

2016-12-20

REV 36:3-2016

Landstingsstyrelsen
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Samverkan av vård till äldre multisjuka

Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har inte säkerställt en tillräcklig samverkan mellan sjukhusvård, primärvård och kommuner när det gäller vård av äldre multisjuka. En genomgång av styrelsens och nämndens styrdokument visar på få spår av beslut, riktlinjer m.m. för hur samverkan ska vara utformad. Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har inte heller följt upp hur samverkan av vården för de äldre multisjuka har fungerat.

Istället för formell styrning direkt från landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har den politiska styrningen av samverkan mellan landstinget och kommunerna hanterats i AC Konsensus och ett antal andra politiska grupper. Ledamöter från nämnder i landstinget och kommuner har ingått i de politiska grupperna. Varken AC Konsensus eller de övriga politiska grupperna har befogenheter att ta beslut i frågor inom landstingets eller kommunernas ansvarsområden. Beslut inom landstingets och kommunernas ansvarsområden ska tas av behörig nivå inom respektive organisation.

Av granskningen framgår att det är svårt att få en överblick och insyn i hur de olika politiska grupperna arbetar kring samverkan av vård av äldre multisjuka. Av granskningen framgår också att ledamöter i de olika grupperna godkänt överenskommelser om samverkan mellan landstinget och kommunerna som inte förts vidare till landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden för beslut.

Även när det gäller det praktiska arbetet på tjänstemannanivå med att organisera vården av äldre multisjuka finns det brister. Olika tolkningar av avtal och överenskommelser bidrar till att samordningen om patienterna försvåras. Bland annat har olika tolkningar om vad som är att betrakta som hälso- och sjukvård i hemmet försvårat samarbetet mellan landstinget och Umeå kommun. En annan konkret brist är att verksamheterna endast i begränsad utsträckning upprättar individuella planer (SIP) för de patienter som är i behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten.

Trots att problem och brister har pågått i flera år när det gäller samverkan mellan landstinget och kommunerna har varken landstingsstyrelsen eller hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit några särskilda åtgärder.

2016-12-20

Vår slutsats från granskningen är att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden inte uppfyllt sitt ansvar när det gäller styrningen av samverkan av vården för äldre multisjuka. Med anledning av iakttagelserna lämnar vi följande rekommendationer till landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Besluta om riktlinjer och mål för hur samverkan mellan landstinget och kommunerna om vård till äldre multisjuka ska vara utformad.
- Besluta om nödvändiga avtal och överenskommelser om samverkan mellan landstinget och kommunerna om vård till äldre multisjuka.
- Säkerställ att riktlinjer, överenskommelser m.m. blir kända och implementerade hos berörda verksamheter.
- Säkerställ att roller och ansvar i vårdkedjor av vård till äldre multisjuka blir tydliga.
- Säkerställ att samordnade individuella vårdplaner (SIP) blir upprättade i enlighet med lagkrav och beslutade rutiner.
- Genomför uppföljning av hur samverkan av vård av äldre multisjuka fungerar, att regler och riktlinjer följs m.m.

Vid revisorernas överläggning den 20 december 2016 beslutade revisorerna enhälligt att ställa sig bakom slutsatser och rekommendationer i detta missiv. Missiv och underliggande rapport (nr 8/2016) lämnar revisorerna för yttrande till landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden. Yttrande med uppgifter om verkställda och planerade åtgärder ska lämnas till revisionskontoret senast den 6 april 2016.

För landstingets revisorer



Christer Fessé
Ordförande



Bert Öhlund
Vice Ordförande

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av samverkan mellan landstinget och kommunen i vården av multisjuka äldre

Rapport nr 08/2016



Västerbottens läns landsting och Umeå kommun

Granskning av samverkan mellan landstinget och
kommunen i vården av multisjuka äldre



Building a better
working world

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| Sammanfattning | 2 |
| 1. Inledning | 4 |
| 1.1. Bakgrund..... | 4 |
| 1.2. Syfte och revisionsfrågor | 4 |
| 1.3. Avgränsning | 5 |
| 1.4. Ansvariga nämnder och styrelser | 5 |
| 1.5. Revisionskriterier..... | 6 |
| 1.6. Genomförande | 7 |
| 2. Styrning | 8 |
| 2.1. Uppdrag och mål..... | 8 |
| 2.2. Avtal och styrdokument avseende samverkan..... | 10 |
| 2.3. Resultat utifrån genomförda intervjuer avseende styrning | 15 |
| 2.4. Vår bedömning..... | 16 |
| 3. Samverkan i praktiken | 17 |
| 3.1. Resultat utifrån genomförda intervjuer avseende samverkan i praktiken | 17 |
| 3.2. Vår bedömning..... | 21 |
| 4. Uppföljning | 22 |
| 4.1. Västerbottens läns landsting | 22 |
| 4.2. Umeå kommun..... | 23 |
| 4.3. Uppföljning i samverkansgrupper | 24 |
| 4.4. Vår bedömning..... | 24 |
| 5. Slutsatser av granskning i Skellefteå kommun..... | 26 |
| 6. Samlad bedömning | 27 |
| 6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna | 27 |
| 6.2. Slutsats och rekommendationer | 29 |
| Bilaga 1 Intervjuade funktioner | 30 |
| Bilaga 2 Källförteckning..... | 31 |

Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna i Västerbottens läns landsting samt revisorerna i Umeå kommun genomfört en granskning med syfte att bedöma om landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun säkerställt att det finns en ändamålsenlig samverkan mellan landstinget och kommunen i vården av multisjuka äldre.

Hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen och socialtjänstlagen betonar att insatser för patienter ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt för att skapa trygghet, kontinuitet och säkerhet för den enskilde. Vikten av en god samverkan i vårdprocessen och mellan kommun och landsting framgår och betonas även i flera styrdokument.

Granskningen visar att samverkan mellan landstinget och länets kommuner hanteras i de samverkansgrupperingar som byggts upp utifrån AC Konsensus och lokala samverkanöverenskommelser. Avseende målgruppen multisjuka äldre bedömer vi att samverkan mellan Umeå kommun och landstinget inte fungerar tillfredsställande. Bland annat visar granskningen att samverkan på lokal nivå inte har kommit igång som tänkt sedan skatteväxlingen 2013. Vi bedömer att olika tolkningar av vad som är att betrakta som hälso- och sjukvård i hemmet mellan landsting och kommun försvårar samverkansarbetet och gör att insatser för patienter inte samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Målgruppen multisjuka äldre blir särskilt drabbade av denna brist, då behovet av samordning i vårdkedjan är som störst för denna grupp. Trots att problemen utifrån samverkansstrukturen pågått under flera års tid noterar vi inte att några särskilda åtgärder vidtagits av landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden eller äldrenämnden i Umeå kommun. Utifrån granskningens resultat bedömer vi att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt äldrenämnden inte säkerställt att det sker en tillräcklig samverkan i vårdkedjan avseende multisjuka äldre.

Granskningen visar att samverkansstrukturen är otydlig när det gäller kopplingen mellan den lokala politiska styrgruppen (SÖK) och den regionala AC Konsensus. Ledningsfunktioner i både landstinget och kommunen lyfter att det är otydligt hur samverkan i dessa forum får genomslag hos huvudmännen samt att det finns risk att samma frågor diskuteras i flera forum. Det framgår inte tydligt av upprättade avtal hur beslut tagna av AC konsensus får genomslag i respektive linjeorganisation. Denna slutsats har även dragits i tidigare genomförda granskningar.¹ Sammantaget bedömer vi att landstingsstyrelsen, landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd samt äldrenämnden i Umeå kommun i ökad utsträckning behöver följa upp och utvärdera resultat och effekter avseende vård av multisjuka äldre. Detta för att kunna säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de föreskrifter som gäller och med en tillräckligt god intern styrning och kontroll.

¹ Se t.ex. "granskning av första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa", rapport 10/2014

Vår sammanfattande slutsats, utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning, är att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt äldrenämnden i Umeå kommun inte säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll avseende hur samverkan mellan landstinget och kommunen i vården av multisjuka äldre bedrivs.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt äldrenämnden i Umeå kommun att:

- Utarbeta en gemensam värdegrund och tolkning av avtal och överenskommelser avseende gruppen multisjuka äldre
- Klargöra roller och ansvar i vårdkedjan avseende multisjuka äldre
- Säkerställa att samordnade individuella planer upprättas och följs upp i enlighet med lagkrav och beslutad rutin för multisjuka äldre med behov av insats från flera huvudmän
- Tydliggöra hur diskussioner och beslut från den lokala och centrala samverkansstrukturen ska återföras till respektive linjeorganisation
- Säkerställa en ändamålsenlig uppföljning och återsrapportering rörande samverkan kring vården av multisjuka äldre

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Multisjuka äldre kan definieras på olika sätt. Äldrecentrum tillämpar definitionen att man ska vara 75 år eller äldre, ha vårdats inom slutet sjukhusvård vid tre eller flera tillfällen under ett år och ha tre eller flera diagnoser från olika sjukdomsgrupper. Äldrecentrums studier visar att multisjuka äldre vill ha kontinuitet i kontakterna med vården och omsorgen. De vill se ett sammanhang mellan olika insatser och vill ha inflytande i vården. Behoven som multisjuka ger uttryck för stämmer väl överens med målformuleringar i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Men lagarna innehåller inga riktlinjer för hur man ska nå de övergripande målen. För att nå dit krävs ett väl fungerande samarbete mellan landsting och kommun och en fungerande vårdkedja.

Brister i vårdkedjan resulterar i ökade remissflöden till sjukhusen, ökat tryck på akutmottagningar, problem med ökat antal utskrivningsklara patienter samt överbeläggningar på vårdavdelningar. I stället för att göra en sammanvägd individuell bedömning av hela sjukdomsbilden i samarbete med inblandade parter finns risk att patienter skickas mellan olika specialister, allmänläkare, akutmottagning och hemtjänst.

Betydelsen av samverkan uppmärksammas i bl.a. Umeå kommun. I uppdragsplanen för äldrenämnden 2016 behandlas utvecklingsarbetet "Trygg och säker hemgång" som syftar till att trygga vårdkedjan från sjukhusvistelse till stöd och hjälp från kommunen avseende utskrivningsklara patienter.

Landstingsfullmäktige har i flera år lyft betydelsen av att klara den demografiska utvecklingen i länet som innebär fler äldre multisjuka. Hälso- och sjukvårdsnämnden med ansvar för länets sjukhusvård uppger i sin verksamhetsplan för år 2016 att samverkan är en avgörande faktor för att nämndens verksamheter ska klara av sina uppdrag. Nämnden uppger att man tillsammans med andra vårdgivare ska arbeta med att skapa smidiga vårdflöden. Landstingsstyrelsen, med ansvar för länets primärvård, anger i sin verksamhetsplan för år 2016 också betydelsen av att samverkan mellan landstinget och kommunerna utvecklas.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Den övergripande revisionsfrågan är:

- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun säkerställt att det finns en ändamålsenlig samverkan mellan landstinget och kommunen i vården av multisjuka äldre?

Granskningen delas in i tre områden:

1. Styrning

- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns en enhetlig definition av vad som avses med äldre multisjuka?

- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun, genom sin styrning säkerställt att det sker en samverkan i vårdkedjan inom sjukhus, mellan sjukhus och primärvård samt med kommunen i vården av multisjuka äldre?
- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun, säkerställt att det finns rutiner och handlingsplaner på operativ nivå för samverkan i vårdkedjan?
- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun, säkerställt att det på annat sätt, exempelvis organisatoriskt, finns en samverkan mellan landstinget och kommuner för vård av multisjuka äldre?
- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun, säkerställt att det finns tillräcklig kompetens för att möta vårdbehovet hos äldre som är multisjuka?

2. Samverkan i praktiken

- Har företrädare för landsting respektive kommun en samsyn om vad som avses med vård av multisjuka äldre?
- Är roller och ansvar i vårdkedjan tydliga?
- Hur minimeras undvikbara akuta inläggningar av äldre multisjuka?
- Fungerar utskrivningsrutiner och vårdplanering på ett tillfredsställande sätt för patienter som ska återvända till kommunal vård och fungerar det kommunala mottagandet av utskrivningsklara patienter?
- Beaktas behovet av rehabiliteringsinsatser i planeringen?
- Beaktas behov av förebyggande insatser?
- Upprättas samordnade individuella planer i enlighet med SoL och HSL?
- I vilken mån utvecklas vården av multisjuka äldre utifrån patienters och anhörigas erfarenheter och kunskap?

3. Uppföljning

- Har landstingsstyrelsen, landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd samt äldrenämnden i Umeå kommun i tillräcklig grad följt upp och utvärderat resultat och effekter för vård av multisjuka äldre?
- I händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun, agerat i syfte att åtgärda bristerna?

I granskningen har frågor ställts utifrån ett genusperspektiv.

1.3. Avgränsning

Granskningen avgränsas till samverkan mellan Umeå kommun och landstinget avseende multisjuka äldre.

1.4. Ansvariga nämnder och styrelser

Granskningen avser landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden i Västerbottens läns landsting och äldrenämnden i Umeå kommun.

1.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analys, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut.

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen, 6 kap § 7
 - I KL 6 kap. § 7 framgår att nämnder och styrelser ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnder och styrelser ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen, bl a § 2a-b, § 3 f
 - I HSL § 2a framgår att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Detta innebär att den bland annat ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.
- ▶ Patientlagen 6 kap. 1 §
 - Av patientlagens 6 kap. 1 § framgår att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses och att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.
- ▶ Socialtjänstlagen, bl.a. 2 kap. 7§, 5 kap. § 6 samt § 8
 - Av socialtjänstlagen 2 kap. 7§ framgår att när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan.
 - I 5 kap. 6 och 8§ framgår att socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt för människor med fysiska och psykiska funktionshinder och i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område. Kommunen ska planera sina insatser för dessa målgrupper. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.
- ▶ Reglemente för landstingsstyrelsen
- ▶ Reglemente för hälso- och sjukvårdsnämnden
- ▶ Reglemente för äldrenämnden, Umeå kommun

Reglementen beskrivs under rubrik 2.

1.6. Genomförande

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med tjänstemän inom Västerbottens läns landsting samt Umeå kommun. I bilaga 2 framgår intervjuade personer.

Vidare har tillgänglig statistik inhämtats avseende antalet upprättade och pågående samordnade individuella planeringar (SIP), antalet dagar patienter varit utskrivningsklara samt upprättade avvikelser avseende samverkan mellan landstinget och Umeå kommun.

Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

2. Styrning

2.1. Uppdrag och mål

2.1.1. Västerbottens läns landsting

I landstingsplan 2016-2018 beskrivs utmaningen med en allt äldre befolkning. Samverkan med länets kommuner beskrivs vara en förutsättning för att klara framtidens utmaningar. Fullmäktige har satt upp fyra inriktningsmål 2016, varav ett är att vara en aktiv och innovativ samverkanspartner. Som mått på om målet uppnåtts anges att samtliga kommuner ska uppleva landstinget som en aktiv samarbetspartner. Det saknas ingångsvärde för måttet och det framgår inte hur uppföljning ska ske.

Landstinget gav inför 2015 samtliga verksamhetschefer i uppdrag att belysa sin verksamhet i ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv som grund för förbättringsarbete. Jämvårdsrådet – landstingsdirektörens stabsgemensamma beredningsorgan – beslöt att genomföra ett pilotprojekt i syfte att skapa en generell modell till stöd för sådana analyser. Avancerad hemsjukvård i Umeå valdes ut som pilotverksamhet. Projektet avslutades i januari 2016.

Landstingsstyrelsen

Av reglementet för landstingsstyrelsen framgår att styrelsen har verksamhetsansvar för verksamhetsområdet Primärvård. Vidare framgår att styrelsen ska företräda landstinget som beställare av primärvård. Styrelsen ska lämna förslag till fullmäktige avseende uppdrag och ersättningssystem för primärvården, träffa överenskommelse respektive avtal med utförare av primärvård och svara för uppföljning av hur uppdraget uppfylls. Landstingsstyrelsen är både beställare av Hälsoval Västerbotten och verksamhetsansvarig för landstingets hälsocentraler.

I landstingsstyrelsens verksamhetsplan 2016 finns ett mål att utveckla äldreomsorg i primärvården. Ett ytterligare mål är fördjupad samverkan med kommuner, där det framgår att samverkan ska stärkas gällande framförallt vårdplatser och prehospital vård. Vidare framgår att en inventering av samverkansformer är genomförd för Malå, Sorsele, Storuman, Vilhelmina och Åsele kommuner, och att ett gemensamt måldokument ska tas fram utifrån detta under 2016.

Primärvården

I primärvårdens verksamhetsplan för egenregi 2016 framgår det långsiktiga målet att förbättra vården för patienter med diabetes, KOL och psykisk ohälsa samt för sjuka äldre. Vidare framgår målet att antalet vårdprocesser i samverkan ska öka. En av strategierna under "förbättrade vårdprocesser" är att primärvården "strävar efter att etablera väl fungerande vårdprocesser i samarbete med andra verksamhetsområden och huvudmän". Det finns ett antal aktiviteter och nyckeltal kopplade till respektive mål. Av verksamhetsplanen framgår tilläggsuppdraget att minska antalet vårdplatser som upptas av utskrivningsklara patienter från 35/dag till 25/dag.

I uppdrag och regler för länets hälsocentraler (Hälsoval 2016) beskrivs att vårdgivaren ska organisera sin verksamhet så att listade personer med behov av sammansatta insatser, ned-satt autonomi eller med långvarig sjukdom får kontinuitet i vården genom fast vårdkontakt. Vårdgivaren ska, för de personer som så önskar, erbjuda tillgång till fast läkarkontakt. Vård-givaren ansvarar för att vården för de sjuka äldre som är listade på hälsocentralen bedrivs systematiskt och strukturerat så att det möjliggör en sammanhållen vård.

Det framgår även att vårdgivaren ska samarbeta med berörda vårdaktörer, annan huvudman och myndigheter när patientens behov inte kan tillgodoses enbart på hälsocentralen. Samar-betet ska bidra till en väl fungerande vårdprocess utifrån ett patientfokuserat synsätt och med patientens samtycke och delaktighet. Samarbetet kring patienten vid vårdövergångar ska ske strukturerat och patientsäkert. Vårdgivaren ska samarbeta med andra berörda vårdgivare och myndigheter vid utarbetande av utrednings-, behandlings- och rehabiliteringsplaner samt aktivt medverka vid samordning och informationsöverföring mellan specialistvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Vårdgivaren ska följa de rutiner för samordnad vårdpla-nering (SPU) för utskrivningsklara patienter vilka upprättats mellan landstinget och länets kom-muner.

För patienter som bor i ordinärt boende och får insatser från vårdgivaren och kommunens hälso- och sjukvård eller hemtjänst ska vårdplanering och uppföljning genomföras i samar-bete med kommunen. Vårdgivaren ska också delta i de vårdplaneringar som initieras av kommunen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden

I reglementet för hälso- och sjukvårdsnämnden framgår att nämnden är verksamhetsansva-rig för sjukhusvård och tandvård.

Av nämndens verksamhetsplan för 2016 framgår målet fördjupad samverkan med kommu-ner. Där beskrivs bland annat samarbetet med kommunerna avseende "tidig hemgång inom 48 timmar", vilket fortsättningsvis ska minska antalet utskrivningsklara patienter och möjlig-göra att vårdplatser frigörs på sjukhusen. Vidare framgår att sjukstugeplatser, kommunens hälso- och sjukvård och prehospital vård kan komma att i högre grad än tidigare, främst i glesbygd, samordnas under olika samarbets- och organisationsformer, i syfte att tillsammans hantera kommande kompetens- och vårdbehov.

2.1.2. Umeå kommun

I *planeringsförutsättningar, budget och investeringar 2016* fastställer kommunfullmäktige ett antal övergripande mål för kommunen, bland annat att skapa förutsättningar för kvinnor och män att ha samma makt att forma samhället såväl som sina egna liv samt att Umeå ska ha Sveriges bästa folkhälsa 2020.

Äldrenämnden

Av reglementet för äldrenämnden framgår ansvar för kommunens uppgifter inom socialtjänsten och de uppgifter som i övrig lag åläggs kommunens socialnämnd rörande äldre människor samt personer med funktionshinder som fyllt 65 år. Vidare framgår att nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs och utvecklas i enlighet med den lagstiftning som reglerar vård och omsorg.

Enligt nämndens uppdragsplan och budget 2016 ska verksamheterna förbättra samarbetet mellan vård- och omsorgsboenden, hemtjänsten och hälso- och sjukvård i hemmet med fokus på geografiska områden. Samverkan ska även ske med andra kommunala verksamheter, landsting och regionförbund, andra kommuner samt andra regionala och nationella samarbetsorgan.

Två utvecklingsarbeten som pågår är *Trygg och säker hemgång* och *Trygg och säker hemma*. Trygg och säker hemgång handlar om att trygga vårdkedjan från sjukhusvistelse till stöd och hjälp från kommunen vad gäller utskrivningsklara patienter.

Det finns inga specifika mål avseende samverkan. Generellt beskrivs att verksamheten ska arbeta hälsofrämjande med hänsyn till människans hela livssituation samt ge förutsättningar och möjligheter till självständighet och meningsfullhet för den enskilde med stöd och insatser från kommunen. En viktig del beskrivs vara samverkan med andra aktörer i nätverket, exempelvis hälso- och sjukvården.

Utifrån äldrenämndens uppdragsplan pågår ett arbete för en trygg och säker hemgång för personer som vistats på sjukhus samt för att motverka att personer som bedömts utskrivningsklara ligger kvar på sjukhus med kommunalt betalningsansvar. Målbilden är att samtliga personer som behöver omsorg och/eller vård av kommunen efter utskrivning från sjukhuset ska gå hem inom 48 timmar efter det att personen bedömts som utskrivningsklar.² Av utredningen framgår att 25 % (dec 2015) av de som är utskrivningsklara väntar längre än 48 timmar på hemgång och att kommunen hade 1794 dygn med betalningsansvar under 2015.

2.2. Avtal och styrdokument avseende samverkan

Ett antal avtal och överenskommelser är centrala gällande samverkan mellan landstinget och kommunerna i vården av multistjuka äldre. Dessa beskrivs nedan.

2.2.1. Avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende

Den 1 januari 2013 började nuvarande avtal gälla som reglerar ansvaret avseende hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i ordinärt boende mellan Västerbottens läns landsting och länets kommuner. Genom avtalet överfördes hälso- och sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå i ordinärt boende från landstinget till kommunen. Avtalet omfattar övertagande av hälso- sjukvårdsinsatser i enlighet med 18 och 18 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) från

² Kommunens betalningsansvar inträder 72 timmar efter att patienten bedömts utskrivningsklar.

landstinget till kommunerna. Övertagandet omfattar hemsjukvård, hembesök samt rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i ordinärt boende.

Den ekonomiska regleringen skedde genom skatteväxling, skattesatsen var 20 öre. Skatteväxlingen gällde från 1 januari 2013³, med en återbetalning till landstinget för åtta månader. Efter genomförd ekonomisk kontrollstation, 2015, har en ny skatteväxling beslutats om ytterligare 5 öre, gällande från 1 jan 2016.

I enlighet med gällande lagstiftning ska kommunen och landstinget enligt avtalet utveckla integrerade former för dokumentation och informationsöverföring.

För samverkan utifrån avtalet finns en länssamordningsgrupp (LSG) inrättad som består av ledande tjänstemän från socialtjänsten och landstinget. Enligt avtalet ska parterna verka för en enhetlig uppföljningsmodell i länet. Länssamordningsgruppen ansvarar för att initiera och utveckla modell för uppföljning. Utöver att fullmäktige för respektive huvudman ska godkänna avtalet, tydliggörs inte hur avtalets fullgörande ska återspeglas i respektive hemorganisation.

Ett förtydligande av avtalet togs fram av LSG under slutet av 2015, då parterna upplevde att avtalets skrivningar om ansvar gav utrymme för olika tolkning. När granskningen genomförs pågår framtagande av ytterligare vägledning utifrån avtalet, för att tydliggöra respektive huvudmans ansvar. Vägledningen tas fram av en arbetsgrupp bestående av avtalsstrateg på landstinget, strateg för vård och omsorg på Region Västerbotten, två representanter för landstingets primärvård (hälsocentraler) samt medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) i Umeå kommun. Vägledningen ska behandlas av LSG samt AC Konsensus under 2017.

AC Konsensus är ett forum för länets kommuner och Västerbottens läns landsting för information, diskussion och konsensus i frågor som bör hanteras lika i länet. Samverkan ska ske kring länsövergripande överenskommelser inom vård och omsorg inkl. barn och unga samt folkhälsa, läns gemensamt utvecklingsarbete samt gemensam omvärldsbevakning. AC Konsensus saknar eget beslutsmandat, och ska rekommendera ärenden för beslut i respektive hemorganisation.

Det finns två beredningsgrupper knutna till AC Konsensus, varav LSG är en och Länsgrupp barn och unga (LBU) den andra. Sekretariaten för grupperna sköts av Region Västerbotten.

LSG har en beredningsgrupp knuten till sig, där ärenden avseende hemsjukvård där huvudmännen inte kommer överens ska kunna behandlas.⁴

³ Verksamhetsöverföringen skedde dock 1 september.

⁴ En överblick över samverkansgrupperingar i länet finns på sid. 11

2.2.2. Länsövergripande ramavtal om läkarmedverkan i ordinärt boende

Ramavtalet började gälla 1 september 2013 och reglerar landstingets samt kommunernas respektive ansvar avseende läkarmedverkan i ordinärt boende. Det betonas att ramavtalet förutsätter att det finns lokala skriftliga rutiner.

Avtalet behandlar struktur och teamarbete runt patienten samt upprättande av samordnad individuell plan (SIP). Hälsocentralen/sjukstugan och/eller sjukhuset har ansvar för att vårdplan upprättas och att patientansvarig läkare har utsetts. Vårdplanering ska genomföras inför inskrivning till hemsjukvård. Den samordnade individuella vårdplanen ska dokumenteras.

Avseende uppföljning framgår att de lokala rutinerna mellan hälsocentral/sjukstuga och kommunens hälso- och sjukvård i respektive kommun ska följas upp årligen och rapporteras till länsamordningsgruppen som ser över om det länsövergripande avtalet behöver revideras. En mall för lokal rutin är bilagd avtalet. Av granskningen framkommer att det saknas lokala rutiner mellan hälsocentralerna i Umeå och kommunens hälso- och sjukvård.

2.2.3. Samverkansöverenskommelse mellan Umeå kommun och Västerbottens läns landsting

En övergripande överenskommelse (SÖK) fastställer inriktning och arbetsformer för samverkan mellan äldrenämnden, individ- och familjenämnden, för- och grundskolenämnden samt gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden i Umeå kommun samt hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnden för folkhälsa och primärvård i Umeåregionen samt nämnden för funktionshinder och habilitering inom landstinget. Det framkommer inte i granskningen att överenskommelsen behandlats i granskade nämnder.

Syftet med överenskommelsen är att skapa en tydlig struktur i samarbetet parterna emellan och att skapa framförhållning och överblickbarhet över kedjan av aktiviteter. Det innebär också en gemensam organisering av ledningssamverkan för tre samverkansområden, varav ett är äldre, innefattande politisk styrning, verksamhetsstyrning och arbetsgrupper på operativ nivå.

Den politiska styrgruppen (SÖK politik), bestående av presidierna för samtliga berörda nämnder, sammanträder minst 4 gånger per år. Styrgruppen på tjänstemannanivå utses inom respektive samverkansområde av verksamhetsområdeschef eller stabschef för landsting och berörd områdesansvarig inom Umeå kommun. Vid behov ska lokala handlings- och aktivitetsplaner upprättas inom nämnda områden. Överenskommelsen ska stämmas av två gånger per år och gäller fram till 2018.

Den politiska styrgruppen är rådgivande och behandlar frågor om mål och inriktningar för samverkan samt vad som ska följas upp inom ramen för överenskommelsen. Då beslut efterfrågas som påverkar huvudmännens verksamheter ska dessa beslut fattas av respektive huvudman.

Utifrån överenskommelsen finns även tre tjänstemannastyrgrupper, varav en har målgruppen äldre (SÖK äldre).⁵ Utöver detta ska det även finnas samverkan på lokal nivå, mellan hälso-centraler och kommunen när det gäller hälso- och sjukvård i hemmet. Enligt uppgift har dessa lokala ledningsgrupper ingen koppling till SÖK/HÖK/LÖK utan är istället kopplade till LSG, genom uppdrag av AC Konsensus.

2.2.4. Samverkansgruppering i Västerbottens län

Utöver samverkansöverenskommelsen mellan nämnder i landstinget och Umeå kommun finns en upprättad huvudöverenskommelse för samarbete (HÖK) mellan socialnämnden, barn- och grundskolenämnden och gymnasienämnden i Skellefteå kommun och Norsjö kommun, hälso- och sjukvårdsnämnden och nämnden för funktionshinder och rehabilitering i landstinget samt nämnden för folkhälsa och primärvård i Skellefteå- och Norsjöområdet. Likt SÖK syftar överenskommelsen till att skapa en tydlig struktur i samarbetet parterna emellan och att skapa framförhållning och överblickbarhet över kedjan av aktiviteter. En struktur bestående av en politisk styrgrupp, tjänstemannastyrgrupper samt arbetsgrupper är forum för samverkan. Det finns en tjänstemannastyrgrupp äldre där träffar sker månatligen.

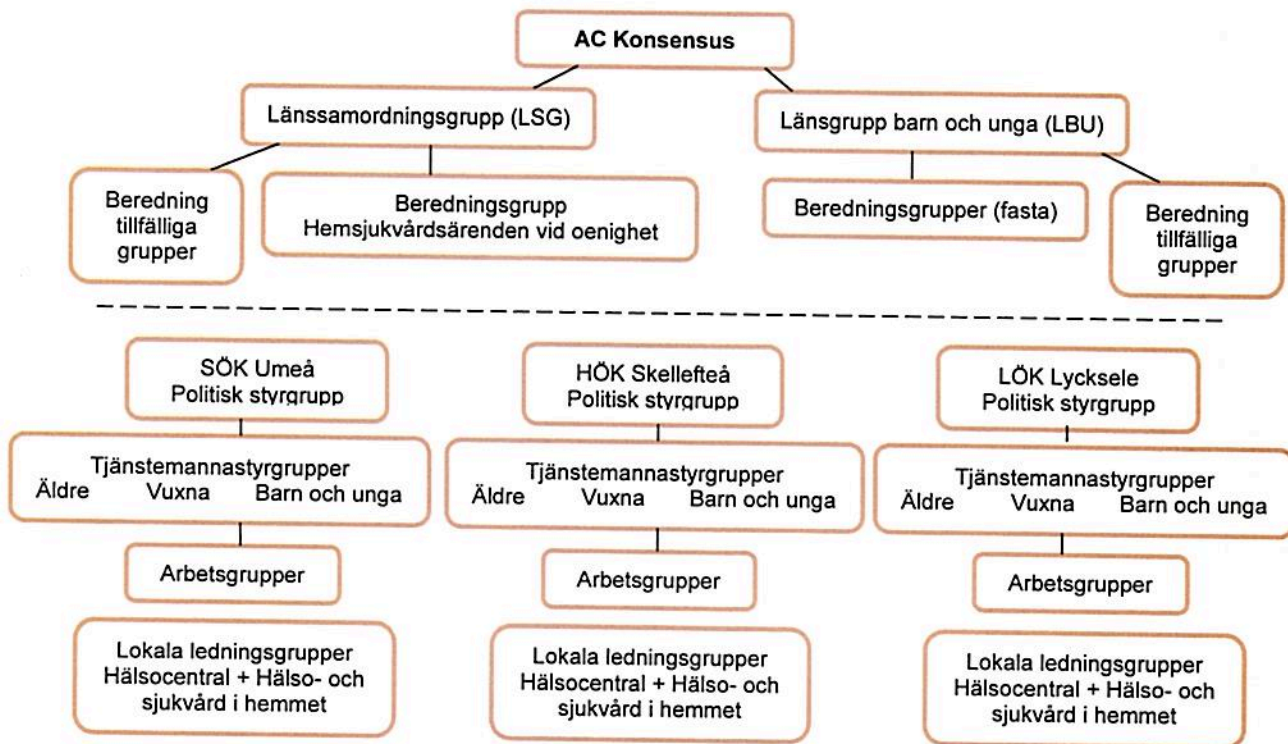
Mellan socialnämnden och kultur- och utbildningsnämnden i Lycksele kommun samt hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnden för funktionshinder och rehabilitering samt nämnden för folkhälsa och primärvård i Södra Lappland har en lokal överenskommelse (LÖK) upprättats. Denna följer samma struktur och har samma syfte som SÖK och HÖK. Även här finns en politisk styrgrupp, tjänstemannastyrgrupper samt arbetsgrupper i olika frågor, bland annat avseende äldre.

I figuren ges en översikt över samverkan i länet.⁶

⁵ Tjänstemannastyrgrupper finns även för vuxna samt barn och unga.

⁶ Figuren är hämtad från ett arbetsmaterial, avsedd för kartläggning av samverkansstrukturer i länet (VLL, 2016)

Figur 1. Samverkansgruppering i Västerbottens län



2.2.5. Äldreplan 2013-2020 och handlingsplan

Under 2010 tog landstingets hälso- och sjukvårdsutskott och socialnämndernas presidier i länet initiativ till en regional äldreplan, med utgångspunkten att alla äldre har rätt till en jämlik vård och omsorg, och ett behov att nyttja gemensamma resurser effektivt samt öka samarbetet mellan kommunerna och landstinget. En gemensam plan skapades, med syfte att anknyta lokala planer. Avseende samverkan finns ett antal mål:

- Formalisera samverkansformer i alla kommuner, mellan kommuner och mellan kommun och landsting
- Utveckla och fördjupa samverkan utifrån gemensamma beröringspunkter gällande vård och omsorg
- Utveckla samverkan med andra samhällsaktörer och samverkanspartners

Avseende hälso- och sjukvård finns målet att utveckla samverkansformer i alla kommuner för en trygg och sammanhållen vård och omsorg. För gruppen mest sjuka äldre betonas bland annat att utveckla samverkan genom nätverk.

Det framgår av planen att den ska följas upp årligen på regional nivå, då respektive huvudman ska redovisa vilka aktiviteter som genomförts. Detta ska ske via en enkät, som länsamordningsgruppen ansvarar för. Redovisning av resultatet till det länsövergripande politiska samverkansorganet AC Konsensus ska ske genom en årlig konferens. I AC Konsensus deltar politiska representanter från kommun- och landsting. Samverkan handlar i första hand om

övergripande gemensamma frågor. Nuvarande äldreplan har inte diarieförts och vi har därmed inte kunnat verifiera att den behandlats av landstingsstyrelsen eller äldrenämnden i Umeå kommun. Enligt uppgift ska en reviderad Äldreplan behandlas i AC Konsensus den 12 december för rekommendation för vidare beslut av respektive fullmäktige.

Äldreplanen konkretiseras i en handlingsplan, där det framgår att de statsbidrag som tilldelats Västerbotten för att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förändringsarbete avseende målgruppen har använts till bland annat fyra försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre, exempelvis avseende vårdprocesser och vårdplanering i Umeå– benämnd "Multi7". Av handlingsplanen framgår fem målområden, varav ett är "sammanhållen vård och omsorg". Ett antal försöksverksamheter och projekt genomfördes fram till 2013 inom ramen för målen sammanhållen vård och omsorg om äldre.

2.2.6. Övriga länsövergripande rutiner

En länsrutin för upprättandet av SIP behandlades i LSG 2013 och kompletterades i december 2014 med anledning av IT-stödet Prator. Det finns även en upprättad länsrutin för samordnad vård- och omsorgsplanering från 2013, som behandlar samverkan mellan landstinget och kommunerna vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård med stöd av IT- tjänsten Prator.

Övriga länsövergripande rutiner som berör multisjuka äldre är bland annat avseende egenvårdsbedömning, hälso- och sjukvårdsfrågor som inte kan lösas i formell lokal i samverkan inkl. struktur för ärendebeskrivning, nutritionsrutiner för patienter i hemsjukvård i ordinärt boende, generella behandlingsanvisningar samt beställning av provtagningsmaterial.

2.3. Resultat utifrån genomförda intervjuer avseende styrning

Styrningen avseende samverkan upplevs av intervjuade ske utifrån avtalet om överföring av hälso- och sjukvård i ordinärt boende, ramavtal om läkarmedverkan i ordinärt boende samt utifrån samverkansöverenskommelsen mellan nämnder i kommun och landsting. Länsamordningsgruppen och de lokala samverkansgrupperna beskrivs vara de forum där samverkan primärt behandlas.

Det övergripande intrycket utifrån genomförda intervjuer är att det föreligger en stor otydlighet utifrån avtalet om överföring av hälso- och sjukvård samt ytterligare utifrån de förtydliganden som gjordes 2015. Det beskrivs att otydligheten till stor del handlar om fortsatt tolkning av själva skatteväxlingen och vad denna innebär. Intervjuade i både landstinget och kommunen beskriver att tolkningsutrymmet i avtalet är stort, t.ex. avseende hur tröskelprincipen ska tillämpas. Detta resulterar i att huvudmännen kontinuerligt tolkar sitt ansvar olika.⁷

Äldreplanen samt tillhörande handlingsplan upplevs inte vara styrande i verksamheterna, enligt intervjuade i både Umeå och Skellefteå. Det saknas enligt intervjuade en gemensam

⁷ Tröskelprincipen innebär att patienten i första hand skall uppsöka hälsocentralen/sjukstugan för vård och behandling.

uppfattning om vem som ska göra vad och flera betonar ett behov av att klargöra respektive huvudmans uppdrag, där den enskilde ska stå i fokus. Utan en grundläggande samsyn på respektive huvudmans ansvar beskriver intervjuade från både landstinget och kommunen att det är svårt att komma vidare och att den äldre nu lätt "hamnar i kläm".

2.4. Vår bedömning

Hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen och socialtjänstlagen betonar att insatser för patienter ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt för att skapa trygghet, kontinuitet och säkerhet för den enskilde. Vikten av en god samverkan i vårdprocessen och mellan kommun och landsting framgår och betonas även i flera styrdokument. För en ändamålsenlig samordning av insatser och ett välfungerande samverkansarbete krävs att samverkan har en klar och tydlig ledning, tydliga och uttalade mål, tillräckliga resurser samt att skillnaderna i synsätt, organisation och regelverk mellan de samverkande har identifierats⁸.

Granskningen visar att frågor om samverkan mellan landstinget och länets kommuner hantearas i de samverkansgrupperingar som byggts upp utifrån AC Konsensus och de lokala samverkanöverenskommelserna. Avseende målgruppen multistjuka äldre bedömer vi att samverkan mellan Umeå kommun och landstinget utifrån samverkansöverenskommelsen, SÖK Umeå, med tillhörande tjänstemannastyvgrupp inte fungerar tillfredsställande. Bland annat visar granskningen att samverkan på lokal nivå, mellan verksamhetschefer för hälsocentraler och för kommunen när det gäller hälso- och sjukvård i hemmet inte har kommit igång som tänkt sedan skatteväxlingen 2013. Vi bedömer att olika tolkningar av vad som är att betrakta som hälso- och sjukvård i hemmet, mellan landsting och kommun, försvårar samverkansarbetet och gör att insatser för patienter inte samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Målgruppen multistjuka äldre blir särskilt drabbade av denna brist, då behovet av samordning i vårdkedjan är som störst för denna grupp. Trots att problemen utifrån samverkansstrukturen pågått under flera års tid noterar vi inte att några särskilda åtgärder vidtagits av landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden eller äldrenämnden i Umeå kommun. Utifrån granskningens resultat bedömer vi att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt äldrenämnden inte säkerställt att det sker en tillräcklig samverkan i vårdkedjan avseende multistjuka äldre.

⁸ Danermark, B. (2000). *Samverkan – himmel eller helvete*. Stockholm: Gothia.

3. Samverkan i praktiken

3.1. Resultat utifrån genomförda intervjuer avseende samverkan i praktiken

3.1.1. Tydlighet i roller och ansvar

Av intervjuerna i Umeå framkommer att samsynen brister avseende hur ansvaret för målgruppen är fördelat enligt avtalet samt ramavtalet för läkarmedverkan. Intervjuade inom både landstinget och kommunen lyfter skilda synsätt och tolkningar av avtalet som hinder för samverkan i Umeå. Det betonas att en gemensam målbild och värdegrund till målgruppen behövs för att samverkan ska fungera. Överlag finns en samsyn avseende vilka som tillhör gruppen multisjuka äldre.

Den samverkansstruktur som finns i Umeå utifrån samverkansöverenskommelsen upplevs inte tydlig avseende länken mellan den lokala politiska styrgruppen (SÖK) och den regionala AC Konsensus. Ledningsfunktioner i både landstinget och kommunen lyfter att det är otydligt hur samverkan i dessa forum får genomslag hos huvudmännen samt att det finns risk att samma frågor diskuteras i flera forum. Ett internt arbete för att kartlägga samverkansstrukturen har initierats av landstinget. Sex ärenden har hittills lyfts till beredningsgruppen för hemsjukvårdsärenden, men beredningsgruppen har ej kunnat enas och lösa något av ärendena. Enligt uppgift har underlag varit ofullständiga och inte beretts enligt ärendemall.

Samverkansdialogen avseende multisjuka utifrån HÖK beskrivs av intervjuade i Skellefteå som välfungerande. En god kontinuitet samt personkännedom beskrivs underlätta samverkan sedan två år tillbaka. Svårigheter lyfts dock avseende deltagande från hälsocentralerna, som dock ökat sitt deltagande senaste åren.

Intervjuade verksamhetschefer hos respektive huvudman lyfter ett flertal exempel på situationer när olika tolkning av gällande avtal fördröjer och försvårar samordningen av insatser för de äldre. Gränsdragning avseende ansvar för t.ex. respiratorvård och dialys i hemmet, tider för rond och läkemedelsgenomgångar samt kostnader för förskrivning och utprovning av hjälpmedel, betonas av flera intervjuade som exempel på områden som skapar frustration. Det senare exemplet kan enligt intervjuade försvåra arbetet med förebyggande och rehabiliteringsinsatser.

Osäkerheten kring varandras uppdrag leder till en ömsesidig känsla av att kostnader och ansvar "vältras över" på den egna organisationen. En bristfällig tillit och förväntningar som inte infrias uttrycks ha skapat en trötthet avseende samverkan.

Utifrån den upplevda otydligheten i gällande avtal har ett arbete påbörjats med en vägledning, som under 2017 ska behandlas i LSG och AC Konsensus. Intervjuade lyfter förhoppningen att vägledningen ska återgå till intentionen i det ursprungliga avtalet och de lärdomar respektive huvudman har dragit av arbetet.

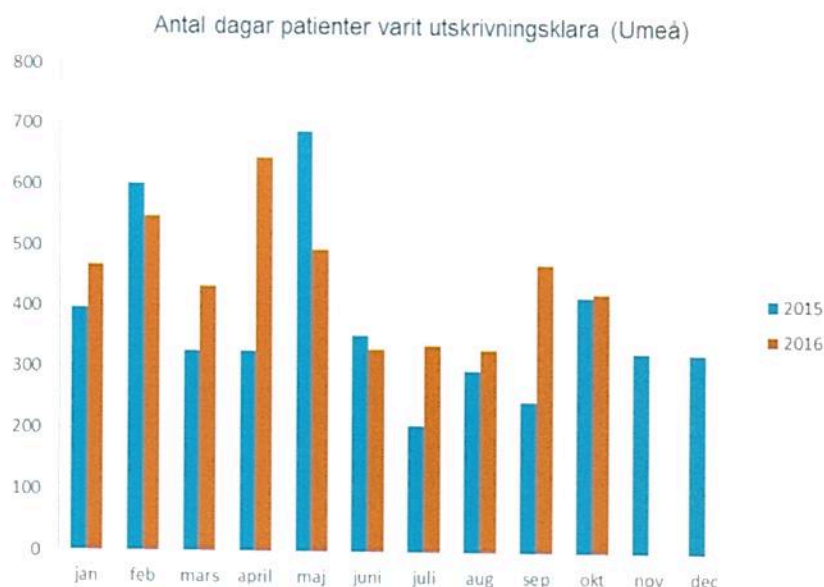
3.1.2. Planering, uppföljning och avvikelshantering

Det framkommer i intervjuerna att regelbundna träffar på ledningsnivå genomförs mellan sjukhusvård och primärvård, där bland annat kommunsamverkan lyfts.

Utskrivning och samordnad vårdplanering fungerar enligt intervjuade väl när det sker enligt upprättad rutin, men lyfter att det ofta brister i både vårdplaneringsunderlag samt deltagande i planeringen. Kontaktytor och deltagande beskrivs vara ett övergripande förbättringsområde avseende både kommunen, primärvården och sjukhuset. Intervjuade i kommunen lyfter att ottydlighet i kontaktytor medför att ett antal vårdplaneringar i veckan inte har fullständigt deltagande från kommunens sida. Detta innebär kortare planering från kommunens sida, större otrygghet för den äldre och kan även föranleda fördröjd hemgång. I statistik vi tagit del av från Umeå kommun för 2016 framgår att i 414 av 823 vårdplaneringar har personen gått hem inom 48 timmar (vilket är kommunens mål).⁹ Här framgår även att kommunen under 2015 hade totalt 1794 dygn med betalningsansvar. Fram till oktober 2016 uppgick denna siffra till 2651 dygn.¹⁰

Intervjuade i landstinget bekräftar bilden av ett varierande deltagande från kommunen samt en otrygghet från den äldres sida om var denne kan vända sig med frågor. Intervjuad sjukhussamordnare lyfter att utskrivningsklara patienter i snitt per månad upptar 1-2 vårdavdelningar. Det framgår av statistik vi tagit del av att patienter i snitt varit utskrivningsklara 449 dagar/månad januari till oktober 2016. För 2015 var siffran under motsvarande period 377 dagar/månad. Nedan ses fördelningen per månad.

Figur 2. Antalet dagar patienter varit utskrivningsklara 2015-2016 (Umeå)¹¹



⁹ Statistik registrerad t.o.m. v. 40

¹⁰ Betalningsansvaret inträder efter 72 timmar.

¹¹ Utdrag ut landstingets statistik, som sammanställs till SKL. 2016-11-28

Det är främst i vårdplaneringen som anhöriga deltar enligt intervjuade. I vissa patientgrupper, såsom demens och diabetes, uppges anhörigas deltagande som högre.

Arbetet med SIP beskrivs vara ett angeläget förbättringsområde, både i Umeå och Skellefteå. Enligt intervjuade upprättas SIP i mycket begränsad utsträckning, och enligt statistik som vi tagit del av finns totalt 39 pågående SIP avseende enheter inom Umeå området¹² när granskningen genomförs. Intervjuade i kommunen lyfter att Prator delvis används mer för ren informationsöverföring om patienten än samordnad individuell planering i egentlig mening. Utifrån den nya betalningsansvarslagen tror intervjuade att arbetet med SIP kommer att behöva förbättras betydligt.

Enligt intervjuade i kommunen pågår ett arbete för att få till månatlig samverkan på ledningsnivå med primärvården samt tillämpa SIP för att förbättra samverkan. I juni 2016 genomförde äldreomsorgen en kartläggning av tillgängligheten hos hälsocentralerna i kommunen. Där konstateras bland annat att det genomförs SIP-möten med väldigt få hälsocentraler.

Ett pilotprojekt har genomförts januari – oktober 2016 avseende informationsöverföring mellan hälsocentral och kommunens hemsjukvård vid in- och utskrivning av personer i hemsjukvård och vid tillfälliga hembesök. Det har skett på uppdrag av LSG och samordnats av Region Västerbotten.¹³ Utbildning i SIP genomfördes i februari och mars för hälso- och sjukvård i hemmet (HSIH) i kommunen samt distriktsköterskor på hälsocentralerna. Under mätperioden skapade HSIH 6 SIP ärenden, varav 2 pågående och 4 avslutade. Hälsocentralerna skapade 80 SIP ärenden, varav 11 pågående och 69 avslutade. I Prator ges bland annat möjlighet att använda modulen för samordnad vårdplanering även avseende SIP. Det kan underlätta att rätt personer kallas till båda tillfällena. En ny utbildning planeras till våren 2017.

Intervjuade i både kommun och landsting beskriver att avvikelser skrivs och skickas till berörd verksamhet, men att det saknas systematisk återkoppling och uppföljning. Att huvudmännen har olika IT-system för avvikelshantering försvårar hanteringen, då det kräver manuellt arbete och skapar otydlighet kring vart avvikelserna ska skickas. De privata hälsocentralerna har inte tillgång till samma system som de landstingsdrivna avseende avvikelshantering, utan använder blanketter. Inom ramen för granskningen begärdes en sammanställning av befintliga avvikelser utifrån samverkan mellan landstinget och länets kommuner som rapporterats till landstinget 2015-2016, avseende de som är äldre än 65 år. Sammanlagt har 47 avvikelser rapporterats varav 20 gäller Umeå kommun. Flera av avvikelserna avser utskrivning av hjälpmedel samt brister i den samordnade vårdplaneringen. Avvikelse sammanställs inte med någon regelbundenhet, utan diskuteras främst av avvikelshanterare. Det uppges att informationen avseende avvikelser när det gäller samverkan mellan landstinget och kommunen inte har efterfrågats eller presenterats för ledning eller politiker.

¹² Kommun + Landsting (PV och Psykiatri) som har initierat SIPar.

¹³ Deltagare var Hälso- och sjukvård i hemmet Umeå kommun, arbetsgrupp Nord och Syd i samarbete med hälsocentralerna Ersboda HC, Mariehems HC, Min Hälsa HC, Tegs HC och Ålidhems HC.

Uppföljning av enskilda ärenden när det gäller avvikelser samt specifika flöden (t.ex. hemgång efter utskrivning) sker gemensamt mellan företrädare för landstinget och kommun i t.ex. SÖK och HÖK men det sker enligt intervjuade ingen samlad uppföljning som ger en helhetsbild över samverkan avseende målgruppen. Därmed beskrivs det som svårt för ansvarig nämnd att vidta åtgärder.

I intervjuerna framkommer inga specifika analyser utifrån ett genusperspektiv. Det framgår inte heller av intervjuerna att behov av insatser identifierats utifrån specifika könsskillnader i målgruppen.

3.1.3. Insatser för att minska undvikbar slutenvård

Intervjuade i kommunen beskriver ett mycket begränsat stöd från primärvårdens läkare, vilket påverkar antalet inläggningar. Det uppges att brist på läkarmedverkan resulterar i att den äldre vänder sig till akuten i större utsträckning än nödvändigt. Ett flertal initiativ för att minska undvikbar slutenvård har diskuterats inom SÖK äldre under 2016.

Kommunen har initierat arbete med två hemteam, bestående av sjuksköterska, arbetsterapeut samt fysioterapeut. En sjuksköterska arbetsleder båda teamen. Målet är att minska utskrivning till korttidsboende och att utredning istället ska ske i hemmet. Det har vid intervjuer framkommit att det är inom korttidsboende som väntetiderna är som längst. Satsningen ska till viss del stärka det förebyggande arbetet, men framförallt erbjuda rehabilitering i hemmet. Kommunen har under 2016 även börjat arbeta med ett träningsprogram kallat Otago för att förebygga fallolyckor och stärka den äldres självständighet i hemmet.

På Skellefteå lasarett finns rehabiliteringsresurser samlade inom en enhet på sjukhuset, vilket enligt intervjuad verksamhetschef för Medicinsk och Geriatrisk klinik i Skellefteå uppges ge en mer samlad kraft till rehabiliteringsarbetet. I Umeå är dessa resurser spridda över flera kliniker.

Primärvården har initierat ett mobilt hembesöksteam bestående av läkare och sjuksköterska som arbetar dagtid på vardagar. Enligt intervjuade finns en förbättringspotential i hur kommunens hemteam och det mobila hembesöksteamet koordineras i mötet med de äldre, idag saknas direkt samverkan. Hembesöksteamet har varit en tillfällig satsning, där dialog om en permanent verksamhet pågår.

Inom ambulanssjukvården finns sedan 1,5 år en bedömningsbil med en erfaren sjuksköterska med syfte att minimera antalet besök på akuten samt inläggningar. Verksamheten började som ett projekt, men är nu en permanent verksamhet.

2014 övergick projektet vårdsamordnare till ett antal permanenta tjänster. Projektet hade till syfte att minska antalet inskrivningar genom en kontakt med vårdsamordnare på akuten som försöker trygga patientens situation i hemmet. Vårdsamordnare finns idag på akuten i Umeå och Skellefteå.

Geriatriska öppenvårdsteamet arbetar utifrån remiss från primärvård eller Norrlands universitetssjukhus. Insatser sker företrädesvis i hemmet och syftet är att förkorta vårdtiden och förhindra inläggning. Efter avslutad insats ska kommunen kunna ta över vården. Enligt intervjuad verksamhetschef är patienterna kända av kommunen genom att majoriteten har hemtjänst och samarbetet upplevs fungera väl. Teamet arbetar med rehabiliterande insatser, dock inte i samverkan med kommunen.

Geriatriskt centrum har utskrivningssjuksköterskor på samtliga avdelningar, som har kontakt med kommunen vid utskrivning. Enligt intervjuade skapar t.ex. ofullständig dokumentation i Prator en otydlighet i vårdplaneringen. Intervjuade i kommunen beskriver att utskrivningsrutinerna avseende multisjuka äldre fungerar bättre med geriatriken än övriga avdelningar på sjukhuset.

Ledningsfunktioner i landstinget beskriver en god intention i de planer och team som skapas, men att det saknas en strategi för implementering, finansiering och uppföljning. Detta gäller inte minst samverkansfrågor, då flera verksamheter har ansvar.

3.2. Vår bedömning

Av hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen framgår att när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. En länsrutin för upprättandet av samordnad individuell plan antogs 2013 och kompletterades i december 2014 med anledning av IT-stödet Prator. Granskningen visar utifrån intervjuer samt insamlad statistik att samordnade individuella planer upprättas i mycket begränsad utsträckning. Brister i den samordnade vårdplaneringen gör att samverkan mellan huvudmännen försvåras och skapar risker för den enskilde patienten. Vi bedömer att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt äldrenämnden i Umeå kommun i ökad utsträckning behöver tillse och följa upp att samordnade individuella planer upprättas i enlighet med lagkrav samt beslutad rutin, för multisjuka äldre med behov av insats från flera huvudmän.

Av intervjuerna i granskningen framgår att olika tolkning av gällande avtal fördröjer och försvårar samordningen av insatser för de äldre. Vidare uppges att samverkansstrukturen är otydlig när det gäller kopplingen mellan den lokala politiska styrgruppen (SÖK) och den regionala AC Konsensus. Ledningsfunktioner i både landstinget och kommunen lyfter att det är otydligt hur samverkan i dessa forum får genomslag hos huvudmännen samt att det finns risk att samma frågor diskuteras i flera forum. Vi bedömer att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt äldrenämnden i Umeå kommun behöver tillse att roller och ansvar i vårdkedjan avseende multisjuka äldre tydliggörs.

4. Uppföljning

4.1. Västerbottens läns landsting

I landstingsstyrelsens delårsrapport per april 2016 beskrivs under målet, att utveckla äldrehälsovård i primärvården, att hälsocentralerna inom ramen för Hälsovalet arbetar med insatser för äldre. Arbetet har inletts med uppdraget som ställdes från fullmäktige och som ett första steg görs en uppföljning av samtliga hälsocentralers nuvarande arbetsformer riktade till äldre patienter. Utifrån kartläggningen ska fortsatt utvecklingsarbete ske. Ingen ny information avseende arbetet presenteras i delårsrapport per augusti 2016.

Av delårsrapport per augusti framgår det avseende målet om fördjupad samverkan med kommunerna rörande sjukstugeplatser, prehospital vård och hjälpmedel att en gemensam plattform för samverkan har tagits fram mellan kommunerna i Region 8 och landstinget samt fastställts bland huvudmännen under våren. I Region 8 ingår Dorotea, Lycksele, Malå, Norsjö, Sorsele, Storuman, Vilhelmina och Åsele. Syftet är att tydliggöra grundförutsättningarna för samverkan. Lokala överenskommelser och avtal har reviderats för att säkerställa en god vård till alla medborgare, inte minst i glesbygdsområden.

Vid landstingsstyrelsens sammanträde i maj behandlades primärvårdens handlingsplan för bemanning i egenregi samt även uppdrag och relation till egenvård, hemsjukvård och sjukhusvård. Där framgår ett särskilt fokus på vårdkedjan för äldre och multisjuka, enligt del i uppdrag till landstingsstyrelsen.¹⁴ Av rapporten framgår att samverkansdialoger mellan primärvård och sjukhusvård har initierats för att se hur resurser nyttjas bäst. Vidare beskrivs arbetet att utse kontaktpersoner på chefs- och professionsnivå bl.a. genom att förstärka allmänläkarkonsulterna så att det finns en konsult mot varje klinik. Förankringsprocessen vid förändringar i arbetsfördelning ska säkras.¹⁵ Vid sammanträdet i oktober 2016 gav landstingsdirektören en muntlig återrapportering av arbetet och en skriftlig rapport ska redovisas vid sammanträdet den 13 december.

Landstingsstyrelsen behandlade den 25 oktober 2016 en länsgemensam hjälpmedelsstrategi 2017-2021 utifrån rekommendation från AC Konsensus. Även förslag till organisering av samverkan samt prioritering för 2017 behandlades, för vidare behandling i landstingsfullmäktige.¹⁶

Även i hälso- och sjukvårdsnämndens delårsrapport per april 2016 framgår att landstingsstyrelsen fördjupat sina arbetsformer kring verksamhetssamverkan med inlandskommunerna inom Region 8, vilket beskrivs vara en förutsättning för verksamhetssamverkan inom nämndens verksamheter. Av delårsrapport per augusti framgår att kommunernas möjlighet att ta hem utskrivningsklara patienter har minskat, ett högre antal än 2015 väntar på sjukhus. Avseende målet att konsumtionen av slutenvård ska minska, bedöms att målvärdet inte kommer att uppnås.

¹⁴ VLL 617-2016

¹⁵ VLL 617_3 – 2016 "Primärvården i egenregi – handlingsplan för bemanning"

¹⁶ VLL 937-2016

Vidare framgår i delårsrapporten per augusti att landstinget och kommunerna under hösten 2016 och våren 2017 inleder ett förberedande arbete inför den nya betalningsansvarslagen, som förväntas träda i kraft tidigast 2018. Det har under föregående år presenterats ett betänkande av utredningen av betalningsansvarslagen (2015:10) som handlar om trygg och effektiv utskrivning från slutenvård. Syftet med lagen är att minimera onödig vistelse på sjukhus för utskrivningsklara patienter och att korta ned ledtider mellan sjukhusvård och vård och omsorg i det egna hemmet eller särskilt boende. Av delårsrapporten framgår att "samverkan med kommuner sker i många olika grupperingar, såväl på övergripande nivå, på lokal nivå, basenhetsnivå som kring specifika patienter och dagliga vårdplaneringar." Behov bedöms finnas av att "tydliggöra syfte och uppdrag för respektive gruppering samt att förbättra processer för informationsspridning, kommunikation, förankring, beslut och uppföljning."

Hälso- och sjukvårdsnämnden behandlar i maj 2016 slutrapporten för det pilotprojekt som genomförts inom avancerad hemsjukvård i Umeå (AHS) avseende jämlik vård i livets slutskede. Framtagen modell är tänkt att vara ett stöd för liknande analyser inom andra verksamheter i landstinget. Nämnden beslutar att väga in möjligheten att utföra liknande analyser i verksamhetsplanarbetet för 2017.

Primärvårdens beställarenhet följer årligen upp beställningen till vårdgivarna, samt vissa mål även till delårsrapportering, via fastställd uppföljningsplan. Ett delmål som ska följas upp i årsrapporten avseende "bättre och jämlik hälsa" är att eliminera hälsoriskfaktorer hos äldre, där hälsocentralens modell för strukturerat arbete med äldreomsorg samt vilka yrkeskategorier som avdelats för arbetet ska beskrivas enligt anvisning. Indikatorer för uppföljning av samverkan för gruppen multisjuka äldre saknas.

Vi har tagit del av projektrapporter för Multi7, HOPP och Vårdsamordnare, varav Multi7 och HOPP avslutades under 2013. Vårdsamordnare utvärderades under 2013 och övergick från projekt till permanent form 2014. Dessa projekt har redovisats separat i ansvarig nämnd.

4.2. Umeå kommun

Av äldrenämndens delårsrapport 2, 2016 framgår att hälso- och sjukvård i hemmet startade upp hemteamet den 1 juni 2016. Teamens insatser riktas till personer som är utskrivningsklara från sjukhuset och behöver stöd i hemmet för en trygg hemgång. Målgruppen är personer som tidigare vistats på korttidsboende för utredning och att den nu istället erbjuds ske i hemmet. Avtalet med tröskelprincipen som grund beskrivs innebära "i viss mån olika tolkningar mellan kommunen och landstinget och diskussioner pågår fortfarande med behov om förtydliganden i avtalen".

Att personer med särskilt boendebeslut har blivit kvar på korttidsboende eller på sjukhus har även resulterat i ökade kostnader gentemot landstinget och ett arbete pågår med att stärka arbetet kring uppföljning av insatser och beslut utifrån den målsättning som nämnden uttalat. Det finns en fortsatt stor efterfrågan från medborgarna vad gäller särskilda boendeplatser och väntetiden till vård- och omsorgsboende som korttidsboende har ökat under det andra

kvartalet. Hälso- och sjukvård i hemmet har rapporterat att 38 läkemedelsgenomgångar i ordinärt boende genomförts under året. Under 2015 var antalet 19.¹⁷

Nämnden redovisar ett underskott avseende betalningsansvar (-4,5 mnkr), beroende på fler faktiska dygn än planerat. I genomsnitt har det under perioden varit 255 dygn per månad medan budget varit 136 dygn per månad.

Av äldrenämndens protokoll för 2016 framgår bland annat att förstärkning av bemanning skett utifrån stimulansmedel inom särskilt boende för äldre, hemtjänst samt det hemteam som består av arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterska/arbetsledare. Arbetsättet syftar till att hålla ihop vårdkedjan från sjukhusvård till kommunal vård och omsorg. Även en palliativ sjuksköterska har tillsatts. Inför kommande års medel gör förvaltningen bedömningen att ytterligare insatser behövs för att förbättra flödet från slutenvård till ordinärt boende.

4.3. Uppföljning i samverkansgrupper

I länsamordningsgruppens protokoll för 2016 behandlas löpande ärenden som rör multisjuka äldre. Under 2016 har bland annat förtydligande av avtal avseende hälso- och sjukvård i ordinärt boende, läns gemensam rutin för samordnad planering vid utskrivning (SPU), hälso- och sjukvårdsfrågor som inte kan lösas i samverkan, SIP i Prator samt ny betalningsansvarslag behandlats. Det framgår ej av protokollen hur återkoppling sker till respektive huvudmans uppföljning.

AC konsensus behandlar revidering av äldreplanen vid sina sammanträden i mars och maj 2016. Det framkommer av intervjuerna att den årliga uppföljningen av planen inte genomförts.

Det saknas diarieförda protokoll för SÖK politiska samt tjänstemannastyrgrupp, varför vi inte kan verifiera huruvida samverkansöverenskommelsen stämts av.

4.4. Vår bedömning

I kommunallagens 6 kap. § 7 framgår att nämnder och styrelser ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnder och styrelser ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Granskningen visar att samverkansärenden avseende äldre behandlas löpande i länsamordningsgruppen, men utan tydlig linje till respektive huvudmans ordinarie uppföljning. Det framgår inte tydligt av upprättade avtal hur beslut tagna av AC konsensus får genomslag i respektive linjeorganisation. När det gäller avvikelser visar granskningen att det saknas systematisk återkoppling och uppföljning till respektive nämnd och styrelse. Sammantaget bedömer vi att landstingsstyrelsen, landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd samt äldrenämnden i Umeå kommun i ökad utsträckning behöver följa upp och utvärdera

¹⁷ 2015 års siffra enligt minnesanteckning SÖK äldre 2016-02-23

resultat och effekter avseende vård av multisjuka äldre. Detta för att kunna säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de föreskrifter som gäller och med en tillräckligt god intern styrning och kontroll.

5. Slutsatser av granskning i Skellefteå kommun¹⁸

En granskning har genomförts av PwC avseende vården av multisjuka äldre, på uppdrag av revisorerna i Skellefteå kommun. Granskningen berör styrning, samverkan i praktiken samt uppföljning. Nedan redogör vi för de huvudsakliga iakttagelserna och slutsatserna som drags i rapporten avseende hur samverkan fungerar i praktiken. Dessa resultat ligger utanför vår bedömning.

Av granskningen framkommer att samverkan och samordning på operativ nivå mellan landstinget och Skellefteå kommun bedöms till övervägande del bedrivs på avsett sätt. Bedömningen baseras på att samverkansområden och samarbetsrutiner är upprättade utifrån samverkansavtalet höken, och uppfattas i huvudsak efterlevas av kommunen och landstinget, samt att individuella planer upprättas.

Av intervjuer framkommer att det i huvudsak finns en samsyn mellan kommunen och landstinget kring hur samverkan ska gå till i praktiken. Det framkommer dock att det finns vissa brister i samverkan och samordning på operativ nivå, kring multisjuka äldre i behov av avancerade insatser i hemmet, när läkarinsatser ska involveras. Av granskningen framgår ett antal lokala rutiner mellan Skellefteå kommun och hälsocentralerna avseende övertagandet av hälso- och sjukvård i ordinärt boende. I intervjuer lyfts dock att tillämpningen av befintliga rutiner för SIP varierar inom kommunen och mellan kommunen och landstinget. I granskningen noteras att ett arbete pågår för att alla med behov ska ha en upprättad SIP vid utgången av år 2017.

¹⁸ Genomförd av PwC. Utkast till granskningsrapport daterad 2016-12-09

6. Samlad bedömning

6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

| Revisionsfrågor | Bedömning |
|--|---|
| Styrning | |
| Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns en enhetlig definition av vad som avses med äldre multisjuka? | Det finns olika definitioner i olika verksamheter, såsom multisjuka äldre samt mest sjuka äldre. Enligt intervjuade råder ingen otydlighet om målgruppens avgränsning, även om flera uttryck kan förekomma. |
| Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun, genom sin styrning säkerställt att det sker en samverkan i vårdkedjan inom sjukhus, mellan sjukhus och primärvård samt med kommunen i vården av multisjuka äldre? | Nej. Det finns mål och uppdrag som berör samverkan mellan huvudmännen men uppföljningen av målen och uppdragen i linjeorganisationen är bristfällig. |
| Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun, säkerställt att det finns rutiner och handlingsplaner på operativ nivå för samverkan i vårdkedjan? | Nej. Initiativ till rutiner och handlingsplaner på operativ nivå kommer främst från verksamheterna. Exempelvis ska lokala rutiner för läkarmedverkan upprättas mellan hälsocentraler och kommunen. Granskningen visar att dessa rutiner ännu inte har upprättats. |
| Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun, säkerställt att det på annat sätt, exempelvis organisatoriskt, finns en samverkan mellan landstinget och kommuner för vård av multisjuka äldre? | Delvis. Av granskningen framgår att det finns ett antal samverkansforum utifrån centrala och lokala samverkansöverenskommelser mellan landsting och kommun. Det är dock otydligt huruvida samverkan i dessa forum styrs i linjeorganisationerna och får genomslag hos huvudmännen. |
| Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun, säkerställt att det finns tillräcklig kompetens för att möta vårdbehovet hos äldre som är multisjuka? | Till viss del. Det framgår av landstingsstyrelsens och hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplaner respektive äldrenämndens uppdragsplan att uppdrag avseende kompetens- och bemanningsfrågor behandlas för att säkerställa en god vård och omsorg generellt, inklusive avseende äldre. Vi har i granskningen inte funnit specifika insatser avseende målgruppen multisjuka äldre. |
| Samverkan i praktiken | |
| Har företrädare för landsting respektive kommun en samsyn om vad som avses med vård av multisjuka äldre? | Till stor del. Flera begrepp förekommer, men av intervjuerna framkommer inga otydligheter avseende vilken målgrupp som avses. |
| Är roller och ansvar i vårdkedjan tydliga? | Nej. Det råder stor otydlighet avseende ansvarsfördelningen mellan huvudmännen i vårdkedjan. |
| Hur minimeras undvikbara akuta inläggningar av äldre multisjuka? | Ett antal insatser genomförs av respektive huvudman för att undvika eller minimera |

| | |
|---|--|
| | akuta inläggningar, vilka beskrivs i avsnitt 3.1.3. Dessa genomförs i undantagsfall i samverkan, men främst inom respektive organisation. |
| Fungerar utskrivningsrutiner och vårdplanering på ett tillfredsställande sätt för patienter som ska återvända till kommunal vård och fungerar det kommunala mottagandet av utskrivningsklara patienter? | Nej, enligt intervjuade följs inte de upprättade rutiner för samordnad vårdplanering som finns i någon större omfattning. Brister finns i både planeringsunderlag och deltagande i planeringen, vilket försvårar samverkan samt en ändamålsenlig utskrivningsprocess. |
| Beaktas behovet av rehabiliteringsinsatser i planeringen? Beaktas behov av förebyggande insatser? | Landstinget och kommunen arbetar med förebyggande och rehabiliterande insatser, dock inte i samverkan. Bland annat lyfts att otydlighet i gränsdragning av ansvar gällande kostnader för förskrivning av hjälpmedel kan försvåra arbetet. |
| Upprättas samordnade individuella planer i enlighet med SoL och HSL? | Nej, inte i tillräcklig omfattning. Det finns 39 pågående SIP i Umeå kommun när granskningen genomförs. |
| I vilken mån utvecklas vården av multisjuka äldre utifrån patienters och anhörigas erfarenheter och kunskap? | Enligt intervjuade deltar anhöriga främst i vårdplaneringen. Det har inte framkommit i granskningen att specifikt patienter eller anhörigas erfarenheter och kunskap används i utvecklingen av vården. |
| Uppföljning | |
| Har landstingsstyrelsen, landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd samt äldre-nämnden i Umeå kommun i tillräcklig grad följt upp och utvärderat resultat och effekter för vård av multisjuka äldre? | Nej. Det saknas en samlad uppföljning och utvärdering av samverkan och insatser för multisjuka äldre. Ett antal enskilda projekt och ärenden har behandlats, såsom Multi7 och Vårdsamordnare under 2013. En länsövergripande hjälpmedelsstrategi behandlades i landstingsstyrelsen i oktober 2016, utifrån rekommendation från AC Konsensus. |
| I händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun, agerat i syfte att åtgärda bristerna? | Nej, det saknas systematisk återkoppling och uppföljning till respektive nämnd och styrelse avseende avvikelserapportering kring samverkan. |

6.2. Slutsats och rekommendationer

Granskningen syftade till att undersöka om landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun säkerställt att det finns en ändamålsenlig samverkan mellan landstinget och kommunen i vården av multisjuka äldre. Vår sammanfattande slutsats, utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning, är att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt äldrenämnden i Umeå kommun inte säkerställt en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll avseende hur samverkan mellan landstinget och kommunen i vården av multisjuka äldre bedrivs.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt äldrenämnden i Umeå kommun att:

- Utarbeta en gemensam värdegrund och tolkning av avtal och överenskommelser avseende gruppen multisjuka äldre
- Klargöra roller och ansvar i vårdkedjan avseende multisjuka äldre
- Säkerställa att samordnade individuella planer upprättas och följs upp i enlighet med lagkrav och beslutad rutin för multisjuka äldre med behov av insats från flera huvudmän
- Tydliggöra hur diskussioner och beslut från den lokala och centrala samverkansstrukturen ska återföras till respektive linjeorganisation
- Säkerställa en ändamålsenlig uppföljning och åiterrapportering rörande samverkan kring vården av multisjuka äldre

Umeå den 20 december 2016

Erik Söderberg
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Anja Zetterberg
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB

Bilaga 1 Intervjuade funktioner

Västerbottens läns landsting

- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör
- Primärvårdsdirektör
- Verksamhetschef, Geriatriskt centrum NUS
- Verksamhetschef, Medicincentrum NUS
- Verksamhetschef, Medicinsk och Geriatrisk klinik, Skellefteå
- Verksamhetschef Backens hälsocentral
- Verksamhetschef Husläkarna samt allmänläkarkonsult
- Verksamhetschef Tegs hälsocentral
- Biträdande verksamhetschef, Akutsjukvården Västerbotten, NUS
- Avdelningschef avdelning 1, Geriatriskt centrum, NUS
- Avdelningschef Geriatriska öppenvårdsteamet
- Forsknings- och utvecklingsansvarig, professor, Geriatriskt centrum, NUS
- Medicinskt ansvarig läkare för den allmängeriatriska vården, Geriatriskt centrum, NUS
- Avtalsstrateg, staben för planering och styrning
- Före detta enhetschef vård och kvalitet, staben för verksamhetsutveckling
- Sjukhussamordnare NUS
- Vårdutvecklare, staben för verksamhetsutveckling

Telefonintervjuer och avstämningar har genomförts med avvikelsehanterare vid primärvårdsstaben samt marknadsanalytiker vid ledningsstaben.

Umeå kommun

- Äldreomsorgsdirektör
- Verksamhetschef hälso- och sjukvård i hemmet
- Verksamhetschef vård- och omsorgsboende
- Vårdkoordinatorer
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Avstämningar har genomförts med sekreterare inom socialtjänsten, ekonomichef inom stöd och omsorg, kontaktperson SIP i Prator samt verksamhetschef utredning äldre inom äldreomsorgen i kommunen.

Härutöver har avstämningar skett med strateg för vård och omsorg på Region Västerbotten.

Bilaga 2 Källförteckning

- Arbetsordning Länssamordningsgruppen och Länsgrupp barn och unga
- Avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende
- Beskrivning av uppdrag, AC Konsensus
- Handlingsplan – bättre liv för sjuka äldre 2013-2020
- Länsrutin för samordnad vårdplanering
- Länsrutin för upprättande av SIP
- Minnesanteckning, SÖK politik 2016-09-15
- Minnesanteckning, SÖK äldre 2016
- Protokoll AC Konsensus 2016
- Protokoll, LSG 2016
- Ramavtal om läkarmedverkan i ordinärt boende
- Äldreplan 2013-2020
- Överenskommelse samverkan mellan äldrenämnden, individ- och familjenämnden, för- och grundskolenämnden och gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden i Umeå kommun samt hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnden för folkhälsa och primärvård i Umeåregionen samt nämnden för funktionshinder och habilitering i Västerbottens läns landsting

Västerbottens läns landsting

- Arbetsmaterial – översikt samverkansstrukturer
- Delårsrapport april och augusti 2016, Hälsovalet
- Delårsrapport april och augusti 2016, hälso- och sjukvårdsnämnden
- Delårsrapport april och augusti 2016, landstingsstyrelsen
- HOPP – slutrapport
- Jämlik vård i livets slutskede – slutrapport
- Landstingsplan 2016-2019
- Multi7 - slutrapport
- Plan för uppföljning, Hälsoval Västerbotten 2016
- Protokoll landstingsstyrelsen jan-okt 2016
- Protokoll hälso- och sjukvårdsnämnden jan-nov 2016
- Uppdrag och regler, Hälsoval 2016
- Verksamhetsplan hälso- och sjukvårdsnämnden 2016
- Verksamhetsplan landstingsstyrelsen 2016
- Verksamhetsplan primärvården 2016
- Vårdsamordnare – slutrapport

Umeå kommun

- Budget 2016, Umeå kommun
- Delårsrapport 2 2016 äldrenämnden
- Fallförebyggande arbete i Umeå kommun – Otago (2016)
- Kvalitetsuppföljning SIP, Hälso- och sjukvård i hemmet
- Presentation, Hälso- och sjukvård i hemmet (2013)
- PPT, äldreomsorgen
- Protokoll jan-nov 2016, äldrenämnden
- Trygg och säker hemgång i Umeå kommun, version 5, 2016-10-17
- Uppdragsplan och budget äldrenämnden 2016