
Revisionsrapport
Hemsjukvård

Söderhamns kommun
i samverkan med Landstinget
Gävleborg, Hudiksvall, Ljusdal, och
Ockelbos kommuner

Margaretha Larsson
Malou Olsson

November 2014



Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning	1
2.	Inledning	3
2.1.	Bakgrund	3
2.2.	Revisionsfråga	3
3.	Organisation och styrdokument.....	4
3.1.	Organisation	4
3.1.1.	Länsledningen	4
3.1.2.	Gränsdragningsgruppen	4
3.2.	Styrdokument.....	4
3.2.1.	Avtal mellan Landstinget Gävleborg och länets kommuner	4
3.2.2.	Lokala avtal.....	5
3.2.3.	Rutiner och riktlinjer	5
4.	Resultat.....	6
4.1.	Ansvarsgränser	6
4.2.	Kontinuitet	7
4.3.	Planering av vård och omsorg utförd med helhetssyn.....	8
4.4.	Patientsäkerhet.....	10
4.5.	Resursanvändning.....	10
4.6.	Enhetligt huvudmannaskap.	12

1. *Sammanfattning*

Revisorerna i Söderhamns kommun har i samverkan med revisionskollegorna i Landstinget Gävleborg, Hudiksvall, Ljusdal och Ockelbo kommuner granskat huruvida nämnd/styrelse säkerställer en ändamålsenlig samverkan mellan kommunernas hemsjukvård och landstinget Gävleborgs verksamheter. Granskningsuppdraget har genomförts av PwC.

På övergripande nivå bedömer vi att länsledningen och gränsdragningsgruppen med representanter från både kommunerna och landstinget har tydligt samverkansfokus som stödjer utvecklingen av hemsjukvården.

Stöd och processer finns som stödjer och underlättar samverkan kring den enskilda patienten genom bland annat gränsdragningsgruppen. Gruppens uppdrag av länsledningen är att hantera gemensamma frågeställningar samt vara vägledande och rådgivande avseende ansvar och gränsdragning generellt samt i enskilda fall.

Vidare finns avtal på både övergripande och lokal nivå liksom att gemensamma rutiner, riktlinjer och checklistor finns framtagna och lätt tillgängliga för samtliga aktörer på region Gävleborgs hemsida.

Efter genomförd granskning är vår sammanfattande bedömning att omvårdnadsnämnden behöver utveckla sin styrning och uppföljning för att säkerställa en enhetlig och ändamålsenlig samverkan mellan kommunen och landstinget Gävleborgs verksamheter. Bedömningen grundas på följande iakttagelser.

Brister i vården kan lätt uppstå när flera aktörer finns i vårdkedjan varför det är av stor vikt att efterlevnad av gemensamt överkomna ansvarsfördelningar, rutiner och riktlinjer efterlevs. I granskningen har vi erfarit att det i vissa delar finns brister i följsamhet till aktuellt avtal och överenskommelser. Det bör därför säkerställas att det finns arbetssätt och rutiner som säkerställer samordning och en enhetlighet i vården till patienter inskrivna i hemsjukvård.

Vår bedömning är att uppföljningen och utvärderingen av hemsjukvården på övergripande nivå inte är tillräcklig. Den uppföljning vi tagit del av är den utvärdering som görs under 2014 - 2015 av Samhällsmedicin Landstinget Gävleborg, FoU Välfärd Region Gävleborg på uppdrag av länsledningen. Vi ser ett behov av att utveckla uppföljningsarbetet kopplat till de mål som sattes upp inför kommunaliseringen av hemsjukvården samt de områden

som specificeras i tecknat avtal mellan Söderhamns kommun och Landstinget Gävleborg.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

I februari 2013 tog kommunerna i Gävleborgs län över ansvaret för hemsjukvården och i avtal som undertecknats av landstinget och kommunerna tydliggjordes respektive huvudmans ansvar.

Det har nu gått ca ett och ett halvt år sedan kommunerna övertog ansvaret för hemsjukvården och revisionskollegorna i Landstinget Gävleborg samt i Hudiksvall, Ljusdal, Ockelbo och Söderhamns kommuner har i sin analys av risk och väsentlighet funnit det angeläget att granska effekterna.

2.2. Revisionsfråga

Granskningen avser besvara revisionsfrågan huruvida nämnder/styrelser hos respektive kommun och Landstinget Gävleborg har säkerställt en ändamålsenlig samverkan mellan hemsjukvården och Landstingets Gävleborgs verksamheter?

2.3. Metod och avgränsning

Granskningen har genomförts genom intervjuer med divisionschef för Primärvården, representant från gränsdragningsgruppen inom landstinget Gävleborg. I Söderhamns kommun har vård- och omsorgschef, verksamhetschef för hälso- och sjukvården, MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) och chef för hemsjukvården intervjuats. Totalt har i hela granskningen 20 personer i ledande ställning intervjuats varav majoriteten inom kommunerna.

En enkät skickades till 217 respondenter inom landstinget och medverkande kommuner, 141 inom landstinget och 76 i kommunerna. Totalt besvarades enkäten av 193 respondenter vilket ger en svarsfrekvens på 89 procent.

Vidare har inom granskningens genomförande relevanta dokument såsom avtal, beslut, rutiner och riktlinjer granskats

Den information som inhämtats vid intervjutillfällena har sammanställts och sakgranskats av de intervjuade.

3. Organisation och styrdokument

3.1. Organisation

3.1.1. Länsledningen

Länsledningen Valfärd, består av ledande tjänstemän, socialchefer, vård- och omsorgschefer /motsvarande från länets kommuner samt ledande tjänstemän på olika nivåer från landstinget med ansvar för välfärdsfrågor.

Länsledningen sammanträder kontinuerligt för att samordna och diskutera för länet gemensamma frågor kring välfärd. Hemsjukvården och dess kommunalisering är en av de frågor som hanterats i länsledningsgruppen de senaste åren.

3.1.2. Gränsdragningsgruppen

I samband med att ansvaret för hemsjukvård på primärvårdsnivå för vuxna fördes över till länets kommuner den 1 februari utsåg länsledningen en gränsdragningsgrupp.

Gränsdragningsgruppen har i uppdrag att hantera samtliga frågeställningar som rör de gemensamma ytor och egenvårdsfrågor som finns mellan kommunerna- specialistvård- primärvård utifrån ett hälso- och sjukvårdsansvar.

Gränsdragningsgruppen är vägledande och rådgivande i frågeställningar kring exempelvis områden där förtydliganden av avtalet behövs avseende ansvar och gränsdragning generellt samt i enskilda fall.

3.2. Styrdokument.

3.2.1. Avtal mellan Landstinget Gävleborg och länets kommuner

Ett övergripande avtal har tecknats mellan Landstinget Gävleborg och Söderhamns kommun som reglerar ansvarsfördelning avseende hemsjukvården.

Avtalet reglerar åtagandet som överförts till kommunerna omfattande hälso- och sjukvårdsuppgifter i hemmet som utförs av sjuksköterska, distriktssköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast, över en period längre än två veckor.

Som tidigare ansvarar landstinget för läkarvård och eventuell vård utförd av sjukhusens specialister.

3.2.2. Lokala avtal

På lokal nivå har avtal och överenskommelser upprättats avseende samverkan mellan vårdcentralerna och Söderhamns kommun. Avtalet reglerar bl.a. läkarmedverkan vad det gäller exempelvis medicinsk bedömning, planering, genomförande och uppföljning.

3.2.3. Rutiner och riktlinjer

Ett antal gemensamma rutiner och riktlinjer finns fastställda och tillgängliga för samtliga vårdgivare via region Gävleborgs hemsida.

4. Resultat

Granskningsresultatet redovisas utifrån de övergripande målen med att kommunalisera hemsjukvården och i projektplanerna uppställda kontrollmål.

Efter att ha utrett frågan tog länets kommuner och Landstinget i Gävleborg beslut om att kommunerna skulle ta över ansvaret för hemsjukvården från 1 februari 2013.

Planering och förarbetet avseende ansvarsöverföringen hade sin utgångspunkt i socialstyrelsens definition av hemsjukvård:

Hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden. Åtgärder och insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som i särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet. Hemsjukvården ska skiljas från öppen vård.

I länsledningens förarbete formulerades mål för överförandet av hemsjukvårdsansvaret från landstinget i Gävleborg till länets kommuner. Granskningens genomförande har haft ett fokus på dessa mål och i vilken grad de uppfyllts.

4.1. Ansvarsgränser

”Ansvarsgränser blir enkla att beskriva, förstå och tillämpa både ur patient/brukarsynvinkel och ur organisatorisk synvinkel.”

Ansvar och den gränsdragning man enats om finns tydliggjord i upprättat avtal som samtliga kommuner och landstinget undertecknat. Vidare finns kriterier att uppfylla innan det blir aktuellt för inskrivning inom hemsjukvården. Dessa kriterier är:

- Insatser räknas som hälso- och sjukvård
- Insatser ges under minst 2 veckor
- Patienten kan inte ta sig till hälsocentralen
- Patienten är över 18 år
- Vård- och omsorgsplanering ska upprättas före insättande av insatser

Även om det finns avtal, kriterier och fastställda rutiner som man enats om erfar vi utifrån intervjuer och i de enkätsvar vi tagit del av att det i vissa frågor finns olika syn på ansvarsfördelningen.

Ca hälften av de som svarat på enkäten känner sig osäker eller upplever en oklar bild avseende ansvarsgränsen. Detta upplevs från framför allt kommunerna skapa onödiga diskussioner.

I granskningens genomförande har vi erfarit att verksamheterna gjort egna tolkningar avseende ansvarsfördelning. Även skillnader mellan olika vårdcentraler har iakttagits vilket i sig kan tyda på att landstinget internt inte jobbar på ett enhetligt sätt.

Exempel som nämns av verksamhetsansvariga i kommunerna där diskussioner kan uppstå är vid tillhandahållande och förskrivning av elrullstolar samt hemsjukvård till asylsökande och utomlänspatienter. För trots att dessa områden inte omfattats av skatteväxlingen i samband med hemsjukvårdens kommunalisering och därmed också fortfarande är ett ansvar för landstinget uppger intervjuade inom kommunerna att dessa frågor dyker upp och föranleder diskussioner mellan verksamheterna.

Enligt uppgift har det förekommit att kommunen gått in med insatser då oenighet rått kring ansvarsfrågan. Detta utifrån ett patientperspektiv och att de ansvariga i kommunen bedömt att det inte fanns tid och utrymme för diskussioner kring ansvar i ett enskilt fall.

Trots detta har de intervjuade en positiv inställning till hur gränsdragningen över lag fungerar.

Bedömning:

Vår bedömning är att det teoretiskt finns en tydlighet i ansvarsfördelningen inom ramen för befintligt avtal och aktuella rutiner. Det finns dock ett behov av att i praktiken säkerställa följsamheten till avtal och fastställda rutiner.

4.2. Kontinuitet

”Förutsättningarna för att åstadkomma bättre kontinuitet med färre utförare runt varje patient/brukare ökar.”

När väl patienten är inskriven i hemsjukvården upplever man flera fördelar när det gäller antalet personliga kontakter kring patienten samt en bättre tillgänglighet och kontinuitet vid akuta kontakter. Bland annat lyfts att tillgängligheten förbättrats efter kommunaliseringen, då det blivit lättare för hemsjukvårdspatienterna att komma i kontakt med personalen dygnet runt. Exempelvis finns för hemsjukvårdspatienterna sjuksköterska att tillgå dygnet runt via direkttelefon.

Kontinuiteten på läkarnivå varierar. Dock jobbar man inom primärvården för att i största möjliga mån minimera antalet läkare inom hemsjukvårds-

området. På en del hälsocentraler finns en särskilt utsedd hemsjukvårdsläkare med det övergripande ansvaret.

En brist vad det gäller kontinuitet som delgetts oss är när en patient skrivs in och ut mellan hemsjukvård och öppenvård. Vid dessa tillfällen kan onödigt många olika personer bli inblandade runt patienten. Det kan t ex handla om att en patient skrivs in i hemsjukvården för en behandling av exempelvis ett sår som väntas pågå mer än 14 dagar. När såren väl läkt skrivs patienten ut ur kommunens hemsjukvårdsorganisation och vårdansvaret övergår till primärvården.

Bedömning:

Kontinuiteten bedöms god för de patienter som finns inskrivna inom hemsjukvården.

Vi ser dock problem med att upprätthålla en god kontinuitet som beskrivits ovan när patienten skrivs in och ut ur hemsjukvården. Detta är enligt vår bedömning en effekt av den gränsdragning och ansvarsfördelning som legat till grund för genomförd skatteväxling.

4.3. Planering av vård och omsorg utförd med helhetssyn.

”Förutsättningarna för smidigare planering av vård och omsorg utförd med helhetssyn ökar”

I vårdprocesser där flera kompetenser, vårdnivåer, vårdgivare och både kommunal och landstingskommunal hälso- och sjukvård är inblandad är det av vikt att påpeka att samordningsansvaret är hälso- och sjukvårdens skyldighet. (Prop. 2009/10:67 s. 60).

Ändringar i Socialtjänstlagen (SoL) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) från 1 januari 2010 innebär att landstinget och kommunen tillsammans skall upprätta en individuell plan om denna behövs för att den enskilde skall få sina behov tillgodosedda.

Av förarbetena till HSL framgår också att landsting, kommuner och övriga vårdgivare ska organisera verksamheten så att vården för den enskilda patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Landsting, kommuner och övriga vårdgivare måste säkerställa att det finns rutiner och modeller på en övergripande nivå för att tillgodose patienters behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet i hälso- och sjukvården. Olika vårdgivare måste skapa rutiner för samverkan sinsemellan, till exempel mellan fasta vårdkontakter. (Prop. 2009/10:67 s. 63).

Landstinget och kommunerna i Gävleborg har fastställt rutiner i olika delar av vårdprocesserna bland annat för SIP (Samordnad Individuell Planering)

Samverkan

Överlag finns en positiv helhetsbild kring hur samarbetet mellan kommunen och landstingets primärvård fungerar. Enligt uppgift förekommer det möten regelbundet där erfarenhetsutbyte sker samt att rutiner diskuteras. Vi har i granskningen erfarit att detta inte sker generellt i samtliga delar av kommunen. En allmän upplevelse är att det kan handla om bl.a. flera utförare, exempelvis privata vårdcentraler, personliga engagemang etc.

Informationsöverföring

Rutiner och blanketter för informationsöverföring mellan olika nivåer finns framtagna och fastställda i enighet mellan vårdgivarna. Rutinerna upplevs bra och tydliga men de följs inte alltid. Praktiskt sker informationsöverföringen strukturerat och skriftligt men det förekommer också muntlig överföring, antingen via telefon eller att personal från hemsjukvård träffar läkare eller sköterska på hälsocentralen.

Att inte verksamheterna har ett gemensamt datasystem för dokumentation och journalföring anses av flera av de som omfattats av granskningen som problematiskt. Att hemsjukvårdens personal inte har tillgång till primärvårdens journaler och vice versa försvårar arbetet. Man är hänvisad till dokumentet för in- och utskrivning, som i många fall skulle behöva kompletteras för att ge berörd personal tillräcklig information om patienten. Framför allt nämns att dilemmat med osäkerhet kring ordinationer och läkemedelslistor huruvida de är uppdaterade eller ej skulle bli bättre.

Vårdplanering

Det finns studier som har påvisat att största risken för patienter är just överföringar mellan olika vårdorganisationer.

Vårdplanering mellan primärvård och kommun upplevs fungera bra medan det upplevs mer krångligt i processen med vårdplanering från slutenvården. Enligt uppgifter kan man på sjukhusens avdelningar ha svårt att klart se om vårdansvaret ska föras över till kommunens hemsjukvård eller landstingets öppenvård inom hälsocentralen. Det händer att såväl hälsocentralens som hemsjukvårdens sjuksköterska blir kallade till sjukhuset för vårdplaneringen, vilket upplevs skapa onödigt merarbete.

Bedömning:

Vår bedömning är att det finns forum och förutsättningar för en ändamålsenlig samverkan på likväl övergripande som på verksamhetsnära nivå.

Informationsöverföring är ett område där vi ser ett utvecklingsbehov. Vår bedömning är att följsamhet till fastställda rutiner kring informationsöverföring behöver säkerställas.

Utifrån de svårigheter slutenvården kan ha att veta huruvida patienten tillhör kommunens hemsjukvård eller primärvården är vår bedömning att former och rutiner informationsöverföring och vårdplanering för framförallt vad det gäller slutenvården behöver tydliggöras. Detta borde enligt vår bedömning vara en viktig fråga för gränsdragningsgruppen att hantera. Viktig utifrån ett patientperspektiv där antalet vårdkontakter torde kunna minskas om planeringen blir rätt från början.

4.4. Patientsäkerhet.

”Förutsättningarna för att kunna ge vård med högre patientsäkerhet ökar”.

Att den kommunala hemsjukvården och dess patienter får del av landstingens kompetens och stöd från specialistfunktioner är avgörande för vilken hemsjukvård som är möjlig att ge. Samverkan är förutsättning för en patientsäker vård.

Överlag upplever de intervjuade en god patientsäkerhet men att det finns utvecklingsområden. Framför allt nämns praktiska problem som exempelvis olika journalsystem, hantering av läkemedelslistor samt vid upprepade in- och utskrivningar mellan hemsjukvård och primärvård som riskerområden vad det gäller patientsäkerheten

Det som ses som positivt är att bättre kontinuitet ger förutsättningar för ökad patientsäkerhet.

Bedömning:

Vår bedömning är densamma som beskrivits vid intervjuer att med ökad kontinuitet, tätare samverkan mellan hemtjänst och hälso- och sjukvårdspersonal skapas bra förutsättningar för dialog och informationsöverföring och därmed ökad patientsäkerhet.

Patientsäkerheten behöver enligt vår bedömning stärkas upp vad det gäller hela vårdprocessen mellan vårdgivarna och huvudmännen.

Oavsett dokumentationssystem måste informationsöverföring fungera och det finns behov av att finna och utveckla fungerande rutiner för dokumentation och informationsöverföring.

4.5. Resursanvändning.

”På organisatorisk nivå ökar förutsättningarna för effektivare resursanvändning”.

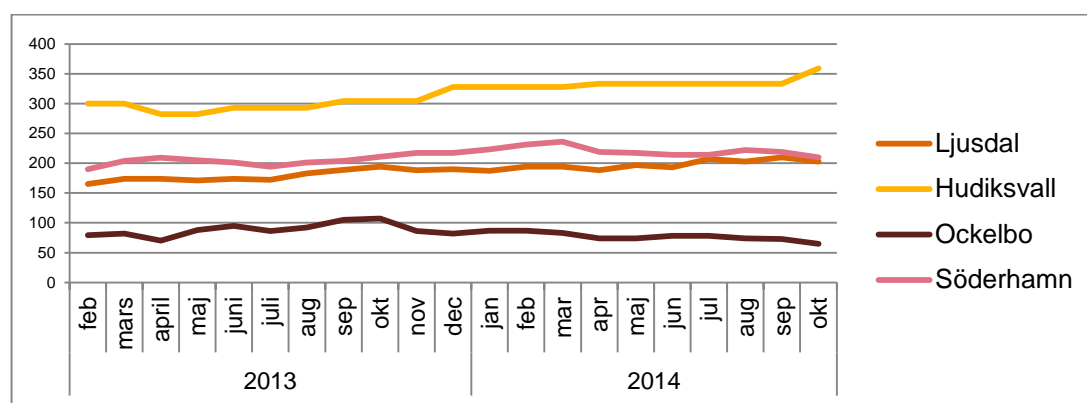
När det gäller resursanvändning finns flera aspekter att förhålla sig till. Den ena är hur vårdprocessen som helhet fungerar och en annan är de ekonomiska förutsättningarna.

Vårdprocessen kan påverkas av bland annat rutiner och arbetssätt. En möjlig negativ påverkansfaktor som flertalet lyfter i sina enkätsvar är att tillgång till gemensamt journalsystem saknas. Vidare kan brister i informationsöverföringen mellan vårdnivåerna påverka effektiviteten negativt.

När det gäller de ekonomiska förutsättningarna upplever sig alla vara förlorare. I kommunerna finns en uppfattning att det faktiska behovet visade sig vara större än de resurser som fördes över vid kommunaliseringen. Vidare upplever kommunen att det fanns brister i beräkningsunderlaget inför skatteväxlingen dels vad det gäller volymerna men också på den summa som växlades.

I sammanställd statistik visar det sig att antalet ärenden inom hemsjukvården har ökat i tre av de fyra kommuner som omfattats av granskningen.

- Ljusdal 23%
- Hudiksvall 20%
- Ockelbo - 18%
- Söderhamn 11%



Antal ärenden i sig säger inte hela sanningen om volymerna då varje patients behov inte är lika utan kan variera i omfattning.

För landstingets del har kommunaliseringen inneburit en minskad volym motsvarande det som överfördes till kommunerna. Utifrån information vi

tagit del av vid intervjuer och i enkätsvaren upplevs till en del en effektivisering i det praktiska arbetet genom ett mer renodlat uppdrag så som att speciellt utsedda läkare för hemsjukvården avlastar övriga. Vi erfar också att flera redogör för en upplevelse som tvärtom visar på en ineffektivitet i verksamheten. Exempel som nämns är dubbla jour- och beredskapsorganisationer under kvällar och helger. Mycket tid går åt för möten och administration vid in och utskrivning i hemsjukvård.

Bedömning:

Vi erfar att det läggs mycket tid och energi på att finna arbetsformer samt diskutera ansvar och gränsdragning. Utifrån att förutsättningar förändras över tid vilket också påvisas i den statistik som redovisats ovan anser vi att respektive verksamhetsområde har ansvar att anpassa och nyttja sina resurser på bästa och mest fördelaktiga sätt.

Vår bedömning är att avtal, rutiner och riktlinjer ger bra förutsättningar för en fungerande och effektiv hemsjukvård och att det via gränsdragningsgruppens funktion finns tillräcklig vägledning för detta.

Vidare finns inskrivet i avtalet möjlighet att säga upp avtalet om någon av parterna av någon orsak finner det nödvändigt.

4.6. Enhetligt huvudmannaskap.

”Mer enhetligt huvudmannaskap för hemsjukvård i ordinärt boende”.

Överlag möts vi i genomförd granskning av en positiv bild av hur övertagandet av ansvar för hemsjukvården fungerat. Förarbete och praktisk planering har enligt uppgifter fungerat bra. Den personal som flyttades från en landstingsanställning till att bli kommunanställda gavs en god introduktion och möjligheter till att vara delaktig i planering och uppbyggnad av kommunens nya organisation.

I intervjuer och i enkätsvar har vi tagit del av olika synpunkter kring gränsdragningen och att det av och till förekommer diskussioner om ansvarsfördelning. Även om det överlag finns fastställda rutiner och en kunskap om ansvar och gränsdragning erfar vi att det ändå förekommer diskussioner mellan kommunen och respektive hälsocentral. Exempel som nämns är diskussioner kring ansvar för sommargäster eller utomlänspatienter trots att dessa patienter enligt upprättat avtal tydligt är undantagna skatteväxlingen och därmed är ett landstingsansvar. Vi har också i samband med intervjuerna informerats om att diskussioner på liknande sätt förs kring patienter som är asylsökande samt vid utprovning och service av elrullstolar.

Diskussionerna förs på olika sätt inom länet och vi har sett skillnader i lösningar mellan kommunerna.

En allmän uppfattning vi tagit del av är att det varit bättre om kommunerna tagit över alla hembesök genom så kallad tröskelväxling, för att minska risken att patienterna kommer i kläm.

Trots en stor förändring organisatoriskt möter vi en positiv bild av hur kommunaliseringen av hemsjukvården fortskridit. Frågor som dykt upp under resan har enligt uppgift hanterats och lösts i gränsdragningsgruppen.

Vid intervjuerna lyfts gränsdragningsgruppen som ett viktigt organ för den fortsatta utvecklingen av hemsjukvården.

Processen och effekterna avseende kommunaliseringen av hemsjukvården utvärderas under 2014 - 2015 av Samhällsmedicin Landstinget Gävleborg, FoU Välfärd Region Gävleborg på uppdrag av länsledningen.

Bedömning:

Vår bedömning är att kontinuerlig uppföljningen och utvärderingen inte är tillräcklig. Vi ser att om utvärdering och uppföljning sker i enighet med överenskommelsen/avtalet kommer det att säkerställas att hemsjukvården bedrivs på ett enhetligt sätt i Gävleborgs län.

Vi ser positivt på att gränsdragningsgruppen initierat en övergripande utvärdering av hemsjukvårdens kommunalisering. Denna utvärdering ser vi kan ge goda möjligheter till fortsatt utveckling av hemsjukvården.

December 2014



Margaretha Larsson

projektledare

Lars Åke Ullström

Uppdragsledare