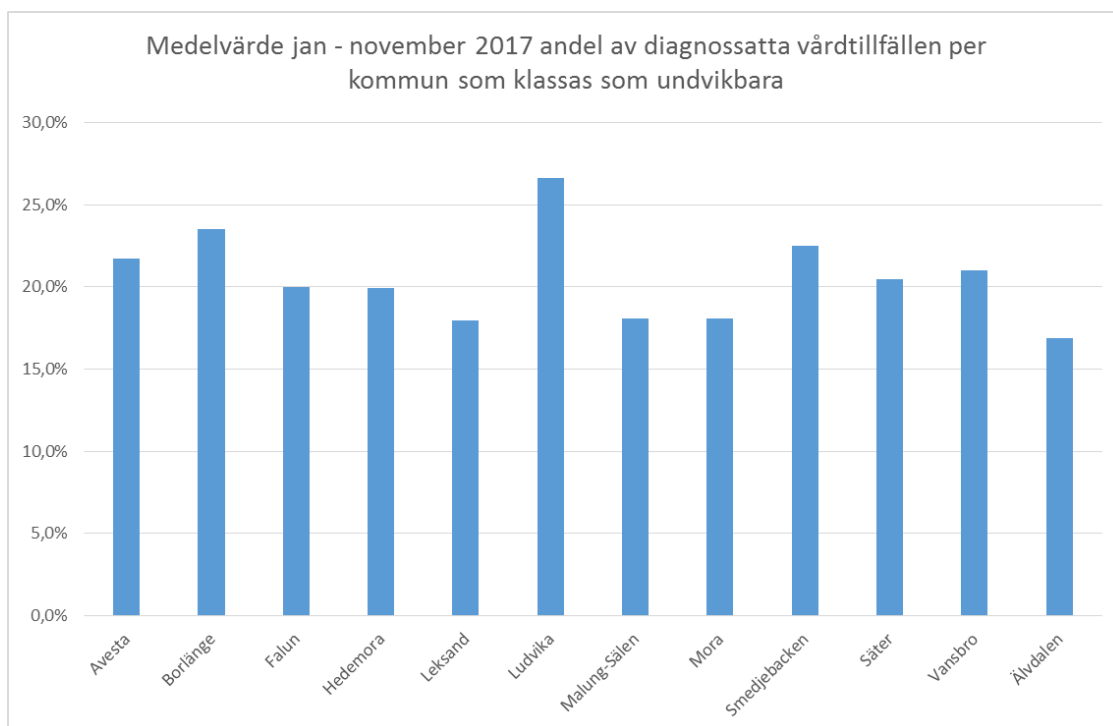
Närsjukvård, SLVP och nya lag om samverkan vid utskrivning

Beskrivningar om dessa teman har funnits lämpligare att ta med i senare avsnitt i denna rapport.

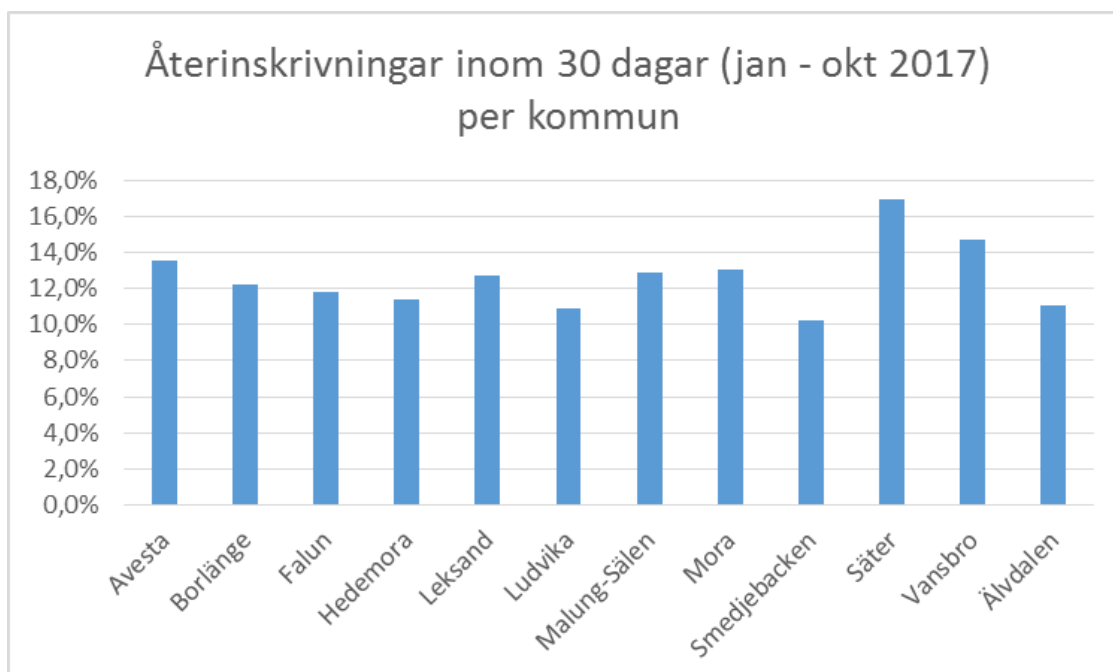
4.1.2 Dataunderlag och kunskap om hur bra vård och omsorg de mest sjuka äldre får

Landstinget gör inte regelmässigt en sammanställning av data för att fånga utfallet av vården för denna målgrupp. Följande information finns dock och används på olika sätt:

- Primärvården vet hur många av de listade på varje vårdcentral som kan kategoriseras som "sköra". (Se bild i avsnitt 4.3 – Primärvården)
- Andel patienter som vårdas för sådant som kan kategoriseras som undvikbar sjukhusvård



- Andel återinskrivningar (för samma diagnos) inom 30 dagar



4.1.3 Mål och strategi

Bättre liv för sjuka äldre

Landstinget Dalarna har deltagit i den nationella satsningen på mest sjuka äldre. I Region Dalarnas regi utformades "Gemensam strategisk plan Bättre liv för sjuka äldre 2012 -2015". I dokumentet diskuterades definition för och bedömdes antalet mest sjuka äldre i länet. Ett antal mål formulerades (de faktiska målen redovisas längre fram).

Efter att den nationella satsningen är avslutad har arbetet i regionen övergått till "Regional utvecklingsgrupp äldre" (RUG-äldre).

Styr signaler inom Landstinget Dalarna

I landstingsplanen 2018 – 2020 kan följande hämtas med bäring på den målgrupp som står i fokus i denna granskning:

"Att säkra vård och omsorg för de mest sjuka äldre framstår allt mer som en av de största utmaningarna." Utvecklingsarbete kopplat till E-hälsa, närsjukvård, länets samverkansplattform för vård och omsorg samt systematiskt hälsofrämjande arbete är åtgärder som tas upp för att nå detta.

På hälso-och sjukvårdsnämndens sammanträde i maj 2017 beslutades övergripande mål och strategier för patientsäkerhetsarbetet. Ett av delmålen handlar om riskförebyggande arbetssätt/preventivt arbete där resultatmått är:

- Andel patienter över 65 år där registrering, riskbedömning och identifierade åtgärder genomförts ska öka i förhållande till totala antalet patienter över 65 år.
- Trycksår grad 1-4 ska inte överstiga 5%.

Källa till informationen är kvalitetsregistret Senior Alert.

I hälso-och sjukvårdsnämndens internkontrollplan för 2017 kan tre av de tio kontrollområdena kopplas till mest sjuka äldre:

- Att vårdplanering sker för utskrivningsklara patienter – Uppföljningsmetod: stickprovskontroller av detta för patienter över 80 år i eget boende. (ej definierat hur stort stickprov som ska göras)
- Undvikbar slutenvård – Uppföljning av undvikbara vårdtillfällen per vårdavdelning.
- Läkemedelsgenomgångar för personer över 75 år enligt föreskrift – Uppföljningsmetod ej definierad.

Det framgår att internkontrollplanen i sin helhet ska följas upp senast i samband med behandling av årsredovisningen för 2017.

Professionella riktlinjer

I Dalarna finns ett flertal gemensamma vårdprogram utarbetade för omhändertagande av patienter med vissa specifika sjukdomstillstånd. Exempel är hjärtsvikt och demens.

4.1.4 Kommentarer

Landstinget har tillgång till vissa data om den målgrupp som granskas. Styrsignaler som är relevanta för mest sjuka äldre finns dels genom att Landstinget Dalarna deltar i regionens arbete och de mål som där finns dels genom styrsignaler i den egna budgeten.

Metoden för uppföljning av respektive kontrollmoment har i varierande grad varit färdigställda i beslutsunderlaget till HSN. Trots detta har HSN fastställt internkontrollplanen. Flera av kontrollmålen har en tydlig koppling till gruppen mest sjuka äldre.

Kommentar till diagrammen: Relativt stora variationer i utfallet kan noteras mellan de tolv kommunerna. Andelen patienter som vårdas för undvikbar sjukhusvård varierar mellan 17% - 27%. Motsvarande andel gällande återinskrivning inom 30 dagar varierar mellan 10% - 17%. Denna typ av uppgifter är intressanta att följa både i ett landstings- och kommunperspektiv och i ett systemperspektiv kring mest sjuka äldre. Ambitionen bör vara att minska dessa andelar.

Även om Älvdalen har lägst andel patienter som vårdas för undvikbar sjukhusvård är det viktigt att tillägga att det ändå är var sjätte patient. Detta indikerar en förbättringspotential även i den kommun som har lägst andel.

Det har inte framkommit att landstinget sammanställer eller analyserar hur väl vården sammantaget kan anses fungera för de mest sjuka äldre.

Ett angeläget arbete har lagts ner på att skapa gemensamma vårdprogram för sjukdomstillstånd som har stor relevans för målgruppen mest sjuka äldre.

Tillgång till relevanta medicinska bedömningar "lokalt" är en viktig framgångsfaktor för att undvika onödig sjukhusvård. De flesta tycks överens om att den omfattning på läkarinsatser som landstingets ska stå för inte infrias idag. Samtidigt är det långt ifrån alltid nödvändigt att bedömning sker av en läkare och det är inte sannolikt att rekryteringsläget för läkare radikalt förbättras på kort sikt. Medicinska bedömningar av sjuksköterska kan också vara lämpligt i en del fall med eller utan läkarkonsultation via t.ex. telefon. Den digitala utvecklingen medger även kontakter mellan medicinskt sakkunnig och en äldre person via videosamtal. Vår bedömning är att samarbetet mellan kommuner och landstinget kan komma längre och bli mer ändamålsenligt. En precisering och överenskommelse bör ske av typfall för att tydliggöra:

- I vilka fall räcker en sjuksköterskebedömning
- I vilka fall ska denna kompletteras med läkarkonsultation
- I vilka fall kan en läkarbedömning ske via video
- I vilka fall behöver läkare vara på plats fysiskt

4.2 Organ och samarbete i länet och landstingets deltagande

4.2.1 Region Dalarna

Region Dalarna har 2015 presenterat en regional samverkansstruktur som beskrivs i dokumentet: *Arbetsformer för långsiktig regional stödstruktur inom hälsa och välfärd*. Syftet med det regionalt samordnade stödet är:

- Skapa förutsättningar för en verksamhet som bygger på bästa tillgängliga kunskap, brukarens kunskap och önskemål och professionens expertis
- Säkerställa god, säker och jämlik vård och omsorg i länet
- Nyttja gemensamma resurser på ett effektivt sätt

Följande mål har satts upp:

- Utgöra en arena för lokala och regionala politiska prioriteringar och strategier inom välfärdsområdet
- Långsiktigt försörja länet/regionen med praktiskt verksamhetsstöd

Nedan beskrivs under olika rubriker olika organ och samverkansföretag m.m. utifrån den samordning som sker via Region Dalarna och med fokus på det som är relevant utifrån den granskade målgruppen:

Direktionen

Direktionen är Region Dalarnas högsta beslutande organ och har 27 ledamöter. Länets 15 kommuner har varsin ordinarie ledamot (kommunstyrelsens ordförande) och landstinget har tio ledamöter. Utöver detta finns en ordförande och en förste vice ordförande. Knutet till direktionen finns också ett arbetsutskott med fem ledamöter.

Rådet för välfärdsutveckling (Välfärdsrådet) – 5 ledamöter

Rådet består av politiker och saknar beslutsmandat men ska centralt förbereda kommande politiska diskussioner och beslut. Beslut fattas i arbetsutskott eller i direktionen. Rådets medlemmar utses av direktionen och ska bl.a. arbeta med att konkretisera mål för Region Dalarnas verksamhet och med samordning av samarbetspartners.

Länsnätverk förvaltningschefer inom hälsa och välfärd

Nätverket representeras av social- omvårdnads- förvaltningschefer från berörda nämnder i länets kommuner. Från landstinget deltar representanter från hälso- sjukvårdsnära verksamhetsområden. Länsnätverket har nio möten per år och minnesanteckningar upprättas vid mötena. Detta är den högsta tjänstemanna- ledningsnivån och svarar för övergripande samordning av gemensam kunskapsbaserad verksamhetsutveckling för länets socialtjänst och hälso- och

sjukvård. Uppdraget är preciserat i en lång lista med punkter, nedan ges tre exempel från listan:

- Utformar uppdrag och mål samt ansvarar för uppföljning av upprättade handlingsplaner inom respektive sakområde
- Uppmärksammar behov av kunskaps- och kompetensutveckling på lokal och regional nivå
- Ansvarar för att ökad brukarmedverkan/delaktighet utvecklas inom hela verksamhetsområdet

Regionala utvecklingsgrupper (RUG)

RUG-grupperna ska med stöd av uppdrag och målbeskrivning från välfärdsrådet och chefsgrupp driva det regionala arbetet med kunskapsutveckling inom respektive välfärdsområde mellan socialtjänst och hälso- och sjukvårdsnära områden i Dalarna. Bland uppgifterna som definierats kan nämnas:

- Uppmärksammar och identifierar behov av kunskapsutveckling inom respektive sakområde på regional nivå
- Upprättar handlingsplaner för innevarande år med tertialvis uppföljning och avrapportering till chefsgrupp och välfärdsberedning

RUG-grupperna sätts samman av verksamhetsnära funktioner t ex enhetschefer, verksamhetschefer, specialistfunktioner etc. Gemensamma möten hålls minst 6 ggr/år. E-hälsa berör alla sakområden och arbetet organiseras som särskilda projekt/utvecklingsinsatser som bemannas med rätt kompetens för respektive uppdrag. Den regionala e-hälsosamordnaren håller samman arbetet. Länsnätverk förvaltningschefer inom hälsa och välfärd ska vara styrgrupp.

RUG – äldre och arbetet i utvecklingsgruppen

I nuläget (hösten 2017) finns en utvecklingsledare verksam i arbetet direkt med målgruppen mest sjuka äldre och inom ramen för det arbete som utgår ifrån RUG-äldre. Ytterligare en utvecklingsledare finns anställd men är sedan en tid sjukskriven. Arbetet sker utifrån den handlingsplan för RUG-äldre som beslutats inom Region Dalarna. Handlingsplanen innehåller ett antal åtgärder / insatser vilka delvis utförs av utvecklingsledarna och bygger beslutade mål. Några av målen är samma som användes i den nationella satsningen under 2011 – 2014 och några har ersatts eller tillkommit (gällande mål beskrivs nedan).

Under 2017 har mycket kretsats kring att få till en överenskommelse och en tydlig arbetsmodell utifrån den nya lagen om samordnad utskrivning. En av utvecklingsledarna har lett arbetsgruppen för att få till överenskommelsen.

En annan del där utvecklingsledarna engageras är för att ge stöd till kommunerna att förstärka sina hemgångsteam (motsvarande). Detta handlar om att så långt möjligt ge (extra) stöd i hemmet till äldre som skrivs ut från slutenvården. Många kommuner har eller planerar som en del i detta att minska eller avveckla sina korttidsboenden.

Bakgrunden är att det konstaterats att det är problematiskt för många äldre med det extra miljöombyte som det innebär att komma till ett korttidsboende. Att få komma hem med extra stöd är oftast en bättre lösning och särskilt för äldre med demens.

Utvecklingsledarna lyfter i intervjun fram följande områden som viktiga för att säkerställa en sammanhållen vård:

- Att allt arbete utgår ifrån individen och hens behov av vård- och omsorg
- Att det finns fungerande mötesplatser och dialog kring de äldre

Ett område som nyligen uppmärksammats som extra bekymmersamt är självmord bland äldre. Män över 85 år är den grupp som har flest fullbordade självmord. En svårighet är att data om självmord publiceras med stor eftersläpning.

Region Dalarnas direktion beslutade i oktober för egen del att ställa sig bakom förslaget till den lokala överenskommelsen om samverkan vid utskrivning. Därefter är tanken att den ska tas upp för beslut i länets alla kommuner och i landstinget

Regionförbundets utvecklingsledare håller inte själva utbildningar men däremot finns ett s.k. vård- och omsorgscollege inom Region Dalarna som erbjuder utbildningar.

Årligen tas en handlingsplan fram för arbetet i RUG – äldre. Nedan förtecknas de mål som ställts upp för arbetet.

- Att arbeta förebyggande, med stöd av Senior alert.
- God och säker läkemedelsanvändning
- God vård i livets slutskede
- God vård vid demenssjukdom
- Att arbeta för en sammanhållen vård- och omsorg
- Att arbeta för en god läkemedelsbehandling för äldre
- Bevaka och utveckla välfärds-teknologin
- Regionalt stöd för arbete med årscykel för ÖJ

För de åtta målen nedan har tillhörande s.k. åtgärder formulerats. Dessa är uteslutande av karaktären processmått.

Uppföljning genomfördes 2016. Det som följdes upp var i vilken grad de olika s.k. åtgärderna hade genomförts. Sammantaget sker dock ingen analys för att bedöma i vilken grad de uppställda målen för mest sjuka äldre har kunnat infrias. Ingen utvärdering har skett av måluppfyllelsen.

Utvecklingsledarna vid Region Dalarna gör även en sammanställning av utfall i Öppna jämförelser inom äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. På Region Dalarnas webbplats finns både för 2016 och 2017 rapporter om detta. Rapporterna beskriver bakgrund till jämförelserna och för olika indikatorer samt presenterar utfall per kommun

för länets 15 kommuner. Ingen analys eller slutsatser ingår i rapporterna utan tanken är att detta sker i respektive kommun.

Efter att den nationella satsningen avslutats har det enligt utvecklingsledarna blivit svåra att få uppföljningsdata. Tidigare sammanställdes data i den s.k. "Kvalitetsportalen" via en nationell samordnare. Detta har upphört och det har enligt utvecklingsledarna blivit svårt att följa upp kvalitetsutfall för olika huvudmän i kvalitetsregistren.

Bilden nedan är ett utdrag ur den senaste rapporten rubriken i sin helhet – Systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten:

Systematisk uppföljning för a		
Kommuner	Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling - ordinärt boende	Använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling - särskilt boende
Avesta	Nej	Nej
Borlänge	Nej	Nej
Falun	Nej	Nej
Gagnef	Nej	Nej
Hedemora	Nej	Nej
Leksand	Ja	Ja
Ludvika	Nej	Nej
Malung-Sälen	Nej	Nej
Mora	Nej	Nej
Orsa	Nej	Nej
Rättvik	Nej	Nej
Smedjebacken	Nej	Nej
Säter	Nej	Nej
Vansbro	Nej	Nej
Älvdalen	Nej	Nej

Ingen motsvarande sammanställning sker av Region Dalarna för att fånga data / utfall av landstingets arbete med mest sjuka äldre.

Lokala samverkansgrupper

Kopplat till respektive kommun finns i flera fall lokala samverkansgrupper. Här träffas chefer från landstinget (bl.a. geriatrisk/rehab, primärvården eller landstingets områdessamordnare) företrädare för kommunens hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Vanligen görs en handlingsplan utifrån gemensamma brister och behov och planerna utgår ifrån den länsgemensamma planen som tas fram av RUG-äldre.

Ett tema som avhandlats i dessa grupper under senare tid är hur samarbetet i praktiken ska gå till utifrån den nya lagen om samverkan vid utskrivning.

Enligt våra intervjuer finns strukturerade samverkansgrupper i följande kommuner:

- Falun
- Ludvika
-

Pensionärsrådet

Rådet träffas ca 4-5 ggr per år. Enligt vice ordföranden (som representerar PRO) var frågor om mest sjuka äldre mycket vanligare för några år sedan än nu. Det finns en oro hos många kring den kvalitet som erbjuds vid olika boenden. Ordföranden i HSN är också ordförande i pensionärsrådet och menar att rådets medlemmar inte är riktigt representativa för de mest sjuka äldre.

4.2.2 Kommentarer

Det finns en omfattande samverkansstruktur i Dalarna. Mycket av denna struktur har sitt ursprung i den nationella satsningen på målgruppen mest sjuka äldre under åren 2011 – 2014. Mått och steg har vidtagits för att bibehålla engagemang och uppslutning i arbetet även efter att nationella medel inte längre utbetalas.

Mötesstrukturen består och arbetet direkt kopplat till mest sjuka äldre bedrivs sedan en tid i en särskild grupp – RUG-äldre. Under åren med nationella medel fanns tillgång till analysstöd för huvudmännen för att tolka t.ex. utfall i Öppna jämförelser. Sedan några år finns inte detta. Utvecklingsledarna sammanställer utfall och publicerar det för länets kommuner. Dessvärre tyder svaren på att det stora flertalet kommuner inte systematiskt använder denna typ av uppgifter för att utveckla sin verksamhet. Inget liknande dataunderlag sammanställs via RUG-äldre beträffande landstingets arbete med målgruppen.

Inom de flesta kommuner finns en lokal samverkansstruktur som i flera fall tycks fungera effektivt och där en välfungerande praktisk samverkan säkerställs mellan kommun och landsting.

Det skulle kunna bli tydligare vilka resultat som uppnås via den samverkan som sker i Region Dalarnas regi. Länsnätverket förvaltningschefer har beslutat om mål för det arbete som är riktat mot äldre. För målen finns s.k. åtgärder vilka följs upp. Ingen uppföljning sker däremot av om eller i vilken grad målen har infriats. En sådan uppföljning bör genomföras årligen. Uppföljningen av målen bör också vara utgångspunkt för nästa års handlingsplan. Nuvarande handlingsplan har mot denna bakgrund en mer oklar koppling till målen. Det finns också en oklarhet kring vilken formell status målen i RUG-äldre har för respektive kommun och för landstinget.

Utifrån det som framkommit i intervjuer (inklusive deltagande kommuner) tycks samordningen av arbetet med att skapa en praktisk tillämpning kring den nya lagen, ha fungerat väl.

4.3 Uppgiftsansvar och helhetssyn

4.3.1 Uppgiftsansvar

Vi undersöker bl.a. om det har utsetts någon med ett särskilt uppgiftsansvar för de mest sjuka äldres helhetssituation. Rollerna vi söker efter handlar om att det är angeläget att se helhetssituationen för äldre multisjuka dels i *systemperspektiv*, dels i ett *individperspektiv*. Bakgrunden är att flera bedömare menar att detta är en av förutsättningarna för att komma tillrätta med den fragmentisering av vård och omsorg som många upplever.

Uppgiftsansvaret i systemperspektiv handlar om att ha en samlad övergripande bild av vårdkedjan för målgruppen, regelbundet fånga upp starka sidor och förbättringsområden i arbetet med att få till en sammanhållen vård- och omsorg. Att sprida goda exempel samt att presentera konkreta förslag till åtgärder där förbättringar behövs, ingår också.

Rollen som uppgiftsansvarig ur ett individperspektiv handlar om att stödja den enskilde multisjuka äldre i samordningen av olika insatser, en slags koordinator.

Systemperspektiv

När det gäller uppgiftsansvar i ett systemperspektiv ser vi inte att denna roll tydligt är definierad och ansvarsmässigt fördelad i Dalarna. Delar av rollen finns däremot utspridd på flera funktioner. I kommunrapporterna har vi beskrivit att MAS har delar av denna roll liksom ansvariga för biståndsbeslut och förvaltningschefer på omsorgsområdet. Vi ser också att landstingets områdessamordnare arbetar med delar av det som ingår i rollen, dock utan att de anser sig ha den roll vi söker efter.

Även om uppgiften inte sorterats på enskild befattningshavare ser vi att detta tankesätt används mer uttalat i de kommuner där en fungerande lokal samverkansgruppering har etablerats.

Primärvårdens verksamhetschefer har likaså delar av uppgiftsansvaret i ett systemperspektiv. Stöd i detta arbete utgörs bl.a. av den identifiering av ”sköra” (se även avsnitt 4.4.3) som sker och de uppföljningsmöjligheter som erbjuds för varje vårdcentral kopplat till denna grupp.

I avsnitt 4.2.1 – RUG-äldre, har vi beskrivit det arbete som utvecklingsledarna inom Region Dalarna utför. Denna roll ligger närmast rollen som uppgiftsansvarig i ett systemperspektiv. Utvecklingsledarna ser dock inte att de har detta uppgiftsansvar fullt ut. Deras roll innebär inte explicit att regelbundet utvärdera och komma med förslag till förbättringar i ett systemperspektiv.

Individperspektiv

Rollen som patientens fasta vårdkontakt har ett syfte som i ganska hög grad stämmer överens med rollen som uppgiftsansvarig i ett individperspektiv. Däremot är alla intervjuade liksom nationella bedömare överens om att väldigt få individer hittills har haft en sådan fast vårdkontakt. Stor förhoppning knyts dock till att denna roll och funktions stärks genom den nya lagen om samverkan vid utskrivning från den slutna vården.

Det vi som framkommer som "närmast" denna roll inom kommunerna är det kontaktmannaskap / kontaktperson som vanligen finns t.ex. för boende vid särskilda boenden. Rollen innebär traditionellt viss samordning men primärt av det som sker inom den egna enheten (boendet). Omvårdnadsansvariga sjuksköterskor kan också ta denna typ av ansvar.

4.3.2 Helhetssyn i resursfördelning och uppföljning

I denna del söker vi efter exempel där förbättringar för målgruppen skett oberoende av om extra kostnader då har uppkommit hos den ena huvudmannen och kanske lägre kostnad hos den andra.

Bortsett från den gemensamma Hjälpmedelsnämnden som arbetar med upphandlingar så har inga övergripande exempel framkommit där kommun och landsting har vidtagit åtgärder för att specifikt förbättra situationen för målgruppen och där detta sedan inneburit en ekonomisk reglering mellan huvudmännen

4.3.3 Kommentarer

Det finns en del som talar för att rollen som uppgiftsansvarig i systemperspektiv bör innehas av någon som överblickar hela länet, t.ex. Region Dalarna. Ingen har idag denna uppgift fullt ut och ingen sammanställer regelbundet en övergripande bild av styrkor och svagheter i arbetet med och för de mest sjuka äldre. Ett tydligare uppdrag kring detta behövs.

I nästa led kan detta innebära att det inte är självklart att de insatser som bedrivs inom ramen för RUG-äldre är de som är mest väsentliga för att förbättra för de mest sjuka äldre. Vi saknar grund för att säga att arbetet inte är riktat mot de mest angelägna områdena. Inte heller kan vi mot bakgrund av ovan, påstå att det utifrån en tydlig måluppföljning säkerställts att de åtgärder som vidtas, är sådana som i första hand kan förväntas leda till högre måluppfyllelse.

4.4 Arbetet i praktiken med målgruppen

I detta avsnitt beskriver landstingets arbete kring de mest sjuka äldre. Vi beskriver arbetet utifrån flera perspektiv som utgår ifrån de olika ansvarsfunktioner och roller som de intervjuade har. Sist i detta avsnitt presenteras några exempel på utvecklingsarbete / projekt som bedrivs för att stärka vårdkedjan för mest sjuka äldre.

4.4.1 Ordförande HSN

Ordförande i HSN menar att landstinget inte riktigt har levt upp till avtalad nivå på läkarinsatser i kommunerna.

Beträffande det nya kravet på fast vårdkontakt menar ordförande att det är ett ganska tufft uppdrag att realisera. Många i primärvården tycker att de över tid har tappat kompetensen för dessa uppgifter (tidigare distriktssjuksköterskerollen) men de ser samtidigt att det lämpligen är deras ansvar. Ordföranden delar denna uppfattning och uppger att landstinget kommer tillföra en del medel i form av ett tilläggsanslag i vårdcentralsuppdraget för att öka möjligheterna att få till fast vårdkontakt i tillräcklig grad.

Ordföranden menar att samverkan i Region Dalarnas regi fungerar bra men att uppföljningen inte är tillräckligt bra. Kunskapen om kvaliteten i vården av de mest sjuka äldre är inte tillräcklig.

Landstinget har beslutat att på försök införa mobilt team i två kommuner: Ludvika och Smedjebacken. Verksamheten startar så snart rekrytering genomförts. Ett flertal andra pilotprojekt har redan genomförts eller pågår (se 4.4.6) och har haft som ambition att säkerställa vårdkedjan för målgruppen. Ordföranden uttrycker en viss frustration kring svårigheterna att gå från försöksverksamhet och utvärdering till breddinförande.

Ett av dagens problem för att säkra en god samverkan är att de olika huvudmännens journalsystem inte "talar" med varandra. Ett viktigt steg på vägen mot att säkert kunna dela viktig information är att alla kommuner arbetar både som konsumenter och producenter i den nationella patientöversikten (NPÖ). NPÖ hämtar viss bestämd journalinformation från lokala journalsystem som sedan kan delas med patientens samtycke. Att vara "konsument" innebär att organisationen kan läsa vad andra huvudmän skrivit om en patient medan "producenter" även delar med sig av information från det egna journalsystem. Av kommunerna i Dalarna är det ännu få som är producenter.

Ordförande ser också att teknikens möjligheter kan nyttjas mer och bättre för att säkra att vården till mest sjuka äldre blir sammanhållen. Ett exempel är att i ökad grad genomföra vårdplanering via video och att uppmärksamma att kommunerna vid behov kan nyttja videokonferensmöjligheter på vårdcentralerna.

4.4.2 Landstingsledning, tjänstemän

Landstingsdirektören beskriver att arbetet i välfärdsrådet har stannat av lite under perioden ifrån att den förre regionchefen fick avgå tills de sedan nyligen tillsatt en ny. Landstingsdirektören menar att samarbetet nu fått ny fart.

De intervjuade menar att politikerna i landstinget och länets kommuner är enade om principerna i det avtal om samverkan vid utskrivning, som ska beslutas av alla huvudmän. De är inte helt insatta i den praktiska hanteringen kopplat till vad som krävs för vårdplanering och för att fast vårdkontakt ska gälla men har tillförsikt kring att detta löser sig.

Hälso- och sjukvårdschefen menar att det har funnits problem att få ut information och att få uppslutning kring hur det regionala regelverket kopplat till den nya lagen om samverkan vid utskrivning ser ut. Hon hoppas att de nya formerna för samverkan kan leda till en ökad långsiktighet i samarbetet.

4.4.3 Primärvården

Inom landstinget har sedan flera år utredningsarbete bedrivits i syfte att stärka närsjukvården. Principiellt är detta en utvecklings som innebär att basal (och ofta utnyttjad) vård ska kunna erbjudas nära patienten medan en ökad koncentration sker av ovanlig och mer avancerad vård. Även inom området e-hälsa planeras en utveckling ske som ska understödja omställningen till närsjukvård. Sedan ett drygt år har landstinget startat en egen tjänst där läkarkonsultation ges genom ett videosamtal. Divisionschefen för primärvård menar att det finns ytterligare potential att använda resurserna bättre genom fler digitala lösningar, inte minst i glesbygd. Tanken är att patienten t.ex. tillsammans med hemtjänstpersonal ska kunna komma till ett specifikt rum där utrustning finns och därifrån koppla upp sig mot vårdcentralen. Primärvården planerar ett sådant pilotprojekt.

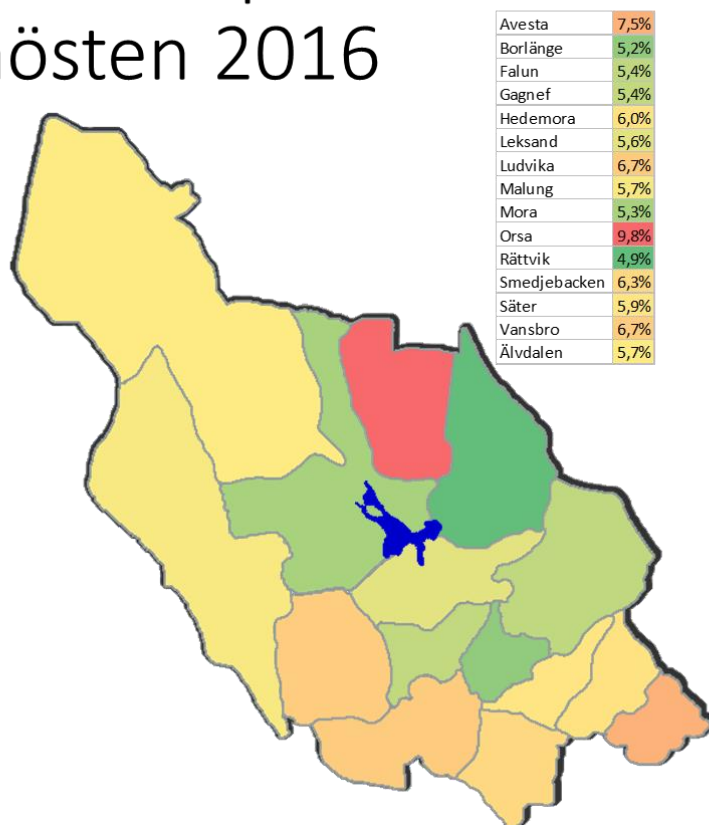
I södra länet startar vid årsskiftet ett försöksprojekt i två kommuner med ett mobilt hembesöksteam. (I praktiken när rekrytering är genomförd.)

Primärvårdschefen har beslutat att RGS (Rådgivningsstöd) som 1177 använder, ska införas som stöd för att t.ex. avgöra om en äldre patient kan tas om hand lokalt, om en noggrannare medicinsk bedömning bör ske eller om det är nödvändigt med sjukhusvård. Arbets sättet innebär att sköterskan i kommunen ringer till en jourmottagning och får råd och stöd av en annan sköterska. Särskilt kvällar och helger är det viktigt att ett sådant stöd finns.

Primärvårdens arbete med sköra äldre

Bilden nedan visar andelen listade patienter vid vårdcentraler (i respektive kommun) som primärvården "flaggar" som sköra. Skörhet hos patienter identifieras utifrån att de uppfyller vissa krav på en sammanvägd sjuklighet som identifieras genom bl.a. vilka diagnoser de har. Primärvården kan utifrån sina uppföljningssystem även få stöd för att följa och säkerställa att kontroller faktiskt utförs och att behandlingsrekommendationer efterlevs för t.ex. mest sjuka äldre / sköra.

Skörhet per kommun hösten 2016



Vårdcentralernas arbete kring målgruppen - enkät

För att få en bild av arbetet kring målgruppen och samarbetet med kommunerna har vi genomfört en enkät bestående av fyra frågor. Den har riktats till 25 vårdcentralchefer i landstingets primärvård. Vi har efter påminnelser fått 17 svar vilka representerar vårdcentraler i samtliga de 12 kommuner som ingår i denna granskning. Nedan sammanfattas resultatet utifrån de svar vi erhållit.

1. Kan läkare vid din vårdcentral göra hembesök till patienter som är inskrivna i hemsjukvården i den uträkningen som ni anser behövs ur medicinskt perspektiv?

15 av de 17 svarande uppger att de kan göra de hembesök som behövs. Två vårdcentraler uppger att de inte kan göra tillräckligt med hembesök för hemsjukvårdspatienter. Dessa vårdcentraler är i hög grad beroende av hyrläkare och vårdcentralen har svårt att bemanna upp till den nivå som behövs utifrån antalet listade. Situationen innebär att tiden även är väldigt begränsad för att göra hembesök.

2. Genomförs akuta hembesök av läkare till patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården (förutom vårdintyg och dödsfall)?

Nio av de 17 svarande vårdcentralerna uppger att de inte kan genomföra hembesök av läkare i den omfattning som behövs för patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården. Det uppges bero på att detta inte kan prioriteras utifrån den aktuella läkarbristen vid respektive vårdcentral.

3. Är er bedömning att ni kommer att kunna uppfylla det utökade ansvar för primärvården som lagen (SUS) innebär? Har ni nya resurser (t.ex. samordningssjuksköterska) för att kunna uppfylla dessa krav?

15 av de 17 svarande uppger att nya resurser har skapats utifrån vad den nya lagen kräver. En av dessa uppger dock att de inte fått sökande till den tjänst som utannonserat. Den vårdcentral som inte har nya resurser uppger att de inte fått några ekonomiska tillskott eller att de kommer omfördela arbete inom befintliga resurser.

4. Är er bedömning att ni har tillräcklig och god kontakt med kommunens insatser (vård och omsorg samt kommunens hälso- och sjukvård) för att skapa en god sammanhållen vård för de mest sjuka äldre?

Sex av de svarande uppger att de inte har tillräcklig samverkan med kommunerna för att ge en god sammanhållen vård för gruppen mest sjuka äldre. Orsaken uppges vara att det bl.a. finns diskussioner/tolkningsskillnaderna om vilka patienter som ska tillhöra hemsjukvården. Följande citat illustrerar problematiken:

- *”Det är en avsaknad av patientperspektiv i samtalet till förmån för diskussioner om gränsdragning.”*
- *”Äldrevården styrs i för hög utsträckning av biståndsbedömare som inte har ngn som helst vårdutbildning och pga detta fattar patientsäkra beslut.”*
- *”Det som fallerar är stelbentheten på chefsnivå och inom byråkratin kring tolkningen av avtalet mellan kommuner och landsting då det gäller hembesök.”*

4.4.4 Slutenvården vid sjukhus

Division Medicin

Divisionschefen ser att det finns många i den målgrupp som granskas här, som vårdas inom sjukhusens medicinavdelningar men som borde vårdas i hemmet. För att ändra på detta planeras en förstärkt närsjukvård. Divisionschefen menar att detta är en svår omställning där förstärkningar kan behövas inom närsjukvården för att den ska kunna ta hand om detta uppdrag lokalt. Neddragningar inom slutenvården kan dock inte ske innan det kan konstateras att patienterna få bra vård på annat sätt.

Bemanningsproblemen i primärvården behöver lösas menar divisionschefen. Det är avgörande för att vi ska klara det här men nu startas två pilotprojekt med mobila team och dessutom finns redan ett närsjukvårdsprojekt i Avesta (Hand i hand).

4.4.5 Områdessamordnare

Områdessamordnarna har inget linjeansvar utan rollen innebär att samverka med kommunerna, främst med vård- och omsorgschefer. Det finns fyra områdessamordnare inom Landstinget Dalarna med var sitt geografiska område. Områdessamordnarna tillhör organisatoriskt hälso- och sjukvårdsenheten vid landstingets centrala förvaltning.

Områdessamordnarna menar är att det saknas en tydlig och enhetlig bild av hur bra vård- och omsorgen om de mest sjuka äldre är i Dalarna. Kommunaliseringen av hemsjukvården har försvårat samanhållningen av vården. De menar att kommunaliseringen inneburit ett alltför stort fokus på administrativa frågor och ersättningsfrågor medan verksamhetsperspektivet kommit i skymundan. Om hemtjänstpersonal ser behov av hemsjukvårdsinsatser för en omsorgstagare, måste de gå via vårdcentralen och göra en vårdbegäran. Denna hantering sker via fax. Först efter en vårdbegäran sker insatser i hemsjukvården. För kommunen innebär detta även ett extra kostnadsansvar för t.ex. inkontinenshjälpmedel.

I diskussion om rollen som "uppgiftsansvarig" i ett individperspektiv kommer begreppet om fast vårdkontakt upp. Kravet på fast vårdkontakt har funnits en tid men områdessamordnarna menar att det inte fungerat särskilt väl inom den somatiska vården. De bedömer att förutsättningarna att få till detta förbättras i och med den nya lagen om samverkan vid utskrivning.

Uppgiftsansvaret i ett systemperspektiv, menar områdessamordnarna, innehåller enligt deras uppfattning närmast av utvecklingsledarna vid Region Dalarna.

När det gäller hur tillgång till läkarbedömning på hemmaplan för mest sjuka äldre kan säkras menar områdessamordnarna att tillgången varierar inom länet beroende på hur bemanningssituationen för läkare är vid vårdcentralerna. De intervjuade poängterar att hälso- och sjukvårdsansvaret innebär att även sjuksköterskor kan göra vissa bedömningar.

Områdessamordnarna menar att samordnad vårdplanering fungerar hyggligt. Det är inte bara läkare från landstinget som saknas vid vårdplanering, detsamma gäller sjuksköterska från kommunen i de fall ett behov föreligger baserat på hälso- och sjukvårdslagen. Verktöget SVPL upplever de fungerar varken bra eller dåligt. Idag är Leksand den enda av länets kommuner som är "producenter" av data i NPÖ. För övriga kommuner har landstingets slutenvård inte tillgång till information via NPÖ om vad som hänt medicinskt med patienten i kommunen.

Vårdplaneringen ska enligt områdessamordnarna utvecklas i samband med att den nya lagen om samverkan vid utskrivning blir gällande 1 januari 2018. Tanken är att använda en färgskala där grön färg innebär att inget behov finns av SIP¹, gul = SIP kan ske i hemmet, röd = SIP behöver ske redan på sjukhuset.

Följande är de viktigaste delarna för att få till en sammanhållen vård enligt områdessamordnarna:

1. Individfokus

¹ SIP står för Samordnad Individuell Plan

2. Fast vårdkontakt i landstinget & kommunen
3. Valfungerande kommunikationssystem

4.4.6 Satsningar för att stärka vårdkedjan / samverkan mellan landsting och kommun

I Rättvik finns ett försöksprojekt kallat VISAM som innebär att bedömning via teamtriage sker av äldre med eventuellt behov av sjukhusvård. Vårdcentralen har dagligen en tid vikt för bedömning för att kunna undvika onödiga inläggningar och ge vård och stöd lokalt som alternativ.

I Avesta och Hedemora finns sedan minst tio år ett samarbete kallat "Hand i hand – samverkan och utveckling" som syftar till en sammanhållen vård för mest sjuka äldre. En aktuell verksamhetsplan (2017 – 2018) finns. Den innehåller mål som kopplar till de mål som fastställts i RUG-äldre.

Inom medicinområdet gjordes ett försök som innebar att sjuksköterska från slutenvården ringde upp patienten någon vecka efter utskrivning för att följa upp och svara på frågor. Syftet var att öka tryggheten för patienten och undvika onödig återinskrivning. En utvärdering av detta försök inom medicinkliniken Falun - Ludvika visade att metoden var effektiv för att minska risken för återinläggning inom 30 dagar. Enligt områdessamordnarna finns detta arbetssätt kvar endast på något håll i länet.

Projektet "trygg hemgång" används inom kardiologkliniken och beskrivs som ett gott exempel för andra vårdenheter att ta efter. Läkaransvaret från kardiologkliniken finns kvar även en tid efter hemgång.

Flera kommuner erbjuder även det som kallas "Trygg hemkomst" vilket innebär att patienter som skrivits ut från sjukhusvård får hjälp av hemtjänstpersonal att tillgodose diverse praktiska behov vid hemgång, såsom att hämta ut recept mm. Trygg hemkomst är en insats som beviljas via biståndsbeslut och är således en primärkommunal angelägenhet.

4.4.7 Kommentarer

Flera av de intervjuade i Landstinget Dalarna menar att det inom länet finns etablerade fora för samverkan och flera av dessa hålls samman via Region Dalarna. Det framstår som att arbetet i dessa fora har minskat i intensitet beträffande mest sjuka äldre, efter åren med den nationella satsningen (inklusive nationella resurser). Samverkansfrågorna tycks dock i viss utsträckning ha fått nytt liv genom arbetet med att forma länets egna regler kring tillämning av den nya lagen för samverkan vid utskrivning. Uppfattningen finns också att uppföljningen av hur vård och omsorg om de mest sjuka äldre inte är tillräcklig för att få en tydlig bild av styrkor och förbättringsområden.

Ett flertal satsningar har skett för att genom olika försöksprojekt stärka vårdkedjan. En svårighet finns att lyckas permanenta och breddinföra lyckade försök.

Primärvårdens identifiering av "sköra" patienter är angelägen liksom det stöd som finns att säkerställa uppföljning och målvärden för patienter i denna grupp. Detta får anses vara ett viktigt verktyg i arbetet kring de mest sjuka äldre. Eventuellt kan denna

indelning användas för att mer konkret definiera målgruppen mest sjuka äldre gemensamt med kommunerna.

Från sjukhusvården (medicin) framförs att det är relativt vanligt att personer i den målgrupp som är i fokus här, vårdas på sjukhus utan att de egentligen behöver det. Bl.a. en förstärkt närsjukvård kan bidra till att minska detta men omställningen kommer att ta tid. Digitala tjänster används och kan sannolikt effektivisera arbetet kring målgruppen ytterligare. Att i ökad grad använda videokonferenser i samband med vårdplanering kan spara in restider i många fall och göra det möjligt för vissa yrkesgrupper att delta som annars inte alls skulle kunna delta. Primärvården planerar också att inrätta ett ökat digitalt stöd till kommunernas sjuksköterskor för bedömning av om äldre patienter behöver sjukhusvård. En modell för triagering kommer användas. Även det förtydligande som vi föreslagit tidigare i denna rapport om vilken form av medicinsk bedömning som är motiverad i olika fall, kan bidra till att färre patienter vårdas i onödan på sjukhus.

En utveckling som innebär att kommunerna och landstinget kan dela journalinformation utan extra manuellt arbete skulle underlätta och förbättra samverkan.

Den nya lagen om samverkan vid utskrivning innebär att en fast vårdkontakt ska utses för patienter som har behov av en sådan. Den fasta vårdkontakten ska finnas inom landstingets öppenvård. Innebörden av funktionen fast vårdkontakt är att härigenom tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Parat med kravet på att i samverkan med berörda i kommunen upprätta en samordnad individuell plan, blir den fasta vårdkontakten en angelägen förstärkning i att säkerställa en sammanhållen vård och omsorg. Möjligheten att på detta sätt stärka sammanhållningen har funnits länge men inte nyttjats tillräckligt. Det återstår att se vilken inverkan lagkravet får kring detta. Om den nya lagen innebär att fast vårdkontakt utses liksom att samordnade individuella planer upprättas, har en stor del av det som avses med uppgiftsansvar i individperspektiv i denna granskning infriats.

Flera av de intervjuade menar att hemsjukvården dras med en del ineffektiva administrativa svårigheter kopplat till vårdbegäran. En första utvärdering av hemsjukvården som övergått i kommunal regi sedan 2013 har genomförts av Högskolan i Dalarna.

Kommentarer till enkät som riktats till vårdcentralchefer

Även om de flesta som svarat uppger att de i stor utsträckning kan göra de hembesök som gruppen mest sjuk äldre är behov av så är det oroande med den brist på läkarbrist som finns inom primärvården i länet. Vår bedömning är att gruppen mest sjuka äldre är en av de grupper som primärvården behöver prioritera högt. Åtgärder kan behöva genomföras för att säkerställa att vården till denna grupp är så jämlik som möjligt i länet. En möjlighet är att på fler platser organisera läkarinsatser på det sätt som sker t.ex. i Borlänge, där speciella läkare ansvarar för läkarinsatser inom hemsjukvården.

Vårdcentralerna har fått extraresurser (35 % sjuksköterska per vårdcentral plus ersättning för genomförda vårdplaneringar (SIP). Att en vårdcentral svarat att de inte fått resurser bedömer vi som ett missförstånd.

Bemanningsläget är svårt även för sjuksköterskor inom primärvården. En vårdcentral beskriver att de måste omfördela arbetet inom befintlig personal då inga sökande funnits till utannonserad tjänst.

Det är olyckligt att en tillräcklig samsyn (enligt de svarande vårdcentralcheferna) saknas om samverkan i ca en fjärdedel av kommunerna. Enligt de intervjuer vi gjort i länets kommuner framkommer en likartad bild. Det finns fora för samverkan men i vissa kommuner finns skillnader mellan kommun och landsting i hur rutiner och överenskommelser ska tolkas. Det gäller t.ex. vilka patienter som ska bedömas som hemsjukvårdspatienter. Utifrån vad som framkommit i våra kommunintervjuer ser bedömning om hemsjukvård olika ut i länet. Det är inte acceptabelt. Huvudmännens ansvariga nämnder måste säkerställa att en samsyn avseende tolkning av rutiner och avtal för en fungerande samverkan ska komma tillstånd. En god struktur för samverkan finns redan på.

4.5 Beredskap inför den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård som träder i kraft 1 januari 2018 syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

Landstinget och kommunerna ska enligt lagen utarbeta egna riktlinjer för tillämpning av den nya lagen i det egna länet. Sådana riktlinjer har också utarbetats under 2017. Som beskrivits ovan innebär riktlinjerna bl.a. preciseringar av hur, när och var en samordnad individuell vårdplan ska upprättas för patienter som skrivs ut. Riktlinjerna ska beslutas av samtliga kommuner och av landstinget. I samband med färdigställandet av denna rapport (januari 2018) har samtliga kommuner och landstinget fattat beslut om att stå bakom riktlinjerna.

Generellt sett är en framgångsfaktor för att kunna möta de nya kraven att vårdpersonal i primärvården (eller annan öppenvårdsverksamhet inom landstinget) i högre grad än hittills kan utgöra den fasta vårdkontakten för de som behöver en sådan. Reglerna i vårdvalet för vårdcentraler ändras till följd av de nya kraven och ökad ersättning ska utgå för att klara åtagandet.

4.5.1 Kommentarer

I en formell mening har huvudmännen i Dalarna en god beredskap kopplat till de nya kraven som följer av lagen.

Landstinget har också vidtagit åtgärder för att resursmässigt kompensera primärvården för att klara det ökade åtagandet kring fast vårdkontakt och vårdplanering. Om detta är tillräckligt och om primärvården kan bemanna för att i praktiken leva upp till de nya kraven återstår att se.

Örjan Garpenholt
Granskare

Andreas Endrédi
Certifierad revisor
Uppdragsansvarig

Bilaga Metod

Granskningens metod har innehållit fem delar:

1. Intervjuer
2. Dokumentgranskning
3. Enkät till 23 vårdcentralchefer.

Intervjuer

Följande befattningshavare har intervjuats:

- Ordf i Hälso- och sjukvårdsnämnden
- Ordförande i Pensionärsrådet
- Landstingsdirektör
- Ekonomidirektör
- HR-direktör
- Hälso- och sjukvårdschef
- Områdessamordnare
- Divisionschef Primärvård
- Divisionschef Medicin

Dokumentgranskning

Följande dokument har granskats:

- HSNs internkontrollplan 2017
- Kvalitetsberättelse
- Rehabilitering, habilitering inklusive hjälpmedel i Dalarnas län – Länsövergripande överenskommelse och anvisning
- Länsövergripande riktlinjer för SIP
- Avtal om övertagande av hälso-och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Dalarnas län
- Årsredovisning
- Landstingets budget
- Data om återinläggningar och undvikbar sjukhusvård
- Primärvårdens arbete med ”sköra”