

Revisionsrapport

Primärvårdens roll, ansvar och förutsättningar för att säkra en fungerande hemsjukvård

Region Gotland

*Fredrik Markstedt,
Certifierad kommunal
revisor*

Januari 2018

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning	1
	Rekommendationer	2
2.	Inledning	3
2.1.	Bakgrund	3
2.2.	Syfte och revisionsfråga.....	3
2.3.	Kontrollfrågor	3
2.4.	Revisionskriterier	4
2.5.	Avgränsning och metod.....	4
3.	Iakttagelser och bedömningar	5
3.1.	Ansvarsfördelning och gränsdragning	5
3.1.1.	Fungerande mötesstruktur för samverkan på övergripande nivå.....	5
3.1.2.	Finns överenskommelser inom flera områden som berör hemsjukvårdsuppdraget .6	
3.1.3.	Uppmärksammade gränsdragningsproblem	7
3.2.	Primärvårdens förutsättningar för samverkan	8
3.2.1.	Finns utmaningar men det går åt rätt håll.....	8
3.2.2.	Förväntansgap i samverkan och samarbetet närmast patienten.....	9
3.2.3.	Begränsade förutsättningar/möjligheter för läkare att delta på planering i hemmet9	
3.2.4.	Fortsatta utmaningar med olika datasystem och tekniska lösningar	10
3.3.	Uppföljning och analys.....	11
3.3.1.	Övergripande information och åiterrapportering	11
3.3.2.	Strukturerad men ofullständig uppföljning av handlingsplan för gemensamma äldre frågor	11
3.3.3.	Saknas en samlad bild av vårdtyngden inom hemsjukvården.....	12
3.3.4.	Avvikelseberapportering.....	13

1. Sammanfattning

Revisionen har i tidigare granskningsinsatser (förstudie 2013) uppmärksammat brister i samband med överföringen av hemsjukvården. Utmaningar i roll- och ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten har även uppmärksammat som en del i revisorernas granskning av de mest sjuka äldre från år 2015. Bland annat har signaler uppmärksammat att det funnits otydligheter kring vilka patienter som i praktiken har rätt till hemsjukvård och vilka patienter vars behov ska tillgodoses av primärvården.

På uppdrag av Region Gotlands förtroendevalda revisorer har därför PwC granskat förutsättningar och del i att säkra en fungerande hemsjukvård. Granskningen har besvarat följande revisionsfråga:

Säkerställer hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Gotland att primärvårdens uppdrag är tydligt definierat som en del i regionens hemsjukvårdsprocesser?

Efter genomförd granskning är vår sammanfattande bedömning att hälso- och sjukvårdsnämnden i begränsad utsträckning säkerställt att primärvårdens uppdrag är tydligt definierat som en del i regionens hemsjukvårdsprocesser. Vår sammanfattande bedömning är en sammanvägning av de iakttagelser och bedömningar gjorda under nedanstående kontrollfrågor:

Kontrollfråga	Bedömning och kommentar
Finns det en tydlig ansvarsfördelning och gränsdragning mellan hemsjukvårdens och primärvårdens uppdrag?	Till övervägande del Det finns överenskommelser inom flera områden som berör hemsjukvårdsuppdraget. Däremot indikerar granskningen en bristande kännedom och tillämpning av framtagna överenskommelser och tillhörande rutinbeskrivningar på enhetschefs- och medarbetarnivån.
Har primärvården förutsättningar att bidra till en fungerande hemsjukvård?	I begränsad utsträckning Diskussionen om rätt förutsättningar behöver föregås av ett fortsatt förtydligande av primärvårdens roll, uppdrag och förutsättningar i förhållande till socialförvaltningens ansvar för hemsjukvården på framförallt enhetschefs- och medarbetarnivån.
Fungerar samverkan mellan primärvård och socialtjänsten?	I begränsad utsträckning Regionen har i flera avseenden hittat en fungerande övergripande ledningsstruktur för samverkan som grund för tydliggörande av

ansvar och hantering av gränsdragningsproblematik.

Det finns däremot ett förväntansgap mellan vårdgrannarna hur man ser på till exempel läkarmedverkan vid vårdplanering i hemmet.

Här ser vi även att nuvarande arbetsätt och systemstöd för informationsöverföring ger begränsade förutsättningar för till exempel läkarmedverkan vid planering och uppföljning.

Genomförs kontinuerlig uppföljning och analys?

I begränsad utsträckning

Det är positivt att nuvarande handlingsplan för äldre frågor, där primärvården utgör en central part, tydligt utgår från ett fåtal fokusområden med tillhörande indikatorer som kontinuerligt återrapporteras till nämnd och ledning.

Samtidigt noteras i granskningen uppenbara brister kopplat till uppföljning och analys av valda aktiviteter då data i flera fall saknas.

Rekommendationer

Utifrån de bedömningar som gjorts av ställda kontrollfrågor och av granskningens övergripande revisionella bedömning lämnar vi följande rekommendationer till hälso- och sjukvårdsnämnden:

- Vidtar åtgärder för att intensifiera och prioritera det verksamhetsnära förankringsarbetet samt samordningen av identifierade gränsdragningsproblem.
- Säkerställer att det fortsatta utvecklingsarbetet kopplat till lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård fortskrider enligt plan under år 2018 och att revidering sker av andra överenskommelser som berör utskrivningsprocessen.
- Säkerställer att uppföljning och analys genomförs av valda aktiviteter kopplat till gemensamma äldre frågor för att möjliggöra en riskbaserad planering, samordning och prioritering som grund för att nå fastställda mål.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Revisionen har i tidigare granskningsinsatser (förstudie 2013) uppmärksammat brister i samband med överföringen av hemsjukvården. Utmaningar i roll- och ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten har även uppmärksammats som en del i revisorernas granskning av de mest sjuka äldre från år 2015. Bland annat har signaler uppmärksammats att det funnits otydligheter kring vilka patienter som i praktiken har rätt till hemsjukvård och vilka patienter vars behov ska tillgodoses av primärvården.

Mot bakgrund av iakttagelserna och bristerna som uppmärksammats tidigare beslutade och genomförde hösten 2016 en förstudie av hemsjukvården inom socialnämndens ansvarsområde. I förstudien gjordes en sammanfattande bedömning att hemsjukvården i dess helhet inte behöver vara föremål för någon fördjupad revisionsgranskning under år 2017. Däremot fann man att det finns skäl att genomföra en fördjupad granskning av primärvårdens del av hemsjukvården.

Mot bakgrund av ovan har revisorerna med hänsyn till risk och väsentlighet bedömt det angeläget att göra en fördjupad granskning av primärvårdens förutsättningar kring en fungerande hemsjukvård.

2.2. Syfte och revisionsfråga

Granskningen syftar till att besvara revisionsfrågan

Säkerställer hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Gotland att primärvårdens uppdrag är tydligt definierat som en del i regionens hemsjukvårdsprocesser?

2.3. Kontrollfrågor

För att besvara revisionsfrågan har följande kontrollfrågor formulerats:

Finns det en tydlig ansvarsfördelning och gränsdragning mellan hemsjukvårdens och primärvårdens uppdrag?

- Tydliga avtal och överenskommelser.
- Primärvårdens upplevelse om det finns en samsyn i roll och ansvarsfördelningen

Har primärvården förutsättningar att bidra till en fungerande hemsjukvård?

- Primärvårdens upplevda förutsättningar för att kunna bidra till en fungerande hemsjukvård.
- Bemanning och kompetensförsörjning är säkrad.

Fungerar samverkan mellan primärvård och socialtjänsten?

- Det finns rutiner, stöd och processer som stödjer och underlättar samverkan kring den enskilda patienten.

- Det finns samverkansformer och forum för samverkan för utveckling av hemsjukvården.

Genomförs kontinuerlig uppföljning och analys

- Primärvården har själva och/eller tillsammans med socialtjänsten kartlagt och analyserat om rätt målgrupp beviljas hemsjukvård i förhållande till egenvård alternativt närsjukvård.

Bedömningen av kontrollfrågorna görs på en fyrgradig skala: ej uppfyllt, i begränsad utsträckning, till övervägande del eller uppfyllt.

2.4. Revisionskriterier

Följande revisionskriterier har varit vägledande för granskningen:

- Kommunallagen
- Hälso- och sjukvårdslag
- Patientdatalag
- Patientsäkerhetslag
- Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

2.5. Avgränsning och metod

Granskningsobjekt är hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Gotland.

Granskningsprojektet avgränsas till att omfatta primärvården och dess gemensamma processer med hemsjukvården inom socialnämndens ansvarsområde.

Granskningen har genomförts genom granskning av lokalt styrande dokument, mål, avtal, överenskommelser, rutiner och riktlinjer och genomförda uppföljningar m.m. för Region Gotland. Intervjuer har genomförts med företrädare för primärvården samt verksam personal i organisationen. Nedan framgår mer specifikt de intervjuer som genomförts inom ramen för granskningsinsatsen:

- Två enhetschefer
- Tre distriktssköterskor
- Tre distriktsläkare/hemsjukvårdsläkare
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)
- Kvalitets- och omvårdnadsstrategi, hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- Verksamhetscontroller hälso- och sjukvårdsförvaltningen

3. Iakttagelser och bedömningar

I följande avsnitt presenteras iakttagelserna utifrån genomförd granskning. Varje delavsnitt inleds med en kortare redogörelse kring granskningens utgångspunkter. Därefter följer väsentliga resultat från granskning och analys av tillgänglig dokumentation och genomförda intervjuer. Respektive avsnitt avslutas med PwC:s revisionella bedömning av aktuell kontrollfråga/område utifrån de iakttagelser som gjorts.

3.1. Ansvarsfördelning och gränsdragning

I det här delavsnittet summeras iakttagelser som berör områdena avtal och överenskommelser samt primärvårdsrepresentanternas upplevelse om det finns en samsyn i roll och ansvarsfördelningen kring hanteringen av hemsjukvården.

3.1.1. Fungerande mötesstruktur för samverkan på övergripande nivå

Den övergripande ledningsstruktur för samverkan som finns idag är:

- SLS, samverkan för ledning och styrning. Samverkan sker så att den enskilde möter väl fungerande, integrerande organisationer och att resurserna utnyttjas effektivt. Ordinarie deltagare från hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) är hälso- och sjukvårdsdirektör, sjukvårdschef, kvalitets- och omvårdnadsstrateg. Från socialförvaltningen (SOF) deltar socialdirektör, myndighetschefer och kvalitetschef.
- Arbetsgruppen för överenskommelser. Arbetsgruppen bereder på uppdrag från SLS, förslag på överenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen. Från HSF deltar: kvalitets- och omvårdnadsstrateg, controller och chefsläkare. Från SOF deltar: utvecklingsledare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).
- Ärendegrupp. Syftet med ärendegruppen är att direkt kunna diskutera och åtgärda hinder och problem i processen mellan förvaltningarna. Uppdragsbeskrivning är framtagen och beslutad. Från HSF deltar: resursområdeschef sluten vård/öppenvård, resursområdeschef Hab/rehab, verksamhetsområdeschef psykiatri och verksamhetsområdeschef primärvård. Vid behov adjungeras verksamhetsområdeschefer för medicinska och opererande specialiteter. Från SOF deltar: avdelningschefer för hemsjukvården, hemtjänsten, särskilt boende, omsorg om personer med funktionsnedsättning, IFO och myndighetsavdelningen.

3.1.2. Finns överenskommelser inom flera områden som berör hemsjukvårdsupdraget

Mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och socialnämnden finns en rad överenskommelser. Syftet med överenskommelserna är att reglera hur samverkan ska se ut mellan parterna.

De överenskommelserna som specifikt lyfts och diskuterats kopplat till hemsjukvårdsupdraget och granskningsinsatsen är:

- Samordning av trygg och effektiv utskrivning (HSN 2017/491, SON 2017/398)
- Samordnad vård- och omsorgsplanering (HSN 2015/63, SON 2015/79)
- Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård (HSN 2017/329, SON 2017/7)
- Egenvård (HSN 2013/118, SON 2013/117)
- Habilitering och rehabilitering (SON 2016/193, HSN 2016/287)
- Händelseanalys (20150515)
- Samordning av trygg och effektiv utskrivning (SON 2017/398, HSN 2017/491)

Enligt de intervjuade har hälso- och sjukvårdsnämnden i flera avseenden hittat en fungerande övergripande ledningsstruktur för samverkan. Något som konkret bland annat även resulterat i ovan nämnda överenskommelser. Däremot upplever flera av de intervjuade att det funnits och i flera fall fortsatt finns en utmaning i förankrings- och tillämpningsprocessen på enhetschefs- och medarbetarnivå.

I likhet med resultatet från tidigare genomförda granskningar som berör samverkan lyfts ansvarsfrågan och hur det praktiska tillvägagångssättet ska se ut. Vid framtagandet och revidering av överenskommelserna påpekas i flera sammanhang vikten och betydelsen av enhetschefernas deltagande för att åstadkomma ett framgångsrikt förändringsarbete.

Ett konkret exempel som lyfts fram i ett flertal intervjuer och som även varit föremål för diskussion i olika samverkansgrupperingar är gränsdragning mellan rehabilitering och hemsjukvård som i flera avseenden uppfattas som komplex. Det finns här som tidigare nämnts en överenskommelse men den täcker inte alla scenarier. Vid komplicerade fall/frågor måste det lyftas till närmaste chef. Därför är det enligt flera intervjuade helt avgörande att det finns ett aktivt arbete kring överenskommelser för att skapa en förankring i verksamheten på samtliga nivåer.

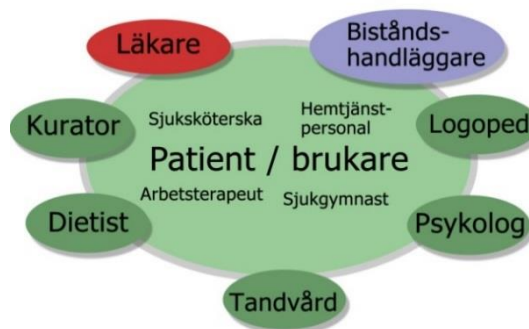
Vid årsskiftet 2017/2018 ersattes betalningsansvarslagen av lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Målet är en mer proaktiv och sammanhållen vård för de utskrivningsklara patienterna. Ansvaret för planeringen

av patientens vård efter sjukhusvistelsen flyttas också från sjukhuset till primärvården respektive socialtjänsten.

En viktig ambition med den nya lagen är att primärvården och den psykiatriska öppenvården ska bli starkare aktörer. Exempelvis lyfts i förarbetena att primärvården i sitt hälsofrämjande och hälsoförebyggande arbete ska identifiera personer och erbjuda stöd till dem. En överenskommelse och tillhörande riktlinje är framtagen och ett utvecklingsarbete har initierats för att under år 2018 konkretisera och kalibrera föreslagen process. Här kan bland annat nämnas att en tjänst som verksamhetsledare för VuxenSam inrättats som kommer att ansvara för det fortsatta arbetet.

3.1.3. Uppmärksammade gränsdragningsproblem

I dokumentet "Uppdrag och kvalitetskrav för hemsjukvård, Region Gotland" mars 2011 står: "Ett viktigt syfte med sammanhållen hemsjukvård är att verksamheten styrs av en nämnd, det man menar med begreppet "gemensam dirigent". Detta ska även ge förutsättning till ett väl utvecklat teamarbete och garantera tillgänglighet och kompetens. Gemensamt synsätt ska vara utifrån patientens fokus och att patienten ska få sina behov tillgodosedda oberoende av huvudman. Arbetet ska organiseras i team runt patienten. En nära samverkan och tillgänglighet mellan olika yrkeskompetenser runt patienten är en förutsättning för god kvalitet i vården". Något som även illustreras i bilden till höger.



I granskningen har en rad mer eller mindre specifika gränsdragningsproblem uppmärksammats som berör primärvården och hemsjukvårdsuppdraget. Exempelvis har frågan kring egenvård varit ett återkommande område och då särskilt kring hanteringen av ögondroppar då patienter ringer till hemtjänsten för hjälp med detta efter ögonoperationer. Hanteringen av utomlänspatienter som kan få hemsjukvård om hemkommunen har ett avtal kring detta för patienten har även det medfört gränsdragningsproblem då beställning enligt rutin ska göras via primärvården.

Frågan om hantering och ansvarsfördelningen kopplat till enstaka hembesök har också medfört en viss frustration enligt flera intervjuade hos såväl primärvården som inom hemsjukvården. Här ska beställning enligt rutin av enstaka hembesök och kortare insatser gå till socialförvaltningen via primärvården om patienten inte är inskriven i hemsjukvården. Oklarheter kring vem som ska kontakta vem för beställning och säkrandet av enstaka hembesök har enligt några av de intervjuade resulterat i att patienter blivit kvar längre än nödvändigt i slutenvården.

Begreppet hemsjukvård "nivå 3" har varit föremål för diskussion mellan förvaltningarna på olika nivåer. Enligt några är det ett begrepp som egentligen inte bör användas då det inte är något vedertaget begrepp. Den huvudsakliga

anledningen till varför begreppet och frågan fortfarande är aktuell kopplas främst till att man i en tidigare överenskommelse knutit ersättning till den "patientgruppen".

Slutligen uppmärksammas att fortfarande finns oklarheter i gränsdragningen mellan hälso- och sjukvården och hemsjukvården rörande "tröskelprincipen". Exempelvis för patienter/brukare med demens och/eller missbruk.

Bedömning kap 3.1 Ansvarsfördelning och gränsdragning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i flera avseenden hittat en fungerande övergripande ledningsstruktur för samverkan. Däremot indikerar granskningen en bristande kännedom och tillämpning av framtagna överenskommelser och tillhörande rutinbeskrivningar på enhetschefs- och medarbetarnivån. Fokus i det fortsatta utvecklingsarbetet bör därför ligga på det verksamhetsnära förankringsarbetet och samordningen av identifierade gränsdragningsproblem.

Vid årsskiftet ersattes betalningsansvarslagen av lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. I granskningen noteras att ett utvecklingsarbete påbörjats för att konkretisera och implementera de övergripande direktiven. Här behöver nämnden säkerställa att utvecklingsarbetet fortskrider enligt plan och att revidering sker av andra överenskommelser som berör utskrivningsprocessen.

3.2. Primärvårdens förutsättningar för samverkan

I det här delavsnittet sammanfattas primärvårdsrepresentanternas egna upplevda förutsättningar för att kunna bidra till en fungerande hemsjukvård. Vidare berörs även synen på bemanning och kompetensförsörjning samt tillgången till hemsjukvårdsläkare samt hur det bland annat diskuterats och hanterats i HSF/SOF gemensamma ärendegrupp.

3.2.1. Finns utmaningar men det går åt rätt håll

Inom primärvården finns det i likhet situationen inom förvaltningen i stort vissa bemanningsbekymmer som påverkat kontinuiteten. Via dokumentationen lyfts särskilt bekymmer på läkarsekreterarsidan, vilket haft en negativ inverkan på arbetsbelastningen för övriga professioner.

Via de intervjuade framgår att utmaningarna varit som störst i Visbyområdet. Inom de andra upptagningsområdena har kontinuiteten varit bättre och att samverkan och samarbetet i stort fungerat bra via lokal anpassning och mötesstruktur. Åtgärder som vidtagits i Visby berör bland annat förtydligande av enhetschefs-uppdraget samt att samordnare anställts. De intervjuade lyfter att en kontinuerlig diskussion förs på flera nivåer för att förtydliga primärvårdens roll och uppdrag i förhållande till slutenvården och socialförvaltningen samt att säkra upp och fördela resurser till detta.

3.2.2. Förväntansgap i samverkan och samarbetet närmast patienten

Flera av de intervjuade upplever att det funnits och i flera fall fortsatt finns en utmaning i förankrings- och tillämpningsprocessen då vi kommer ner på enhetschefs- och medarbetarnivån. Här lyfts ett behov av att omsätta de övergripande direktiven i till exempel beslutade överenskommelser till att det blir ”verkstad”, samt för ökat kunskapsutbyte och förståelse för varandras verksamheter på operativ nivå.

Här har därför en arbetsgrupp bildats ”enhetschefsgruppen”. Enligt några av de intervjuade ses det som en bra början och en bra förstärkning i ledningsstrukturen då det är viktigt att skapa kopplingar mellan de olika nivåerna.

Samtidigt lyfts att det redan finns olika grupperingar där enhetschefer ingår kring olika uppdrag och där poängteras att ”ärendegruppen” fortsatt har ett samlat grepp om vilka grupper som finns och efterfrågar hur arbetet framskrider.

3.2.3. Begränsade förutsättningar/möjligheter för läkare att delta på planering i hemmet

För vårdplanering i hemmet finns framtagna rutiner som tydliggör tillvägagångssätt och ansvarsfördelning. Däremot har man inte utarbetat ett fungerande arbetssätt för att involvera berörd läkare vid samordnad individuell plan (SiP) i hemmet. Förhoppningen är att antalet SiP:ar i hemmet kommer att öka i samband med det arbete som nu pågår i och med trygg och effektiv utskrivning. Samtidigt betonas här att år 2018 ses som ett utvecklingsår avseende utskrivningsprocessen och att fokus initialt ligger på att säkerställa processen vid utskrivning från slutenvården.

Några av de intervjuade lyfter även att det inte är tydliggjort hur vårdplanering i hemmet ska utformas för patienter som inte är hemsjukvårdspatienter. Givet nuvarande förutsättningar och arbetssätt poängterar flertalet intervjuade från primärvården att deras förutsättningar att medverka på eventuella vårdplaneringar i hemmet är ytterst begränsade.

Samtidigt framkommer att hemsjukvårdsläkarna är måna om att vara med vid vårdplanering från lasarettet om patienten är inskriven i hemsjukvården och att slutenvården då är sammankallande. Vid samordnad vårdplanering i hemmet ska socialförvaltningen kalla hemsjukvårdsläkarna. Tidigare granskningsinsatser från revisionens sida vittnar här om att primärvårdsrepresentanter i begränsad utsträckning medverkar vid vårdplanering. Något som till del bekräftas av nu genomförda intervjuer då flexibiliteten och förutsättningarna för att med kort varsel medverka på vårdplanering upplevs som begränsad. Det kan även konstateras att registrering saknas för läkarmedverkan vid vårdplanering i hemmet vid/strax efter hemkomst.

I sammanhanget kan även nämnas att flera av de intervjuade är kritiska till satsningen på ett äldresjukvårdsteam (ÅSVT) då upplevelsen är att det inte resulterat i en bättre samordning och samverkan kring individer med omfattande behov av vård och omsorg. Här kan bland annat konstateras att få remisser har

inkommit till teamet. Uppföljning med hemsjukvårdsläkarna visar däremot att ÄSVT varit bra då hemsjukvårdsläkarna inte hunnit med akuta hembesök.

3.2.4. Fortsatta utmaningar med olika datasystem och tekniska lösningar

Information vid in- och utskrivning och vårdplanering sker via journalsystemet TakeCare. Systemet är uppbyggt av moduler baserade på en gemensam plattform. Exempelvis används systemet som stöd i kommunikationen mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården vid samordnad vårdplanering. Inom socialtjänsten används verksamhetssystemet Treserva för bland annat dokumentation av HSL-insatser. Återkommande problem och utmaningar som berör de olika systemlösningarna och bristen på tekniska lösningar är att:

- Medarbetare inte kan läsa varandras anteckningar eller boka i varandras kalendrar.
- Det är svårt att upprätthålla en aktuell lista på alla hemsjukvårds- och SÄBO-läkare med telefonnummer.
- Blanketten ”Beställning av hembesök – hemsjukvård” är svår att hitta. Ambitionen är att det ska utarbetas en remiss så småningom. På grund av att förvaltningarna har olika datasystem är det i dagsläget nödvändigt med pappersremisser.
- Hemsjukvården får ordinationen utifrån tagna prover via fax, vilket uppfattas som omodernt och inte patientsäkert.

Bedömning kap 3.2 Primärvårdens förutsättningar för samverkan

Vår bedömning är att diskussionen om rätt förutsättningar behöver föregås av ett fortsatt förtydligande av primärvårdens roll, uppdrag och förutsättningar i förhållande till socialförvaltningens ansvar för hemsjukvården på framförallt enhetschefs- och medarbetarnivån.

I granskningen konstateras att det finns ett tydligt förväntansgap mellan vårdgrannarna hur man ser på till exempel läkarmedverkan vid vårdplanering i hemmet. Här ser vi även att nuvarande arbetssätt och systemstöd för informationsöverföring ger begränsade förutsättningar för läkarmedverkan vid planering och uppföljning.

För att omsätta de övergripande direktiven i till exempel beslutade överenskommelser, samt för ökat kunskapsutbyte och förståelse för varandras verksamheter på operativ nivå noterar vi att en enhetschefsgrupp bildats under år 2017. Vi delar uppfattningen om att en enhetschefsgruppering med ett tydligt mål och syfte kan ses som en bra början och förstärkning i ledningsstrukturen. Här ser vi även ett värde att lyfta fram och betona viken av att till exempel ”ärendegruppen” fortsatt säkrar samordningen och uppföljningen av befintliga och kommande utvecklingsarbeten.

3.3. Uppföljning och analys

En förutsättning för planering, samordning och uppföljning av prioriterade mål och aktiviteter är att primärvården själva och/eller tillsammans med socialtjänsten kartlagt och analyserat om rätt målgrupp beviljas hemsjukvård i förhållande till egenvård alternativt närsjukvård. I det här delavsnittet sammanfattas vilken information och analys som genomförs och berör hemsjukvårdsuppdraget ur ett primärvårdsperspektiv.

3.3.1. Övergripande information och återrapportering

Processen kring hemsjukvårdspatienter berör många verksamheter och områden och hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer på olika sätt att nämnden utifrån sitt ansvar säkerställer en fungerande hemsjukvårdsprocess. På varje nämnds-sammanträde sker en övergripande lägesrapportering som återkommande berör primärvårdens förutsättningar och resultat. Återrapportering sker även i samband med delårsrapport 1-2 och bokslut. Här kan även nämnas att resultat av de olika samverkansprocesserna som specifikt berörs i antagen handlingsplan för gemensamma äldrefrågor rapporteras till det gemensamma arbetsutskott två gånger per år.

3.3.2. Strukturerad men ofullständig uppföljning av handlingsplan för gemensamma äldrefrågor

Under arbetets gång med revidering av tidigare handlingsplan för gemensamma äldrefrågor har det visat sig att uppföljning av måluppfyllelse och aktiviteter har blivit allt för omfattande och svårt att följa. Inför revidering av handlingsplanen har inriktningen varit att prioritera och sätta fokus på några få betydelsefulla områden.

- Sammanhållen vård och omsorg
- God vård vid demenssjukdom

Indikatorerna undvikbar slutenvård, återinläggningar inom 30 dagar och hemgångsklara används för att arbeta för en mer sammanhållen vård och omsorg som utvecklar omhändertagandet utifrån den sjuka äldres behov. Indikatorerna redovisas i samordnad ledning och styrning och i ärendegruppen inför delårsrapporter och bokslut.

- Aktiviteter för att minska undvikbar slutenvård
- Aktiviteter för att minska antalet återinläggningar
- Aktiviteter för att minska antalet Hemgångsklara

Varje verksamhet följer kontinuerligt upp sina aktiviteter och redovisar gemensamt på ärendegrupp inför delårsrapporter och bokslut. Detta sker genom rapportering från respektive verksamhetsområdeschef/avdelningschef. För primärvårdens del konstateras i uppföljning att data för uppföljning saknas kopplat till flertalet aktiviteter/mål. Här kan till exempel nämnas att:

- Registrering saknas för läkarmedverkan vid vårdplanering i hemmet vid/strax efter hemkomst (Målsättning 1 VPL i hemmet/1000 listade/år)
- Resultaten är oklara/otydliga för antal dagar mellan upprättad och justerad vårdplan (Målsättning är att justering av vårdplaner sker samma dag som de upprättas med hjälp av skärpt rutin)

3.3.3. *Saknas en samlad bild av vårdtyngden inom hemsjukvården*

Hemsjukvården har via dokumentationssystemet Treserva kännedom om antalet inskrivna i hemsjukvården och enstaka hembesök (besök på beställning från annan som understiger 2 sammanhängande veckor). Via tidigare granskningsinsatser konstateras till exempel att det i augusti 2016 fanns 309 individer inskrivna i hemsjukvården. Utvecklingsarbete pågår för att få ut statistik för palliativa teamets patienter och för tillfällig vistelse – HSL-insatser.

Begreppet hemsjukvård ”nivå 3” har som tidigare nämnts i kapitel 3.1.2 varit föremål för diskussion mellan förvaltningarna på olika nivåer men ska egentligen inte användas då det inte är något vedertaget begrepp. Följaktligen sker ingen registrering via TakeCare för någon nivå eller uppdrag.

Under 2017 har däremot ledningen för hemsjukvården börjat få kontroll över beställningar från vårdgrannar och under året har 322 skriftliga beställningar till hemsjukvården inkommit angående sjukvårdsinsatser. Här har bland annat följande noterats:

- 60 procent av beställningarna (193 stycken) kommer från primärvården egenregi.
- 22 procent (71 stycken) från privata vårdcentraler.
- 10 procent (32 stycken) från lasarettet
- 7 procent (23 stycken) från äldresjukvårdsteamet
- 1 procent (3 stycken) från korttidsvården

Muntliga beställningar är enligt uppgift fortfarande vanliga men skall successivt övergå till skriftliga och frågan om beställningsrutin ingår som en del i flera pågående utvecklingsarbeten.

Den palliativa vården uppfattas av några intervjuade som omfattande inom hemsjukvården tillsammans med primärvården och hemtjänsten. Särskilda muntliga uppdrag från onkologens palliativa team har till exempel gällt 33 patienter och insatstiden för dessa uppdrag uppskattas motsvara två sjukskötersketjänster på heltid.

En uppskattning från ledningen för hemsjukvården är att ungefär 88 patienter från sjukhuset, äldresjukvårdsteamet och palliativa teamet avser det som tidigare

betraktades som nivå 3 patienter. Detta motsvarar uppskattningsvis ca fem sjukskötersketjänster, vilket betraktas som en kostnad utöver de medel hemsjukvården får för palliativa teamets patienter.

3.3.4. Avvikelserapportering

Efter en inventering av Hemsjukvårdens rapporter, när det gäller brister i informationsöverföring från primärvården konstateras att totalt 94 stycken avvikelserapporter upprättats sedan år 2009 och att inga skriftliga avvikelser rapporterats under 2016 eller fram tills juni 2017. Under hösten 2017 kommer MAS enligt uppgift att aktualisera och betona vikten av att rapportera avvikelser i avvikelssystemet.

Bedömning kap 3.4 Uppföljning och analys

Inledningsvis bör nämnas att vi ser positivt på att nuvarande handlingsplan för äldrefrågor, där primärvården utgör en central part, tydligt utgår från ett fåtal fokusområden med tillhörande indikatorer som kontinuerligt återrapporteras till nämnd och ledning. Samtidigt noterar vi uppenbara brister kopplat till uppföljning och analys av valda aktiviteter då data i flera fall saknas.

Via de sammanställningar vi tagit del av noteras att det fortfarande finns betydande utvecklingspotential avseende till exempel undvikbar slutenvård och antalet återinläggningar.

Förutsatt att läkarmedverkan vid vårdplanering i hemmet vid/strax efter hemkomst och hanteringen av vårdplanen fortsatt bedöms som centrala för en förbättrad måluppfyllelse bör ytterligare åtgärder vidtas som möjliggör en uppföljning och analys inom dessa områden.

Vår bedömning är därför att uppföljning och analys kan och bör utvecklas ytterligare för att möjliggöra en riskbaserad planering, samordning och prioritering som grund för att nå fastställda mål.

Februari 2018-02-05

Fredrik Markstedt

Projektledare

Carin Hultgren

Uppdragsledare